

Regulación emocional en la práctica clínica

Una guía
para terapeutas

Michel André Reyes Ortega
Edgar Antonio Tena Suck



Manual Moderno®

Regulación emocional en la práctica clínica.

Una guía para terapeutas

Regulación emocional
en la práctica clínica.
Una guía para terapeutas

**Dr. Michele André Reyes
Ortega**

Instituto de Ciencia Conductual
Contextual y Terapias Integrativas.
Ciudad de México.

Dr. Edgar Antonio Tena Suck
Universidad Iberoamericana. Ciudad de
México. Departamento de Psicología

Editor responsable:

Lic. Santiago Viveros Fuentes

Editorial El Manual Moderno



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión, comuníquese con
nosotros:**

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipodromo, Deleg.
Cuauhtémoc. 06100 México, D.F.

(52-55) 52-65-11-00

info@manualmoderno.com

quejas@manualmoderno.com

Regulación emocional en la práctica clínica.

Una guía para terapeutas

D.R. © 2016 por Editorial El Manual Moderno,
S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-570-7 (versión impresa)
ISBN: 978-607-448-572-1 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria
Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de
esta publicación puede ser reproducida,
almacenada o transmitida sin permiso previo
por escrito de la Editorial.

Para mayor información sobre

Catálogo de producto

Novedades

Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Reyes Ortega, Michel André, autor.
Regulación emocional en la práctica clínica :
una guía para terapeutas / Michel André Reyes
Ortega, Edgar Antonio Tena Suck. — 1ª edición.
– Ciudad de México. : Editorial El Manual
Moderno, 2016.
xvi, 112 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

ISBN: 978-607-448-570-7 (versión impresa)
ISBN: 978-607-448-572-1 (versión electrónica)

1. Emociones y cognición -- Aspectos
psicológicos. 2. Terapia cognitiva. 3. Emociones
-- Aspectos Psicológicos. 4. Psicoterapia. I. Tena
Suck, Edgar Antonio, autor. II. Título.
152.4 scdd21 Biblioteca Nacional de México

Director editorial y de producción:
Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:
LCC Tania Uriza Gómez

Diseño de portada:
LCS Adriana Durán Arce



Agradecimientos

El presente libro no hubiera sido posible sin el apoyo y consejo del Dr. Edgar Antonio Tena Suck, la idea de realizar este libro fue suya y de él es el crédito de tenerlo terminado. Toño, eres el mejor tutor que cualquier estudiante pudiera tener.

Quiero agradecer también a Edgar Miranda, por hacer posible la comprobación empírica de la propuesta clínica de este libro.

A Nathalia Vargas por su incondicional apoyo, paciencia y cariño.

A Mavis Tsai y Jonathan Kanter por su generosa supervisión, consejo y confianza.

A mis padres, Mario y Mónica, por todo su amor y el esfuerzo invertido en mi formación personal y profesional.

A mis hermanos, Luis y Jorge, por existir.

A todos los grandes profesionales de la salud mental (clínicos, académicos e investigadores) que cito a lo largo de esta obra; sus

aportaciones a la ciencia hacen posible el que cada vez más personas podamos ofrecer un mejor servicio a nuestros estudiantes y pacientes.

Por último quiero dedicar este trabajo a mis alumnos y a mis consultantes, ustedes son la principal inspiración en mi trabajo diario y de esta obra en particular.

A los lectores por su curiosidad y pasión.

Michel Reyes.

Contenido

Introducción

Capítulo 1. Psicología de las emociones

1.1 Psicología de las emociones

1.2 Modelos valorativos o de emociones discretas

1.3 Modelos asociacionistas

1.3.1 Teorías de redes semánticas

1.3.2 Condicionamiento respondiente

1.3.3 Teoría de los marcos relacionales

1.4 Modelos del afecto y estado de ánimo

1.4.1 Afecto y regulación de metas

1.4.2 Modelos dimensionales

1.5 Perspectiva funcional de la conducta emocional

Capítulo 2. Regulación de las emociones y del comportamiento

2.1 Regulación emocional

2.2 Desregulación emocional

2.2.1 Selección situacional y

evitación situacional

2.2.2 Modificación situacional y
estrategias de control o seguridad
situacionales

2.3 Manipulación de la atención

2.3.1 Revaloración cognitiva y
sensibilidad emocional

2.4 Modulación de la respuesta

Capítulo 3. Modelo integrativo de regulación emocional

3.1 Regulación emocional como factor
transdiagnóstico

3.2 Modelo integrativo de regulación
emocional (MIRE)

3.2.1 Aspectos generales

3.2.2 Aspecto teóricos

3.2.3 Aspecto clínicos

Capítulo 4. Estrategias auxiliares en la etapa de conceptualización de caso y educación

4.1 Estrategias dialécticas

4.2 Psicoeducación

4.3 Automonitoreo

Anexo 4-1. Función de las emociones

Anexo 4-2. Estrategias de regulación
emocional inefectivas

Anexo 4.3. Diario de auto-observación

Anexo 4.4. Relación entre el malestar y
los valores

Capítulo 5. Validación y autocompasión

5.1 Validación

5.2 Aceptación radical

5.3 Mindfulness

5.4 Cuestionamiento de supuesto negativos sobre las emociones

Anexo 5-1. Aceptación radical

Anexo 5-2. Mindfulness

Anexo 5-3. Práctica de consciencia plena

Anexo 5-4. Fortalecer habilidades de mindfulness

Capítulo 6. Destrezas de regulación emocional efectiva

6.1 Defusión cognitiva

6.2 Posposición de la rumiación

6.3 Posposición de la preocupación

6.4 Acción opuesta

6.5 Acción comprometida

6.6 Tareas de reforzamiento

Anexo 6-1. Dos cavernícolas

Anexo 6-2. Acción opuesta

Anexo 6-3. Acción comprometida

Capítulo 7. Activación conductual

7.1 Activación conductual

7.2 Solución de problemas

Anexo 7-1. Monitoreo de actividades y estado de ánimo

Anexo 7-2. Cuadro de acciones de

activación

Capítulo 8. Prevención de recaídas

8.1 Prevención de recaídas

8.2 Manejo de recaídas

8.2.1 Alianzas terapéuticas

8.2.2 Estudios empíricos

8.2.3 Rol del clínico y otros miembros
del equipo de salud

8.2.4 Rol de los miembros de la
familia

8.3 Técnicas más utilizadas

Anexo 8-1. Naturaleza de los resbalones
y las recaídas

Capítulo 9. Eficacia del MIRE

9.1 Métodos

9.2 Resultados

9.3 Discusión

Referencias

Introducción

La autorregulación de las emociones y del comportamiento (en adelante, regulación emocional) está tan relacionada una con otra que es difícil distinguirlas (Koole, Van Dillen & Shepes, 2011). Ambas han sido el foco de atención de numerosas investigaciones teóricas y empíricas (Baumeister, Schmeichel & Vohs, 2007; Koole, 2009) que han dado luz sobre la forma en que las personas dirigen sus acciones y se relacionan con su contexto.

Las emociones se han vinculado a la toma de decisiones, cambios en el comportamiento, así como a la detección y comunicación de necesidades (Levenson, 1999). Por ejemplo:

- a) Las personas utilizan sus emociones como normas heurísticas que optimizan su capacidad para tomar decisiones de una forma efectiva y adecuada (Gigerenzer, 2007; Gigerenzer, Hoffrage & Goldstein, 2008).
- b) Las investigaciones sobre razonamiento moral consideran los juicios emocionales o

intuiciones como la base del razonamiento moral y ético (Haidt, 2001; Keltner, Horberg & Oveis, 2006).

- c) Se cree que las emociones ayudan a vincularse con otras personas y auxilian en la comunicación efectiva (Gaus, 2007; Kring, 1993), mientras que los que presentan dificultades para leer las emociones de otros individuos presentan disfunciones significativas en su comportamiento interpersonal (Baron-Cohen et al., 2009).
- d) El constructo de inteligencia emocional o capacidad de percibir, usar, entender y manejar las emociones (Mayer, Salovey & Caruso, 2004), se encuentra relacionado a la capacidad de resolver problemas, expresar las emociones en forma apropiada y controlarlas en el lugar de trabajo (Grewal, Brackett & Salovey, 2006).
- e) La tolerancia a correr riesgos disminuye en forma dramática por el riesgo calculado a experimentar emociones negativas (Leahy, Tirch & Melwani, 2012).
- f) Desde una perspectiva etológica se asume que la de las emociones poseen un valor filogenético; es decir, que evolucionaron como respuestas adaptativas a los problemas cotidianos, se mantuvieron a lo largo de la evolución por su capacidad para regular nuestro comportamiento (Levenson, 1994).

Por las razones antes expuestas, se asume que cualquier tratamiento orientado a su regulación se beneficiaría de reconocer su utilidad y aprovecharlas para la satisfacción de objetivos, se evitan así estrategias orientadas a su evitación o inhibición.

Por su parte, las dificultades para regular las emociones se relacionan a comportamientos impulsivos, desadaptados y erráticos (Werner & Gross, 2012). De hecho, las dificultades de regulación emocional caracterizan a un aproximado del 75% de las categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (Barlow, 2000; Kring & Werner, 2004). Por ejemplo, a) en los casos de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, la regulación emocional inefectiva es tan prominente que es común clasificarlos como problemas emocionales (Mineka & Sutton, 1992); b) en el trastorno límite de la personalidad (TLP), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) o trastorno por abuso de sustancias (TAS), la persistencia de las dificultades para regular las emociones parecen ser el mecanismo subyacente a la disfunción, o por lo menos parecen ser el elemento clave de su tratamiento (Werner & Gross, 2010); c) Y la alexitimia (incapacidad para reconocer, nombrar y diferenciar emociones, además de ligarlas a eventos específicos), se relaciona con el TAS,

trastorno de ansiedad generalizada (TAG), TEPT, entre otros (Taylor, 1984).

De acuerdo con Leahy (2012), los trastornos psicológicos pueden entenderse a grandes rasgos como formas desadaptativas de regulación emocional. Conocer la forma en que las personas con alguna psicopatología regulan sus emociones o las dificultades que tienen para ello, puede ayudar a comprender algunos mecanismos subyacentes a sus dificultades de adaptación y a deducir cuál sería la mejor forma de ayudarlas. Para ello, primero es necesario comprender a las emociones en una condición de “normalidad”, para distinguir las condiciones en que favorecen la adaptación de aquéllas donde se relacionan a la patología.

Este libro tiene como objetivo proporcionar información suficiente y relevante para la comprensión de los problemas clínicos relacionados a las dificultades de regulación emocional, éste no es un fin en sí mismo sino que se considera un prerrequisito para poder conceptualizar casos únicos e implementar programas de tratamientos efectivos para estos problemas.

Para lograrlo se estructuró el libro de la siguiente manera: en el primer capítulo se define y describe el constructo emoción, se mencionan distintas teorías de las emociones, afecto y estado de ánimo, y se explica su relevancia para el trabajo

con problemas de regulación emocional. En el segundo capítulo se define la regulación emocional y explica el concepto de desregulación emocional, se describen sus causas y su valor transdiagnóstico. En el tercer capítulo se dan a conocer las características del modelo integrativo de regulación emocional (MIRE) y se describen sus fundamentos teóricos y principales características. Los capítulos siguientes describen las estrategias básicas que pueden orientar a los lectores del libro para la evaluación de problemas de regulación emocional y el desarrollo y aplicación de tratamientos basados en evidencias. El libro finaliza con la presentación de los resultados empíricos de la primera investigación controlada, realizada para evaluar la eficacia de la presente propuesta.

Este libro va dirigido para terapeutas y psicólogos clínicos especializados, ya que proporciona estrategias exitosas para ayudar a personas que sufren y que éstas aprendan a tomar decisiones relevantes para mejorar su vida, su salud y sus relaciones con los demás mediante el establecimiento de un compromiso de cambio.

Es importante dirigirlo dentro de la psicología de la salud, la evaluación psicológica y la asesoría a los profesionales de la salud para que éstos puedan tener un mejor manejo del paciente. Asimismo está encaminado a la educación y entrenamiento de los pacientes para darles

herramientas con la finalidad de que ellos puedan analizar y darse cuenta cómo se encuentran y la manera en que pueden resolver su problema, con el apoyo del psicoterapeuta, en este caso.

Es importante resaltar que no se llega al cambio por casualidad, se acumulan buenas razones para iniciar mejores conductas; en forma progresiva el compromiso y determinación aumentan. Esto se logra en la medida en que el paciente descubre sus razones motivadoras.

El objetivo principal de esta obra es orientar al psicoterapeuta que trabaja con personas con dificultades de regulación emocional en la labor de evaluación, tratamiento y evaluación de los impactos del mismo.

El lector encontrará que la propuesta de intervención, contenida en este volumen, es más una guía flexible pero estructurada y no un protocolo manualizado que especifique qué hacer, sesión por sesión, con el paciente. Si bien, una versión del modelo propuesto fue antes probada en población clínica mexicana (véase capítulo 9), los autores del presente trabajo comprendemos que la intervención terapéutica comprensiva, centrada en las necesidades de la persona, requiere la adaptación de la intervención a sus características particulares.

De preferencia, una psicoterapéutica centrada en las necesidades de la persona debería estar informada en los datos de investigación que

sustenta la eficacia de las estrategias que se pretenden utilizar en un caso particular, y adherirse a la estructura usual de las intervenciones sustentadas de manera empírica. Por ejemplo, tener sesiones estructuradas, organizar la intervención por fases, sustentarse en una sólida alianza terapéutica, entre otras.

Por otra parte, el mismo psicoterapeuta debería cubrir con una serie de prerrequisitos que aseguren que tiene las mínimas habilidades clínicas necesarias para el ejercicio de la psicoterapia, que con dificultad se exponen en manuales o guías clínicas como el presente, y que requieren de entrenamiento guiado y supervisión cuidadosa por parte de otro profesional para desarrollarse. Como mínimo, la persona que aspira a implementar las estrategias descritas en este volumen, debe ser un profesional de la salud calificado en el ejercicio de la psicoterapia, lo que quiere decir que ha cursado con éxito un programa de posgrado en psicología clínica, psicoterapia u orientación psicológica, lo que implica que tiene las habilidades básicas necesarias para hacer psicoterapia, conocimiento sobre el desarrollo normativo de la persona y psicopatología, ha tenido práctica clínica supervisada, y sabe llevar un proceso terapéutico con su respectivas etapas.

Esta obra está dirigida a profesionales que ejercen la psicoterapia o forman psicoterapeutas,

y a estudiantes de posgrado bajo supervisión, razón por la que no incluye información básica pertinente a la entrevista clínica, la construcción de una alianza terapéutica, la evaluación de los impactos de intervención, entre otras. Esta guía está diseñada de forma que complementa ese conocimiento básico y ofrece un modelo teórico, un esquema de intervención así como una orientación en la implementación de una serie de estrategias que han mostrado ser útiles para lograr los fines especificados por dicho esquema.

Este volumen inicia con un capítulo dedicado a la revisión de diversos modelos explicativos que han aportado conocimiento clínico sobre la naturaleza de las emociones. El objetivo de este primer apartado es ayudar al lector a comprender el funcionamiento de las emociones desde diversas perspectivas, ampliar o solidificar su conocimiento sobre la función adaptativa de las emociones, su aprendizaje y su regulación. La meta de este capítulo es ayudar al profesional a establecer una relación entre diversas teorías de la emoción y la necesidad de implementar estrategias de intervención clínicas específicas.

El capítulo 2 proporciona información sobre los procesos que llevan a la desregulación de las emociones. En este caso, se muestra la problemática emocional desde la perspectiva de la psicología de la normalidad, se explica la manera en que la presencia excesiva de determinados

comportamientos normativos da como consecuencia la intensificación o inhibición problemática de la emoción. Esta explicación psicológica muestra la posibilidad de que la problemática emocional compleja sea intervenida mediante la enseñanza de estrategias de afrontamiento que pueden enseñarse, practicarse y generalizarse.

Estos dos primeros capítulos resumen información construida a lo largo de decenas de años de investigación básica sobre las emociones y el desarrollo de la psicopatología, y justifican la necesidad de intervenir estos problemas desde una perspectiva psicológica científica, la psicología del aprendizaje. Ambos tienen implicaciones clínicas importantes, ayudarán al psicoterapeuta a comprender los motivos de la experiencia emocional de su paciente, tanto de su presencia como de su desregulación, y a identificar las estrategias de intervención pertinentes para su tratamiento. Se anima al lector a regresar a estos capítulos, una y otra vez, cada que sienta que le cuesta trabajo comprender la problemática emocional de sus pacientes, si siente que debe recurrir a explicaciones filosóficas o históricas que le alejan de la comprensión de la fenomenología del presente, o si está deseoso de implementar una estrategia de tratamiento pero no tiene claridad sobre su finalidad o relación con la regulación emocional.

El tercer capítulo sintetiza la información antes expuesta en un modelo teórico, que, como todo modelo teórico científico, es una construcción que pretende ser útil para explicar un problema, y con explicación nos referimos a su anticipación y tratamiento, con relativa confianza de los resultados. Se invita al lector a aproximarse a este modelo como un esquema de trabajo, más que como un esquema descriptivo de la problemática de su paciente. Esta aproximación pragmática prevendrá que el clínico se preocupe si no piensa que el modelo describe por completo lo que le ocurre a su consultante, o bien le previene de “vendérselo”, puede que no todo lo que describe el modelo pueda ser aplicable a su cliente; no obstante, lo animamos a organizar toda la información que recopile en su entrevista de evaluación y a lo largo del tratamiento dentro del esquema propuesto en el modelo.

Desde la perspectiva de los autores, la labor de evaluación y conceptualización de caso ha concluido cuando el lector ha recopilado la información suficiente para llenar el esquema del modelo con la información que proporciona su paciente (véase figura 3-1). Este capítulo finaliza con un esbozo del esquema del tratamiento propuesto (véase figura 3-2), que está sustentado en el modelo teórico señalado y, como tal, en las implicaciones clínicas derivadas de las teorías de las emociones y la desregulación emocional

revisadas en los capítulos 1 y 3. Se sugiere al lector basarse en este capítulo al momento de elaborar una formulación de caso sobre los problemas de su paciente y usar el esquema de formulación sugerido como una orientación para establecer las relaciones funcionales que existen entre la historia del aprendizaje de la persona, sus eventos de vida actuales, su experiencia emocional, las estrategias de regulación emocional problemáticas que pudiera presentar y a la larga, las consecuencias que estas herramientas pudieran tener en distintas áreas importantes de la vida.

De igual forma, se propone al usuario de esta guía revisar el esquema de intervención sugerido para orientar su tratamiento. Este capítulo puede entenderse como una descripción del funcionamiento de la problemática de desregulación emocional y la secuencia lógica de su tratamiento, tener esto en mente al revisar el capítulo (y regresar a él en diversas ocasiones) ayudaría a pensar en éste como un proceso multietápico donde cada una de las etapas es preparación para la siguiente y depende del exitoso cumplimiento de las metas de la fase previa.

El capítulo 4 describe algunas estrategias terapéuticas básicas que ayudan al paciente a entender la naturaleza funcional de su problemática, observar la forma en que este problema se desarrolla en tiempo real, y tener la

información y destrezas necesarias para iniciar con la primera fase de intervención. Utilizar estas tácticas ayudará al terapeuta a obtener información relevante para la formulación de caso y al consultante a generar el autoconocimiento suficiente para aceptar un tratamiento basado en el entrenamiento de habilidades e implementar las alternativas terapéuticas en el momento y de la forma deseada. El clínico puede utilizar sus estrategias de evaluación acostumbradas mientras complementa su recolecta de información mediante el uso de registros de automonitoreo y resuelve conflictos de manera dialéctica.

Una vez que el paciente y el terapeuta acuerdan la conceptualización de caso, es importante que se concentren en entender, reconocer y validar la experiencia emocional como respuesta normal y saludable a los acontecimientos cotidianos. El lector reconocerá que esto será posible solo si el consultante ha entendido en forma apropiada la naturaleza de la desregulación emocional y ha desarrollado un automonitoreo suficiente para reconocer la relación entre los eventos cotidianos, sus emociones, respuestas y, el mantenimiento de sus problemas en tiempo real. El capítulo 5 describe una serie de estrategias que ayudarán al consultante a generar comprensión y compasión de sus propias reacciones emocionales, para lo cual presentan en orden estrategias de validación, aceptación y, *mindfulness* que el terapeuta puede

usar como ejercicios experienciales que ayudan a someter a prueba algunos supuestos negativos sobre las emociones. El clínico puede usar las estrategias de este apartado e incorporarlas a la agenda normal e sus sesiones para lograr estas metas.

Los capítulos 6 y 7 contienen estrategias de regulación emocional y para cambiar hábitos de vida y resolver problemas que finalizan el tratamiento. Estos capítulos pueden revisarse para tener una guía de cómo usar estas estrategias cuando el tratamiento está en una fase de cambio; es decir, después de que se ha comprendido de forma apropiada la naturaleza del problema. El terapeuta puede implementar estas tácticas en el orden que describe en los capítulos (y que corresponde con la secuencia descrita en el capítulo 3), si es que su conceptualización de caso lo justifica. Las estrategias de activación conductual y solución de problemas por lo regular implican la resolución de problemas de adaptación o logro de metas de la vida del paciente, y tienen lugar una vez que su estado de ánimo o emocional se encuentran regulados.

Por último, la guía finaliza con una descripción una forma de mantener el cambio y prevenir recaídas. Esto no siempre implica el final del tratamiento, pues el paciente puede estar interesado en resolver problemas que no se relacionan en forma directa con la regulación de

sus emociones, o incluso es posible que el consultante desee un acompañamiento sobre un problema de vida que tenga en ese momento o iniciar un proceso analítico; como sea, involucra el inicio de la finalización del tratamiento de regulación emocional.

El último capítulo puede consultarse como referencia sobre los impactos del tratamiento descrito y la forma en que éste puede implementarse en un contexto grupal experimental.

Antes de iniciar con la implementación del tratamiento aquí descrita, se le anima al lector a realizar una valoración diagnóstica para distinguir un problema de regulación emocional de un problema de características distintas que pueda beneficiarse de otros tratamientos, por ejemplo, un problema de autocontrol, marital, de deficiente habilidades sociales, entre otros. El tratamiento descrito está orientado sobre todo para población adulta con dificultades para regularse a sí misma en presencia de una o más emociones, lo que en forma tradicional se ha llamado depresión, ansiedad, problemas de control de ira o de control emocional generalizados. Por otra parte, si bien es cierto que muchos problemas se caracterizan por tener dificultades de regulación emocional, por ejemplo el trastorno límite de la personalidad, trastornos por abusos de sustancias o de la conducta

alimentaria, existen modelos de intervención especializados en estos problemas que contemplan la regulación emocional dentro de sus objetivos. El tratamiento que aquí se describe no es sustitutivo de aquéllos.

Una buena forma de evaluar un problema psicológico es mediante la resolución de los problemas que motivaron a tomar psicoterapia en primer lugar. Supóngase que una persona llega a solicitar terapia porque dice tener problemas de organización, y una valoración más amplia muestra que esta “desorganización” es un resultado de sus graves dificultades para regularse a sí mismo cuando está “ansioso”. En este caso, el tratamiento que aquí se propone puede ser una opción para ayudar a esta persona, y cuando se lleven a cabo estrategias junto con el consultante, debería hacerse de una manera que se atienda al llamado problema de desorganización; es decir que estas estrategias deben ensayarse en situaciones donde estos problemas aparecen, tal vez no al iniciar el tratamiento, pero sí cuando se muestre dominio de las estrategias.

La evaluación de la intervención también puede beneficiarse del uso de escalas clinimétricas o registros de frecuencia conductual para valorar los cambios de manera cuantitativa.

Psicología de las emociones

En este apartado se revisan diversas teorías de las emociones pertinentes al desarrollo de tratamientos orientados al desarrollo de habilidades de regulación emocional.

El capítulo está estructurado de la siguiente forma: Se define y describe el constructo emoción, se mencionan distintas teorías de las emociones, afecto y estado de ánimo, y se explica su relevancia para la construcción de modelos de intervención psicológico-clínicos.



1.1 PSICOLOGÍA DE LAS EMOCIONES

Las emociones son reacciones innatas que las personas tienen ante los eventos relevantes para sus metas o eventos psicológicos relevantes:

- a) Sirven para optimizar el procesamiento de información, lo que permite identificar y clarificar metas, así como acciones

pertinentes a ellas (Clore, 1994).

- b) Coordinan diversos sistemas de respuesta cognitivos, conductuales y fisiológicos que facilitan la conducta orientada a metas (Barrett, 2006; Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm & Gross, 2005).
- c) Sus características expresivas comunican necesidades (metas) e influyen en las interacciones sociales de forma relevante con ellas (Keltner & Kring, 1998; (Levenson, 1994).

Las emociones son breves (decaen por sí mismas en cuestión de segundos) (Ekman, 1992), y se componen de un evento psicológico relevante, un elemento cognitivo (valoración sobre su relevancia y congruencia con metas), una respuesta fisiológica, y una tendencia a la acción. Estas características son esenciales para que una emoción se constituya como tal y pueda diferenciarse de otras experiencias psicológicas, por ejemplo, pensamientos, impulsos o sensaciones (Power & Dalgleish, 2008). Los elementos de la emoción se encuentran interrelacionados por lo que el cambio en uno de ellos tiene un cambio potencial en los otros (Finzi & Wasserman, 2006; Barlow, 2002; Levenson, Ekman & Friesen, 1990).

Se cree que existe una serie de emociones básicas, las cuales se reconocen por la universalidad de los eventos que les anteceden, la

universalidad de sus signos, la universalidad de su fisiología, su presencia en otros primates, la coherencia entre sus pautas de respuesta observable, su rápida activación, tener una breve duración, su valoración automática y su ocurrencia involuntaria (Ekman, 1992). Las emociones que no son básicas se compondrían de la mezcla entre emociones básicas. Por ejemplo, la felicidad y la tristeza se consideran emociones básicas mientras que la nostalgia no lo es por resultar de su mezcla.

Ekman, Friesen & Ellsworth (1972), Frijda (1986) & Levenson (1994), Werner & Gross (2010), consideran que las siguientes características son esenciales para comprender la experiencia emocional:

- a) Las emociones tienen un precipitante o antecedente. Las emociones primarias inician con un evento psicológico relevante, este puede ser interno (p. ej. cambio en la frecuencia cardiaca) o externo (p.ej. que el auto no encienda). Cuando las emociones son precipitadas por una experimentada se les llama emociones secundarias.
- b) Las emociones orientan la atención. Éstas lo hacen hacia elementos relevantes del precipitante, hecho que optimiza la toma de decisiones (Gross & Muñoz, 1995).
- c) Las emociones conllevan una valoración

sobre la relación del precipitante con sus metas situacionales (Lazarus & Folkman, 1986).

Estas metas se basan en los valores personales, bagaje cultural, estado situacional, normas sociales, etapa del desarrollo vital, y rasgos de personalidad. El significado de las situaciones (y la respuesta emocional) varían conforme cambian las metas de las personas. Las emociones positivas se caracterizan por una valoración de congruencia con las metas personales, mientras que las negativas se distinguen por una de incompatibilidad.

d) Las emociones se componen de una elaborada respuesta autónoma caracterizada por conductas autónomas (como una sonrisa o dilatación pupilar), tendencias motivacionales (también llamados impulsos o tendencias de respuesta; por ejemplo, desear golpear o escapar), manifestaciones experienciales (sentimientos) y respuestas fisiológicas (cambios autonómicos y neuroendocrinos que proveen un soporte metabólico y motor a la tendencia motivacional) coordinadas y apareadas (Frijda, 1986); Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm & Gross, 2005).

e) Las emociones son maleables. La respuesta emocional no tiene un curso inevitable una vez iniciada. Éstas pueden interferirse por

respuestas competitivas motivadas por otras situaciones relevantes a nivel psicológico, lo cual hace posible su regulación.

Una intervención con miras a fortalecer las habilidades de regulación emocional debería iniciar con un módulo educativo, donde se describan las emociones acorde a la información antes revisada, esto permitiría reconocer la experiencia emocional y distinguirla de otros fenómenos psicológicos. Esta educación tendría que incorporar técnicas para observar la duración de las emociones e identificar los temores que los usuarios pudieran tener sobre su incontrolabilidad o peligrosidad (Roemer & Orsillo, 2009).

Una intervención que busca fortalecer las habilidades de regulación emocional debería iniciar con un módulo educativo, donde se describan las emociones acorde a la información revisada con antelación; esto permitiría reconocer la experiencia emocional y distinguirla de otros fenómenos psicológicos. Esta educación tendría que incorporar técnicas para observar la duración de las emociones e identificar los temores que los usuarios pudieran tener sobre su incontrolabilidad o peligrosidad (Roemer & Orsillo, 2009).

Para auxiliar en esta labor psicoeducativa, y para fines del presente MANUAL, se proporciona

la siguiente definición de emoción: respuesta psicofisiológica breve (entre segundos y menos de 10 minutos) y maleable que se presenta ante un evento psicológico relevante (relevante para las metas individuales). Se compone de a) un elemento cognitivo compuesto por una orientación atencional específica y una valoración de la relación entre el evento y las metas personales, b) un elemento fisiológico, y c) una tendencia conductual. Sus funciones son preparar al organismo para identificar sus metas, comunicarlas, y actuar para lograrlas.

Poder identificar y nombrar las emociones es necesario para el tratamiento de la alexitimia y para facilitar la identificación de metas personales, identificar metas es necesario para motivar el uso de otras técnicas de regulación emocional.

1.2 MODELOS VALORATIVOS O DE EMOCIONES DISCRETAS

Una conocida controversia entre los teóricos de la emoción ha adoptado el nombre de *debate Zanjoc-Lazarus* por los apellidos de los principales exponentes de las ideas en conflicto. El debate se centra en la primacía de la respuesta afectiva, o de los elementos cognitivos en la generación de la emoción. Zajonc (1980) argumentaba que la

exposición inicial al evento precipitante daba lugar a una respuesta afectiva positiva o negativa, y que el procesamiento cognitivo valorativo ocurría de manera subsecuente y estaba sesgada por la respuesta afectiva inicial. Lazarus (1982) criticó el argumento de Zajonc y argumentó que la interpretación del elemento daba lugar a la respuesta afectiva (y a la existencia de la emoción).

En la actualidad se acepta que los elementos cognitivos y afectivos de la emoción son inseparables; sin embargo, por motivos pragmáticos todavía se desarrollan teorías que consideran que un elemento (afecto o valoración) antecede a otro. De esta manera se distinguen dos posturas básicas de la emoción: las valorativas y las asociacionistas, ambas difieren en sus implicaciones clínicas.

En las primeras se asume que la interpretación de los eventos es necesaria para la aparición de la emoción y que existen emociones discretas que pueden identificarse fácilmente por su valoración distintiva. Para estas teorías, la interpretación del evento es el elemento que mejor distingue una emoción de otra (Lazarus, 1991; Oatley & Johnson-Laird, 1987) (cuadro 1-1).

Cuadro 1-1. Elementos valorativos de las emociones básicas

Emoción básica	Valoración
Felicidad	Haber progresado hacia la consecución de una meta o valor
Tristeza	Pérdida o fracaso en lograr un valor u objetivo
Ansiedad	Existencia de una amenaza incierta hacia los valores o metas
Miedo	Enfrentar un peligro concreto e inmediato hacia valores o metas
Enojo	Frustración (factual o probable) de una meta u objetivo o valor
Disgusto	Estar cerca de un objeto repulsivo para los propios valores o metas

En estos modelos, se considera que las emociones están reguladas por dos sistemas distintos pero comunicados en forma parcial, éstos son el sistema central y el sistema control (Gross & Muñoz, 1995; (Levenson, 1994). El sistema central es irreflexivo, busca información psicológica relevante del ambiente y la compara con las metas del individuo, de acuerdo al resultado se configura en un estilo cognitivo que dificulta correr otros procesos que le interrumpan (Ohman & Mineka, 2001).

El sistema control es reflexivo y actúa para modificar el ambiente (según convenga a las metas

del individuo) o regular la respuesta del sistema central (Levenson, 1999), es más sensible al aprendizaje que a dicho sistema (Gross, 1998) y es el blanco de intervención de las psicoterapias basadas en estos modelos (Persons, 2008)., Los sistemas central y control en conjunto, conforman la emoción. La figura 1-1 representa en forma gráfica la actividad de estos sistemas.



Figura 1-1. Modelo para describir emociones.

Las estrategias recomendadas para regular emociones discretas incluyen la prevención de su activación (Persons, 2008), la inducción de emociones incompatibles (Linehan & Korslund, 2004; Linehan, 1993), las estrategias de revaloración cognitiva (Barnard & Teasdale, 2000), tolerancia al malestar y regulación fisiológica (de manera genérica llamadas de regulación emocional).

En esta figura se ilustra una secuencia donde

un evento (externo o interno) es valorado y precipita una respuesta emocional. Las respuestas psicofisiológicas autónomas (por ej. cambios en el comportamiento neuroquímico, cardiovascular, entre otros) corresponden a la actividad del sistema central. Las conductas públicas (motoras finas y gruesas, verbales y galvánicas) ilustran la actividad del sistema control. Esta emoción puede tener consecuencias inmediatas que refuerzan la actividad del sistema control, y demoradas (como agotamiento, dificultades interpersonales, entre otras), que pueden derivar en una emoción secundaria.

El mecanismo de cambio propuesto es el entrenamiento del sistema control a partir de la repetición de respuestas alternativas. Se asume que estas estrategias ayudan a los usuarios a lidiar con experiencias emocionales intensas.

1.3 MODELOS ASOCIACIONISTAS

Existen diversas teorías asociacionistas que concuerdan en la premisa de que la relación de un evento con otro relevante desde el punto de vista psicológico puede dar lugar a la emoción. Entre éstas destacan:

1.3.1 Teorías de redes semánticas

En la teoría de **redes semánticas** de Gordon Bower (Bower & Cohen, 1982; Bower & Forgas, 2000), se representan los conceptos, eventos y sentimientos como nodos en una red. De acuerdo con el modelo, la activación de uno de los nodos puede diseminarse a los que están relacionados y activar otros de experiencias emocionales previas, patrones expresivos y autonómicos.

La figura representa diversos aspectos de la emoción como nodos dentro de una red semántica, en la que la activación de uno de éstos se disemina entre los demás.

Según este modelo, la activación de la totalidad de la red depende de diversos factores, entre los que se incluyen la proximidad de los nodos entre sí, la fuerza de la activación inicial y el tiempo transcurrido tras su última activación. Bower y Cohen (1982) sugieren que los comportamientos expresivos y eslabones autonómicos son innatos de manera predominante, aunque también pueden ser aprendidos.

El tratamiento usual basado en estas teorías requiere de la activación de la red emocional y la exposición a información correctiva para que la persona pueda crear nuevas redes que evoquen nuevas respuestas y significados. A este proceso se le llama **procesamiento emocional**.

Para que esto se logre es necesario utilizar técnicas que evoquen la emoción y permitir la exposición a la experiencia emocional antes de

incorporar técnicas de autocontrol (como las de revaloración cognitiva, regulación fisiológica, o tolerancia al malestar antes mencionadas), pues incorporarlas muy rápido en el tratamiento puede impedir el adecuado procesamiento emocional (Samoilov & Goldfriend, 2000); se asume que la exposición suficiente al evento permite contrastarlo con el recuerdo emocional y romper sus asociaciones al identificar sus diferencias.

La terapia de procesamiento emocional para el estrés postraumático constituye un ejemplo de un tratamiento de efectividad comprobada que funciona bajo este método (Lang, 1998; Foa & Kozac, 1986; Foa, Hembre & Rothbaum, 2007). También se recomienda aprovechar la activación de la emoción cada que se presente en sesión o en el ambiente real, como una oportunidad de modificar estas redes (Kohlenberg & Tsai, 1991; Miller & Rollnick, 2002). Se cree que la correcta evaluación de una emoción implica su activación, así se pueden identificar las memorias congruentes con el afecto (Persons & Miranda, 1992; Segal et al., 2006).

1.3.2 Condicionamiento respondiente

El **condicionamiento respondiente** da cuenta de las razones por las que las respuestas emocionales pueden aprenderse con rapidez y diseminarse fuera de la consciencia tanto en personas

competentes a nivel verbal como en aquellas que no han desarrollado la capacidad de “valorar” o “atribuir significado” a los estímulos; sin embargo, para comprender sus impactos es importante considerar otros dos principios básicos de aprendizaje, la **generalización** y el **condicionamiento de segundo orden**.

El condicionamiento respondiente se refiere al proceso mediante el cual un estímulo neutro que se presente en contingencia con otro que provoca emociones de forma innata, adquiere las funciones emocionales de éste por asociación temporal o espacial directa. A partir de ese momento el estímulo antes neutral adquiere funciones emocionales aprendidas por asociación y se llama **estímulo emocional condicionado**, y a la función emocional aprendida **respuesta emocional condicionada**. Este proceso se facilita si cualesquiera de los estímulos son intensos, la emoción provocada es intensa o si estas asociaciones se repiten.

También se debe considerar que a) cualquier estímulo que se asemeje al estímulo condicionado o incondicionado y se presente en un contexto similar al del apareamiento generará las mismas respuestas emocionales, un fenómeno conocido como generalización; b) y que un estímulo que apareado con el condicionado puede provocar un nuevo condicionamiento llamado condicionamiento de segundo orden, el proceso

puede repetirse en forma sucesiva y generar condicionamientos de tercer, cuarto orden, entre otros.

Los tratamientos basados en la teoría del condicionamiento respondiente y sus derivaciones dependen de la exposición terapéutica al estímulo condicionado (Marks & Dar, 2000). Esta exposición no debe de acompañarse de ninguna conducta cognitiva o motora que promueva la presencia de la emoción condicionada (Allen & Barlow, 2009), se deben de prevenir distracciones que eviten la exposición plena al estímulo (Keane, Zimering, & Caddell, 1985), y la exposición debe de llevarse a cabo en ausencia del estímulo incondicionado, de esta manera se promueve la **habitación psicológica** al estímulo y la extinción de la emoción condicionada (Carey, 2011). Si el método se aplica a un estímulo externo (p. ej. un automóvil) se le denomina **exposición con prevención de respuesta**, y si se aplica a estímulos internos (p. ej. vértigo), exposición interoceptiva.

Como ejemplos de tratamientos basados en evidencias que funcionan a partir de la exposición existe la terapia de exposición con prevención de respuesta, tratamiento psicossocial de elección para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Roth, Foa & Frankiln, 2003); y **la exposición interoceptiva**, un tratamiento basado en evidencias para el trastorno por pánico (Forsyth & Fusé, 2003).

1.3.3 Teoría de los marcos relacionales

Se trata de una teoría conductual radical sobre el lenguaje y la cognición que les considera conductas operantes generalizadas . Una revisión detallada de esta teoría es innecesaria para fines de la presente obra, pero sus implicaciones pueden explicarse con claridad de la siguiente manera: cuando una persona desarrolla las destrezas verbales básicas de bidirección, combinación y transformación de funciones, la representación mental (concepto) de un estímulo emocional y otros conceptos o estímulos de significado similar evocarán la misma respuesta emocional que el estímulo al que se refieren o relacionan. Este fenómeno se llama **derivación de funciones** y a la emoción resultante se le conoce como **respuesta emocional derivada**.

Así, pensar o hablar (relacionar conceptos entre sí), puede alterar las funciones emocionales de los estímulos, de forma que si se relaciona un concepto con otro se alterará la función de los estímulos asociados en función del tipo de relación establecida (p. ej. “si estoy enamorado de María, y Fernanda es enemiga de María, entonces sentiré disgusto hacia aquélla”), a este efecto se le llama **transformación de funciones**.

Desde esta perspectiva, se ha desarrollado y documentado la efectividad de diversas estrategias de mindfulness que permiten establecer relaciones

deícticas (de perspectiva u observación) respecto a las funciones emocionales de los estímulos; se ha probado la eficacia de estas intervenciones como elemento único en el tratamiento de problemas como la fobia social (Wells & Papageorgiou, 1998), el TOC (Fisher & Wells, 2005), la preocupación como rasgo (Wells, 2006), entre otros.

En resumen, para las teorías asociacionistas las emociones pueden activarse ante un evento relacionado con otro que antes ha generado una experiencia emocional significativa que puede iniciar por cualquiera de sus componentes (cognitivos, fisiológicos motivacionales o motores) y no está mediado por una valoración cognitiva. Los mecanismos de cambio identificados son la habituación psicológica (procesamiento emocional) y la extinción de las respuestas asociadas. Es necesaria una activación total de la red de respuestas asociadas, vía exposición a un evento activador y la suspensión de dichas respuestas. El proceso requiere: 1) la exposición a un evento activador de la red, 2) la prevención de cualquier respuesta que mantenga o genere nuevas respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales asociadas, 3) y la permanencia de la exposición el tiempo suficiente para que las respuestas autónomas decaigan por sí mismas (habituación psicológica); esto permite la debilitación de las asociaciones estímulo-respuestas (extinción espondiente) y conducta-

conducta.

En la práctica clínica, las experiencias emocionales problemáticas para los consultantes pueden deberse a un aprendizaje asociativo; por lo tanto, se debe contemplar el uso de técnicas de exposición y *mindfulness* antes de utilizar estrategias de revaloración cognitiva, tolerancia al malestar y regulación fisiológica recomendadas para el manejo de emociones discretas. Esto promueve la habituación psicológica, el procesamiento emocional, y la extinción de las respuestas condicionadas. En el presente, se considera al término habituación psicológica como sinónimo de procesamiento emocional, y se utiliza el primero en lugar del segundo por considerar que ilustra con mayor claridad el mecanismo de cambio.

1.4 MODELOS DEL AFECTO Y ESTADO DE ÁNIMO

Se ha diferenciado entre los términos emoción, afecto y estado de ánimo. Se distingue al último de la primera porque puede durar horas o días (Ekman, 1992), no parece tener un fin específico ni un precipitante claro (Frijda, 1993), y porque se compone de señales fisiológicas y motivacionales indiferenciadas que pueden ser compartidas por gran cantidad de emociones (Ekman, 1999), por

ejemplo, una activación parasimpática y una tendencia a la pasividad.

El constructo **afecto** se refiere a la valencia de estos estados (emociones o estado de ánimo) (Rosenberg, 1998; Scherer, 1984). A continuación se revisan algunas teorías sobre afecto y estado de ánimo pertinentes para el tratamiento psicológico, en tanto que la desregulación del afecto y el estado de ánimo es también característico de los llamados trastorno emocionales, por ejemplo, en el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor (TDM) o el TAG.

1.4.1 Afecto y regulación de metas

Las metas son la representación mental de un estado que la persona intenta obtener (Austin & Vancouver, 1996; Pervin, 1989), son un punto de referencia para evaluar el estado personal y orientar el comportamiento en el presente y futuro, varían entre valores a los cuales las personas quieren acercarse y los que desean evitar (Johnson, Carver & Fulford, 2010).

El afecto es una experiencia hedónica subjetiva que rastrea, informa, y controla el grado de progreso hacia el cumplimiento de metas (Johnson, Carver & Fulford, 2010). Es una alteración transitoria del estado neurofisiológico acorde al flujo de los eventos que se distingue del estado de ánimo por su duración y porque puede

formar parte de la experiencia emocional (Syzdeck, Addis, & Martell, 2010). El afecto positivo o negativo indica la congruencia del comportamiento con las metas personales (Carver & Scheier, 1998), y se puede conceptualizar como un barómetro que indica la relación ambiente-persona, indicando que tan reforzante o aversiva está es para el segundo (Barret, 2006). Un ejemplo de la relación entre metas-afecto-conducta puede verse en la figura 1-2.



Figura 1-2. Relación hipotética entre afecto y persistencia en la satisfacción de las metas.

La regulación del afecto requiere de manera indispensable que: a) las acciones de la persona se dirijan a la consecución de sus metas (Campos, Frankel & Camras, 2004), b) que cambien sus niveles de aspiración respecto de sus metas (Carver & Scheier, 2000), o c) que se establezcan metas diferentes cuando las presenten no pueden cumplirse (Johnson, Carver & Fulford, 2010).

Como se observa en la figura anterior, la

dimensión vertical indica la inversión de esfuerzo conductual, en tanto que la horizontal muestra el grado de satisfacción en el logro de metas.

La terapia de activación conductual para la depresión es un ejemplo de un tratamiento basado en evidencias que funciona bajo estos principios (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). Requiere incorporar estrategias de identificación de valores y técnicas de activación conductual para promover la exposición a metas abandonadas a partir de la aparición del trastorno emocional o afectivo, la regulación del estado de ánimo. Con el establecimiento de rutinas orientadas a la satisfacción de metas valoradas se fomenta un estado de ánimo positivo que sustituye el negativo. Por lo tanto, se considera que la identificación de valores y metas, el establecimiento de rutinas orientadas a metas y, la adecuada valoración de la satisfacción de objetivos son habilidades de regulación emocional imprescindibles en el tratamiento de problemas afectivos y del estado de ánimo.

1.4.2 Modelos dimensionales

En los modelos dimensionales se conceptualiza la experiencia anímica en polos de elevada o baja intensidad, valencia positiva o negativa y, tendencia a la acción o pasividad. En un contexto clínico, hacen posible conceptualizar un gran

número de síntomas como afecto negativo sin la necesidad de diferenciar emociones discretas. Esto es útil porque no siempre es necesario que los clínicos o usuarios especifiquen la emoción problemática para poder tratarla (Kring, Persons & Thomas, 2007; Mohr & cols. 2005; Schmid, Freid, Hollon & DeRubeis, 2002; Tomarken, Dischter, Freid, Addington & Shelton, 2004). Muchos problemas anímicos se relacionan con la ausencia de emoción positiva y no siempre a la presencia de experiencias negativas intensas o duraderas, y aun cuando éste sea el caso, regular el ánimo negativo no es lo mismo que incrementar el positivo, se requiere de diferentes intervenciones para lograr ambos objetivos y satisfacer las necesidades de los usuarios de psicoterapia (Gilbert & Procter, 2006; Brenstein & Borkovec, 1973; Lewinsohn, Gotlib & Hautzinger, 1998; Wolpe, 1958).

De acuerdo con Gray (1973), los sistemas afectivo-emocionales se pueden clasificar a partir de sus correlatos neurobiológicos específicos y las conductuales que les distinguen. Se pueden identificar tres sistemas básicos: a) el sistema focalizado en las amenazas, relacionado a estructuras cerebrales primitivas como la amígdala, el sistema límbico y los sistemas serotoninérgicos (Gilbert, 2009). Éste activa el **sistema lucha-huida**, que responde a la frustración y al dolor, motiva las conductas de

escape, evitación y agresión defensiva, y se relaciona con la irritabilidad y la hostilidad. Y el sistema de congelamiento o inhibitorio-comportamental que responde a señales de castigo, novedad y ausencia de reforzamiento, suprime a conducta y motiva la retirada; en esencia se relaciona con el afecto negativo y la ansiedad. b) El sistema activador-comportamental (Gray, 1973), también llamado autopreservador (Wang, 2005) o focalizado en incentivos-recursos (Gilbert, 2007), involucra los sistemas dopaminérgicos (Gilbert, 2007 & 2009), responde a señales de seguridad y refuerzo, motiva un comportamiento de aproximación y se relaciona al afecto positivo. Su hipo-activación se relaciona con la depresión, c) por último, el sistema preservador de la especie (Wang, 2005) o sistema focalizado a la afiliación (Gilbert, 2007), es responsable de conductas como la crianza, validación y empatía, involucra los sistemas relacionados a la oxitocina y opiáceos (Gilbert, 2007) y se relaciona con una reducción de la activación de los sistemas ansiógenos y una sensación de “tranquilidad”. Sugiere una predisposición genética a sentirse “seguros” en la presencia de interacciones estables, cálidas y empáticas con los otros (Fonagy & Target, 2007; Sloman, Gilbert & Hasey, 2003).

Desde esta perspectiva, la modulación de la actividad de estos sistemas es el blanco de

intervención clínica (Persons, 2008). Se cree que estrategias como la activación conductual y la exposición podrían influir en su actividad (Persons, 2008). Ambas deberían contemplarse al desarrollar tratamientos orientados al fortalecimiento de habilidades de regulación emocional, aunque por diferentes razones. Conceptualizar estas estrategias desde un modelo dimensional es importante para teorizar sobre los mecanismos de cambio involucrados en la regulación del estado de ánimo; puede considerarse la posibilidad de que las estrategias de exposición sean útiles no sólo porque promuevan la habituación, procesamiento y extinción emocional, sino también porque promueven la regulación del afecto y estado de ánimo al desactivar los sistemas focalizados en amenazas por actuar de forma incompatible con su configuración biológico-motivacional. Lo mismo ocurre con las estrategias de identificación de valores y activación conductual, pues éstas promueven la activación del sistema focalizado en los intensivos y el focalizado en la afiliación que por lo regular se encuentran desactivados en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.



1.5 PERSPECTIVA FUNCIONAL DE LA CONDUCTA EMOCIONAL

Las emociones representan complejos repertorios de actividad (no como estados internos) y, por lo tanto, se pueden analizar como actos en el contexto de sus antecedentes y consecuencias (Syzdeck, Addis, & Martell, 2010).

Por ejemplo, las emociones de las personas pueden provocar emociones en los demás (Dimburg & Ohman, 1996), y así funcionar de manera inadvertida como: a) refuerzo o castigo para su comportamiento (Arkowitz & Westra, 2004, Keltner & Hadit, 2001), b) estímulos discriminativos que motivan comportamientos específicos en quien los experimenta y en los que le rodean; o pueden ser vistas como c) efectos de las consecuencias que gobiernan el comportamiento de los individuos, por ejemplo, las conductas gobernadas por el reforzamiento positivo se relacionan a sentimientos de libertad y control (afecto positivo), mientras que las gobernadas por reforzamiento negativo y castigo con sentimientos de ser controlado y la indefensión (afecto negativo) (Skinner, 1971).

En un contexto clínico, el terapeuta puede utilizar sus propias respuestas emocionales a la interacción con el paciente para hacer hipótesis sobre la forma en que el segundo influye en los demás (Hengegeler & cols. 1998; Kolhenberg & Tsai, 1994; Linehan, 1993), y modular su propio comportamiento para modular la emoción del usuario (Gladwell, 2006). La terapia analítico

funcional y las estrategias estilísticas y dialécticas del método dialéctico conductual son ejemplos de estrategias que utilizan estos principios para movilizar el cambio conductual de los usuarios de psicoterapia (Waltz, Landes & Holman, 2010).

También es importante evaluar las funciones de las emociones respecto al contexto en que las personas las presentan, las contingencias contextuales que motivan o inhiben su expresión y la forma de comunicar el estilo motivacional del usuario (refuerzo positivo o negativo).

Utilizar estrategias de análisis funcional conductual para ayudar a los usuarios a identificar las funciones de sus emociones, puede contribuir a desarrollar mayor flexibilidad conductual para tomar decisiones sobre la utilidad o no de expresarlas de determinada manera en un momento específico, en vez de hacerlo en forma irreflexiva a partir de la influencia que las contingencias pasadas. Estas estrategias también pueden proveer de retroalimentación al usuario sobre la forma en que sus expresiones emocionales impactan en sus valores y metas interpersonales, así como informarle de la congruencia con que actúa respecto a ellas. Estas estrategias se incorporarán en la fase educativa del tratamiento pues se cree que pueden sensibilizar a la persona sobre los impactos de las estrategias subsiguientes de éste.

Tras construir una definición de emoción y

revisar las principales teorías sobre ésta que resultan pertinentes para los tratamientos psicológicos, se procede a identificar distintos aspectos esenciales que fueron empleados a lo largo del capítulo para la construcción de un modelo comprensivo orientado a la regulación emocional.

- a) Se describieron las características básicas de una emoción.
- b) Se estableció una distinción entre emoción, afecto y estado de ánimo.
- c) Se diferenció entre emociones precipitadas por un evento psicológicamente relevante y emociones condicionadas y derivadas.
- d) Se señalaron distintas estrategias de intervención que permiten regular emociones básicas o discretas, que favorecen el procesamiento emocional, que permiten la habituación-extinción de emociones condicionadas, que permiten regular el estado afectivo y que influyen en la actividad de los sistemas biológicos afectivo-emocionales.
- e) Se conceptualizaron a las emociones como respuestas operantes bajo el control de contingencias y se dio importancia a la evaluación de sus funciones.

Ha quedado implícito que la regulación emocional

se refiere a las distintas acciones que funcionan para influir en las emociones, afecto y estado de ánimo de las personas. En el siguiente capítulo se define el constructo con claridad y se analizan sus características. Esto proporciona información útil para comprender los factores relacionados a las dificultades de regulación emocional y la psicopatología.

Regulación emocional

En este capítulo se describe el constructo de regulación emocional y se explica su relevancia para el desarrollo de modelos de intervención clínicos. También se explica el concepto de desregulación emocional y se describen sus causas y valor transdiagnóstico.



2.1 REGULACIÓN EMOCIONAL

Los procesos conductuales que subyacen a la emoción y la regulación emocional son los mismos (Bloch, Moran & Kring, 2010) de forma que algunos investigadores consideran que la emoción y la regulación emocional no pueden separarse pues la primera en sí misma implica diversos procesos de autorregulación (Campos, Frankel, & Camras, 2004; Davidson, 2000). Esta afirmación se ha criticado por ser difícil de probar de manera empírica y carecer de utilidad aplicada (Kring & Werner, 2004). Autores como Bloch, Moran y Kring, (2010) consideran que diferenciar

emoción y regulación emocional es útil para entender la naturaleza de sus problemática psicopatológica. Por ejemplo, en el TAG es importante determinar si los excesos de ansiedad, preocupación o irritabilidad son resultado de una inhabilidad para modular las emociones o si éstos permanecerán elevados aún si los procesos de autorregulación están intactos. En el presente capítulo, por razones teóricas y pragmáticas se distingue entre emoción y regulación emocional, además se asume que dicha distinción permite identificar las dificultades que tienen las personas con alguna psicopatología para regular sus emociones.

Gross y Thompson (2007) definieron la regulación emocional como “el proceso mediante el cual los individuos influyen en las emociones (positivas y negativas) que ellos mismos y otras personas experimentan, cuando las experimentan, cómo las experimentan, y cómo las expresan”. Eisenberg, Hofer, y Vaughan, (2007) señalaron que “la regulación emocional tiene un fuerte componente motivacional que sirve para lograr metas y adaptación biológica y social”. En tanto que Bloch, Moran y Kring, (2010) mencionaron que:

Estos procesos pueden ser automáticos o controlados, conscientes o no conscientes, y extrínsecos (otra persona regula las emociones de

quien las experimenta, como es característico en los infantes) o intrínsecos (la propia persona que experimenta la emoción la regula).

Basarse en un modelo que describa la regulación emocional como proceso permite identificar mecanismos subyacentes a su falla en las personas con psicopatología (Bloch, Moran & Kring, 2010). El modelo procesal de regulación emocional (véase Gross, 1998) señala diversas estrategias ubicadas en distintas etapas del proceso.

En el modelo se muestran cinco diferentes categorías de estrategias de regulación emocional, la distinción se hace con fines didácticos pues se asume que cada intento de regulación emocional involucra múltiples procesos reguladores. Las primeras cuatro categorías del modelo están centradas en los antecedentes y son:

- a) Selección situacional. Las personas pueden reorientar sus emociones con base en sus experiencias previas. La selección situacional se refiere a la elección estratégica de las situaciones a las que la persona se expone y la función que esta elección tiene para experimentar o evitar las emociones asociadas. Por ejemplo, acercarse o evitar a ciertas personas, escenarios o actividades. Esta habilidad es importante para dirigir la propia vida y mantenerse a salvo de

situaciones riesgosas.

- b) **Modificación situacional.** Cuando las personas se exponen a una situación pueden alterarla y modificar su impacto emocional. Por ejemplo, girar el cuerpo para generar distancia física respecto a una persona (Hofmann, Gerlach, Wender, & Roth, 1997), expresar tristeza y ganar la simpatía de los otros (Davidson et al., 1993), hacer bromas para disminuir la tensión social (Edelmann & Iwawaki, 1987), entre otras. Las estrategias orientadas al afrontamiento activo y efectivo de los eventos estresantes (p. ej. la comunicación asertiva) con frecuencia resultan adaptativas. (Lazarus & Folkman, 1986).
- c) **Manipulación de la atención.** La atención se puede manipular a voluntad para concentrarse en aspectos específicos de un evento o distraerse de otros. Las personas pueden modificar las emociones que experimentan si manipulan los eventos de su consciencia. Estas estrategias no modifican la situación.
- d) **La revaloración cognitiva** es reconstruir de manera deliberada el significado de una situación y así promover la experiencia de emociones alternativas.
- e) **Modulación de respuesta.** Son intentos de modificar la emoción (su experiencia o

expresión) cuando ya está en proceso. Esta estrategia está enfocada en la respuesta.

Estas acciones cumplen funciones adaptativa o desadaptativas según el contexto. Para Leahy, Tirch y Napolitano (2011): “la regulación emocional adaptativa se define como tal porque favorece el reconocimiento y procesamiento emocional, y favorece el funcionamiento productivo (acorde a metas valoradas y propósitos individuales) a corto y largo plazo”.

Acorde a Werner y Gross (2010), la regulación emocional efectiva implica adaptación al contexto y congruencia con la controlabilidad de los eventos internos y externos, así como con las metas a largo plazo. Por lo regular, implica el siguiente proceso:

- a) **Pausarse** y permitir la experiencia de los eventos privados de la emoción (pensamientos, sensaciones, impulsos, sentimientos), sin evitarlos (de manera cognitiva o conductual), resistirse a ellos (lamentarse por tenerla) o actuar por impulso para modificarlos (estallido conductual de manera catártica). Esto implica una perspectiva de observador, una exposición interoceptiva y la prevención de respuestas de evitación, de tal forma que facilita el procesamiento emocional y la habituación

psicológica.

- b) Reconocer** la emoción (nombrarla) (Menin et al., 2005). Cada emoción difiere en sus dimensiones conductuales, fisiológicas y funciones interpersonales, y reconocerlas facilita regularlas con efectividad. Para lograrlo se pueden usar las estrategias de *mindfulness* y análisis conductual mencionadas con antelación.
- c) Discriminar** qué tan controlables son la situación y la emoción misma. Se pueden usar estrategias de solución de problemas o entrenamiento en habilidades de afrontamiento para afrontar tanto eventos como estrategias de tolerancia al malestar para los aspectos de la emoción que están bajo control voluntario; mientras que la aceptación es la mejor estrategia para los eventos y experiencias incontrolables. (Hayes & Wilson, 1994).
- d) Consciencia y jerarquización** de los valores personales y metas a largo plazo (para lo cual son pertinentes las estrategias de identificación de valores y activación conductual). Se requiere inhibir la conducta impulsiva y reorientar el comportamiento a la consecución de una meta deseada (*mindfulness*).

Se sugiere considerar este proceso como la meta

de cualquier tratamiento orientado al entrenamiento de habilidades de regulación emocional; se asume que para lograrlo, sería útil que estas estrategias estuviesen orientadas y jerarquizadas acorde a las necesidades de cada consultante.

2.2 DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Diversas formas de psicopatología se describen como **excesos o déficit de la respuesta emocional**, mientras que la experiencia emocional abrumadora es prevalente en casi todos los tipos de psicopatología (Kring & Bachorowski, 1999): “La desregulación emocional es la dificultad o inhabilidad para regular la expresión emocional y permitir el adecuado procesamiento emocional”. La desregulación se puede manifestar como una excesiva intensificación de las emociones (las cuales se experimentan como abrumadoras e intrusivas), o como una inhibición excesiva de ellas (disociación, despersonalización o desrealización; o bien, adormecimiento emocional) (Leahy, Tirch & Napolitano (2011).

La figura 2-1 describe diversas estrategias de regulación emocional inefectivas.

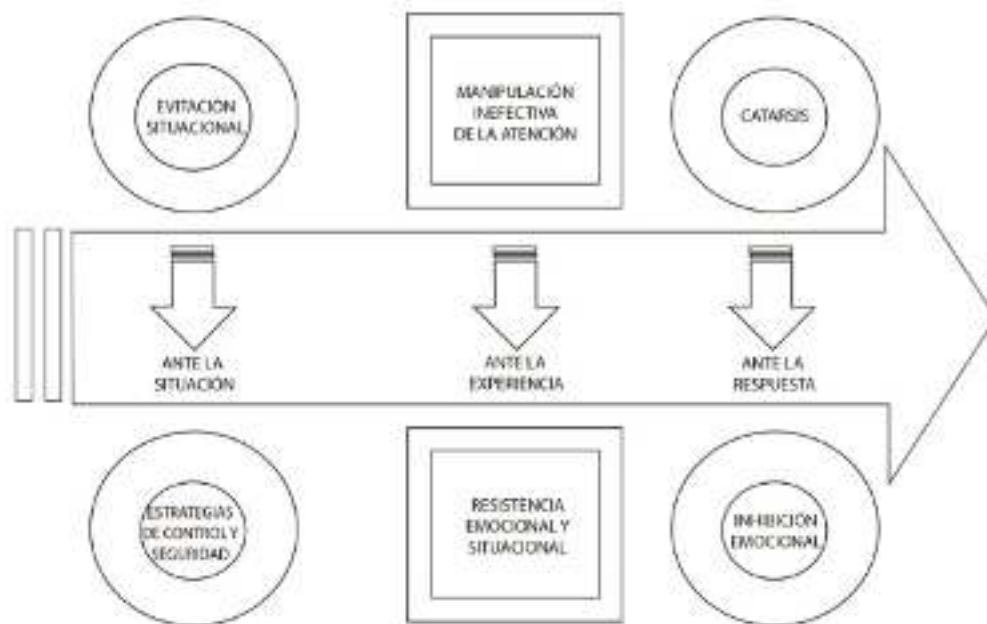


Figura 2-1. Estrategias de regulación emocional inefectivas.

2.2.1 Selección situacional y evitación situacional

La **evitación indiscriminada o generalizada** de situaciones desagradables es un importante factor causal y mantenedor de la psicopatología. La evitación persistente afecta el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida, la salud y el bienestar general; además, se relaciona a la pobre vida social, académica, ocupacional y de esparcimiento (Campbell-Sills & Barlow, 2007).

En la figura anterior, puede observarse que una primera clase de estrategias de regulación inefectiva es la evitación situacional. Las personas que ya están expuestas a la situación utilizan estrategias de control y seguridad. Otras

estrategias disfuncionales se clasifican como manipulación de la atención, incluyen la distracción o monitoreo de estímulos desagradables, la rumiación y la preocupación. La resistencia a la experiencia emocional se caracteriza por juicios negativos sobre ella, en el modelo se le llama **sensibilidad emocional**. La última clase de estrategias ilustrada en la figura se relaciona a la modulación de la respuesta emocional; en este caso, la supresión expresiva de ésta y la evitación experiencial.

La evitación generalizada se asocia a la disminución del malestar a corto plazo y con el incremento del afecto y emociones indeseadas a largo plazo. Resulta en emociones de enojo, vergüenza, un estado de ánimo depresivo, y pensamientos de desesperanza y autoderrotistas por la pérdida de metas valiosas para la persona. (Barlow, 2000); Leary, Kowalski, & Campbell, 1988).

La selección situacional efectiva requiere de la capacidad para anticipar las emociones que se experimentarán en diversos escenarios, mientras que la evitación crónica resulta en dificultades para predecirlas (Gilbert & Andrews, 1998). Los evitadores crónicos con frecuencia sobreestiman la negatividad de sus respuestas emocionales (anticipación negativa), tienen dificultades para anticipar el placer que experimentarán en un evento futuro, y sobreestiman los resultados

positivos de situaciones donde éstos son improbables. Estos efectos son evidentes en personas con esquizofrenia (Gard, Kring, Gard, Horan, & Green, 2007) y TDM (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001).

Las estrategias de activación conductual y exposición disminuyen la evitación de manera efectiva (Feske & Chambless, 1995), ya que permiten habituarse a la situación desde un punto de vista psicológico, practicar o desarrollar habilidades necesarias para adaptarse a ella y, cuestionar prejuicios que se tuvieran sobre éstas. (Rapee & Heimberg, 1997).

2.2.2 Modificación situacional y estrategias de control o seguridad situacionales

El uso estereotipado y generalizado de estrategias de manipulación o control situacional con la finalidad de modificar su impacto emocional es importante para el diagnóstico y mantenimiento de la psicopatología. Por ejemplo, una persona con comportamientos narcisistas podría vestir con ropa costosa para llamar la atención y generarse una sensación de importancia, o una persona con un trastorno obsesivo-compulsivo podría limpiar la mesa de forma estereotipada para disminuir su preocupación por la contaminación. Hay otros individuos que utilizan estrategias que no

modifican la situación de manera directa, pero les permiten sentirse seguros en ellas (Werner & Gross, 2010), por ejemplo, aquellos con ansiedad social pueden prepararse de forma perfeccionista para enfrentar un evento donde creen que serán evaluados, o depender de un interlocutor para expresar sus opiniones (Clark & Wells, 1995).

Las estrategias de seguridad son patológicas si previenen la exposición total y, por lo tanto, la habituación a la situación desagradable (Clark, 2001), cuando monopolizan los recursos cognitivos de la persona al acaparar la memoria de trabajo y entorpecer el funcionamiento de otras funciones ejecutivas (p. ej., contar o memorizar líneas), mantienen la atención autofocalizada (p. ej. decirse frases motivadoras), o entorpecen el funcionamiento social (p.ej. compulsiones; Wells, 2009).

En este caso se recomiendan las estrategias de exposición con prevención de respuesta (de seguridad o control) (Werner & Gross, 2010). Por ejemplo, en casos como la ansiedad social o el TOC, se identifican las estrategias de seguridad (como las compulsiones) y se expone a la persona a la situación mientras se suspende el uso de estas estrategias para, más adelante reatribuir los éxitos a sus habilidades y no al uso de las estrategias de control y seguridad. (Clark & Wells, 1995).



2.3 MANIPULACIÓN DE LA

ATENCIÓN

La rumiación, preocupación, distracción y monitoreo de estímulos son formas de manipulación atencional que con frecuencia resultan problemáticas.

La rumiación se relaciona al incremento de la intensidad y duración de la emoción indeseada (Papageorgiu & Wells, 2003). Involucra atender y valorar los propios pensamientos y sentimientos asociados a eventos pasados, es un pensamiento repetitivo sobre los sentimientos asociados a situaciones negativas y sus consecuencias (Bushman, 2002; Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990). El aspecto valorativo de la rumiación es lo que la vuelve problemática, la contemplación no sentenciosa de los propios pensamientos corrige sus efectos negativos (Vassilopoulos, 2008; Werner & Gross, 2010).

La preocupación (Davey & Wells, 2006) es una estrategia utilizada con regularidad por las personas diagnosticadas con trastornos de ansiedad (Borkovec, 1994); es similar a la rumiación, pero se orienta hacia el futuro y a la anticipación de eventos negativos. La preocupación sirve para evitar emociones negativas, distraerse de las sensaciones fisiológicas displacenteras (Borkovec & Hu, 1990) e inhibir sensaciones de descontrol (Riskind & Kleiman, 2012), pero a largo plazo contribuye al incremento

de la intensidad y duración de la ansiedad, impide el procesamiento emocional, dificulta la toma de decisiones y no permite la habituación psicológica (Butler & Gross, 2004; Metzger, Miller, Cohen, Sofka, & Borkovec, 1990).

De acuerdo con Wells (2009), tanto la preocupación como la rumiación están sesgadas hacia información negativa, esto resulta en una visión negativa del sí mismo y el mundo. Es usual que la rumiación inicie con preguntas retóricas del tipo “¿Por qué a mí?”, y la preocupación con pensamientos del tipo “¿Qué tal si?”, dan lugar a un razonamiento circular que perpetúa un estado de incertidumbre y disonancia entre lo que la persona conoce y desea conocer.

La práctica repetida de la rumiación y preocupación les convierte en “hábito”, entonces se desarrollan de forma irreflexiva y dan la impresión de pérdida de control mental. Como la rumiación y preocupación son estrategias sobre todo verbales interfieren con otras funciones cognitivas como el procesamiento de imágenes (necesario para el procesamiento emocional), acaparan recursos atencionales que dificultan el adecuado razonamiento y resolución de problemas bajo presión, e incrementan la accesibilidad de material cognitivo negativo e intrusivo que orienta la futura toma de decisiones.

La distracción (Harvey, Mansell & Watkins, 2004) se refiere al intento de **reenfocar la atención**

en aspectos no emocionales de la situación (Rothbart & Sheese, 2007), y a la **autofocalización** de sensaciones o pensamientos. Cuando la distracción se automatiza y generaliza impide la adecuada resolución de problemas (Hunt, 1998), la habituación psicológica y el procesamiento emocional, y se relaciona con la ineficacia interpersonal (Werner & Gross, 2010).

El **monitoreo de estímulos negativos** es la focalización de estímulos relacionados con amenazas potenciales (Wells & Matthews, 1994), que mantiene la percepción subjetiva de peligro e incrementa o conserva la activación emocional, fortalece planes metacognitivos que guían la cognición y automatizan la detección de amenazas e impiden “recalibrar” el sistema cognitivo acorde a las características del entorno (p. ej. en el TEPT), y sesgan las redes semánticas responsables de generar intrusiones de eventos negativos pasados en la consciencia.

Las estrategias de *mindfulness* involucran la autorregulación de la atención y facilitan el reconocimiento de los eventos externos e internos en el momento presente (Werner & Gross, 2010). Asimismo, desarrollan una actitud de curiosidad, apertura y aceptación requerida para el tratamiento de la rumiación y preocupación, son un elemento esencial en la tercera ola de terapias de conducta o terapias conductual-contextuales, como la reducción al estrés basada en el

mindfulness (Kabat-Zinn, 2003), la terapia cognitiva sustentada también en dicho concepto de la atención plena (Williams, Russell, & Russell, 2008), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl & Wilson, 2003), y la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993).

2.3.1 Revaloración cognitiva y sensibilidad emocional

Existe una relación entre la sensibilidad a las emociones negativas y la psicopatología, por ejemplo en el trastorno por pánico (Tull, 2006), TAG y la ansiedad de separación (Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, & Fresco, 2005). La **sensibilidad emocional** se refiere a la resistencia a la experiencia de emociones negativas (“no debería de sentirme así”) y a su valoración negativa (“me volveré loco”). De acuerdo con Leahy (2012), la sensibilidad emocional se relaciona a la aversión a la toma de riesgos, la evitación experiencial, un estilo cognitivo catastrófico y la inflamación emocional. El autor considera que es un proceso transdiagnóstico que puede aliviar esos síntomas si se interviene; asimismo, puede resultar útil distinguir entre creencias de permanencia, incontrolabilidad, intolerancia y peligrosidad (Wells, 2009).

La sensibilidad emocional es el precipitante de las emociones secundarias indeseables (Greenberg

& Safran, 1990). El mantenimiento de la psicopatología se relaciona a la preponderancia de las emociones secundarias sobre las primarias (Greenberg & Safran, 1990; Hayes et al., 2006; Mennin & Farach, 2007).

La exposición emocional a partir del mindfulness (Roemer & Orsillo, 2009; Wells, 2000) y las estrategias de revaloración cognitiva (Beck & Clark, 1997; Wells, 2009) permiten corregir la sensibilidad emocional y revalorar las emociones de forma más realista. (Heimberg, 2002; Leahy, Tirch & Napolitano, 2011).

2.4 MODULACIÓN DE LA RESPUESTA

Existen dos formas de modulación de la respuesta emocional que han sido investigadas con amplitud y encontradas problemáticas. La **supresión expresiva** consiste en intentos de inhibir la expresión emocional (Gross, 1998), y la **evitación experiencial** que son esfuerzos por inhibir la experiencia emocional misma (Hayes & Wilson, 1994).

Existe una amplia cantidad de evidencias teóricas (Barlow, Allen, & Choate, 2004; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002), experimentales (Campbell-Sills & cols., 2006; Gross & John, 2003) y clínicas (Fairholme et al., 2010; Mennin &

Fresco, 2010) que prueban las consecuencias desadaptativas de la supresión expresiva de las emociones negativas en personas sanas y con psicopatología. Las evidencias indican que la supresión expresiva merma la experiencia subjetiva de las emociones positivas pero no de las negativas (Gross, 2002; Gross & John, 2003; Gross & Levenson, 1997). También tiene efectos biológicos y cognitivos adversos como el incremento de la actividad simpática y el impedimento del establecimiento de la memoria declarativa (memoria sobre general) (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006; Harvey, Mansell & Watkins, 2004). De igual forma se relaciona a la disfunción comunicacional y a la vinculación afectiva la conducta emocional expresiva es importante para comunicar deseos e influir en las emociones y comportamientos de los demás (Gross & Levenson, 1997).

La evitación experiencial, es la tendencia, mediada en forma verbal, a escapar o evitar experiencias psicológicas privadas (p. ej. pensamientos, sentimientos, urgencias, memorias, emociones) mediante intentos por modificar su forma, frecuencia, intensidad o sensibilidad situacional, aún cuando esto sea inútil o interfiera con acciones valoradas. Influye en la forma en que las personas experimentan el estrés, reduce el malestar emocional a corto plazo pero a la larga tiene efectos negativos por su

generalización y automatización (inflexibilidad) (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012; Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996). Se vuelve problemática porque requiere una gran inversión de recursos temporales y psicológicos, motiva la supresión expresiva y se relaciona con la sensibilidad emocional (Hayes, 2004; (Hayes & Wilson, 1994). Además, está documentado que contribuye al mantenimiento de los trastornos de ansiedad y estado de ánimo (Hayes & Wilson, 1994); Kashdan et al., 2006).

La mejor alternativa a la supresión expresiva y la evitación experiencial es la **aceptación** a las reacciones internas (pensamientos, sentimientos, impulsos y sensaciones. La aceptación es la capacidad para permitirse a uno mismo continuar en el momento presente sin hacer intentos de resistirse a las emociones (Hayes, 2004; Roemer & Orsillo, 2005); se relaciona al mindfulness porque implica una observación no sentenciosa de las propias emociones (Silberstein, Tirch, Leahy & McGinn, 2012). La aceptación disuade de los intentos de inhibir las emociones y permite la flexibilidad necesaria para adaptarse al entorno (Dalrymple & Herbert, 2007; Hayes et al., 2006; Turk et al., 2005).

Al tratar problemas de regulación emocional es imprescindible dar importancia al desarrollo de la aceptación del malestar psicológico. Las estrategias arriba mencionadas se utilizan para

corregir los mecanismos subyacentes a la desregulación emocional, bajo una filosofía de aceptación que permite desarrollar la flexibilidad de respuesta necesaria para la regulación emocional efectiva.

En conclusión, la información existente sobre regulación y desregulación emocional así como de sus mecanismos asociados son relevantes para la construcción de modelos de intervención efectivos, y complementan la proporcionada por las teorías básicas de las emociones, afecto y estado de ánimo.

Las estrategias de evitación y escape situacional, control y seguridad, distracción, monitoreo de estímulos negativos, rumiación, preocupación, resistencia emocional, supresión expresiva y evitación experiencial constituyen estrategias de regulación que no son efectivas, por lo que deberían ser identificadas e intervenidas. Se considera que éstas son los mecanismos subyacentes al mantenimiento de la desregulación emocional como proceso psicológico transdiagnóstico relacionado al desarrollo y mantenimiento de la psicopatología. Estos mecanismos se intervienen con técnicas de aceptación, exposición, mindfulness, activación conductual, revaloración cognitiva, y entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar, regulación fisiológica y solución de problemas, que permiten el desarrollo la

regulación emocional efectiva como proceso psicológico transdiagnóstico relacionado a la prevención y rehabilitación de la psicopatología.

Las estrategias antes mencionadas se complementan con las educativas, de análisis conductuales identificación de valores consideradas a lo largo de este capítulo. Se confirma la necesidad de incorporar técnicas de exposición, *mindfulness* y activación conductual como ejes centrales en la construcción de modelos transdiagnósticos orientados al tratamiento de la desregulación emocional.

Modelo integrativo de regulación emocional

En este capítulo se describe un modelo de intervención orientado a la mejoría de la regulación emocional efectiva, que integra elementos de terapia cognitivo conductual con estrategias metacognitivas, de aceptación, atención plena (mindfulness) y centradas en los valores. Se describen sus supuestos teóricos básicos y se ilustran sus aplicaciones clínicas. El modelo representa una innovación porque hasta la fecha no existen tratamientos en México que intervengan sobre procesos de valor transdiagnóstico comprobado.

3.1 REGULACIÓN EMOCIONAL COMO FACTOR TRANSDIAGNÓSTICO

A pesar de que el cambio es el proceso fundamental en la intervención psicológica, aún no está bien entendido (Carey, Carey, Mullan, Murray & Spratt, 2006). Esta falta de claridad se puede atribuir, en parte, a que los desarrolladores

de tratamientos psicológicos generan modelos teórico-clínicos basados en diferentes teorías etiológicas, según Carey (2011), esta diversidad obstaculiza el entendimiento coherente y preciso del trastorno psicológico.

En años recientes, esta diversificación se ha contrarrestado por una nueva línea de investigación clínica **transdiagnóstica**. Dicha perspectiva enfatiza las similitudes entre los procesos relevantes al mantenimiento de diferentes trastornos psicológicos (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004). La postura transdiagnóstica legitima la unificación de las distinciones categoriales diagnósticas a partir de los procesos patológicos que comparten (Harvey, Mansell, Watkins & Shafran, 2004). Se cree que la eliminación de categorías diagnósticas, sin perder precisión, se puede considerar un claro signo de madurez del entendimiento científico (Hayes, 2005).

Uno de los procesos psicológicos transdiagnósticos que han generado mayor interés es la regulación emocional (Baumeister, Schmeichel & Vohs, 2007; Koole, 2009). La experiencia emocional abrumadora es prevalente en casi todos los tipos de psicopatología y un importante factor causal en su desarrollo y mantenimiento, de manera que conocer la forma en que las personas con alguna psicopatología regulan sus emociones o las dificultades que

tienen para ello, puede ayudar a comprender algunos mecanismos subyacentes a sus dificultades de adaptación y a deducir cómo ayudarlas de manera más efectiva (Kring & Bachorowski, 1999).

Hasta el momento, se han desarrollado protocolos de tratamiento que buscan sustituir las estrategias de regulación emocional improductivas y pretenden servir como alternativa a los tratamientos basados en emociones discretas o centrados en un trastorno, tal es el caso de la terapia cognitiva para la depresión, la exposición Interoceptiva para el Ataque de Pánico, MDR para el estrés postraumático, entre otros. La mayoría de estos tratamientos se han desarrollado en EUA. y se encuentran aún en fase de desarrollo o evaluación de su efectividad, por ejemplo, el protocolo unificado de regulación emocional (Barlow et al., 2008; Fairholme et al., 2010), la terapia de regulación emocional (Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005; Douglas, Mennin & Fresco, 2010), o bien la terapia de esquemas emocionales (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011).

En México, Reyes desarrolló el modelo integrativo para la regulación emocional (MIRE) como una guía flexible para la formulación de caso y aplicación de tratamientos para pacientes con desregulación emocional (Reyes, 2011a, 2012, 2013). El MIRE se ha presentado en conferencias y

entrenamientos para profesionales (Reyes, 2011b, 2011c; Reyes, Ramírez & Ascencio, 2011) y permite desarrollar habilidades clínicas transdiagnósticas en clínicos de instituciones públicas y privadas, o de manera independiente.

3.2 MODELO INTEGRATIVO DE REGULACIÓN EMOCIONAL (MIRE)

El MIRE es un modelo clínico basado en principios (Swales & Heard, 2009), se concentra en los procesos de regulación emocional problemáticos más documentados, proporciona estrategias para su identificación y tratamiento, y ayuda a los clínicos a tomar decisiones en situaciones inciertas mientras se orientan con una estructura de tratamiento y mantienen sensibilidad a las necesidades particulares del consultante en turno. Es un tratamiento conductual-contextual, y como tal busca el desarrollo de repertorios conductuales flexibles (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012; Silberstein, Tirch & Leahy, 2012).

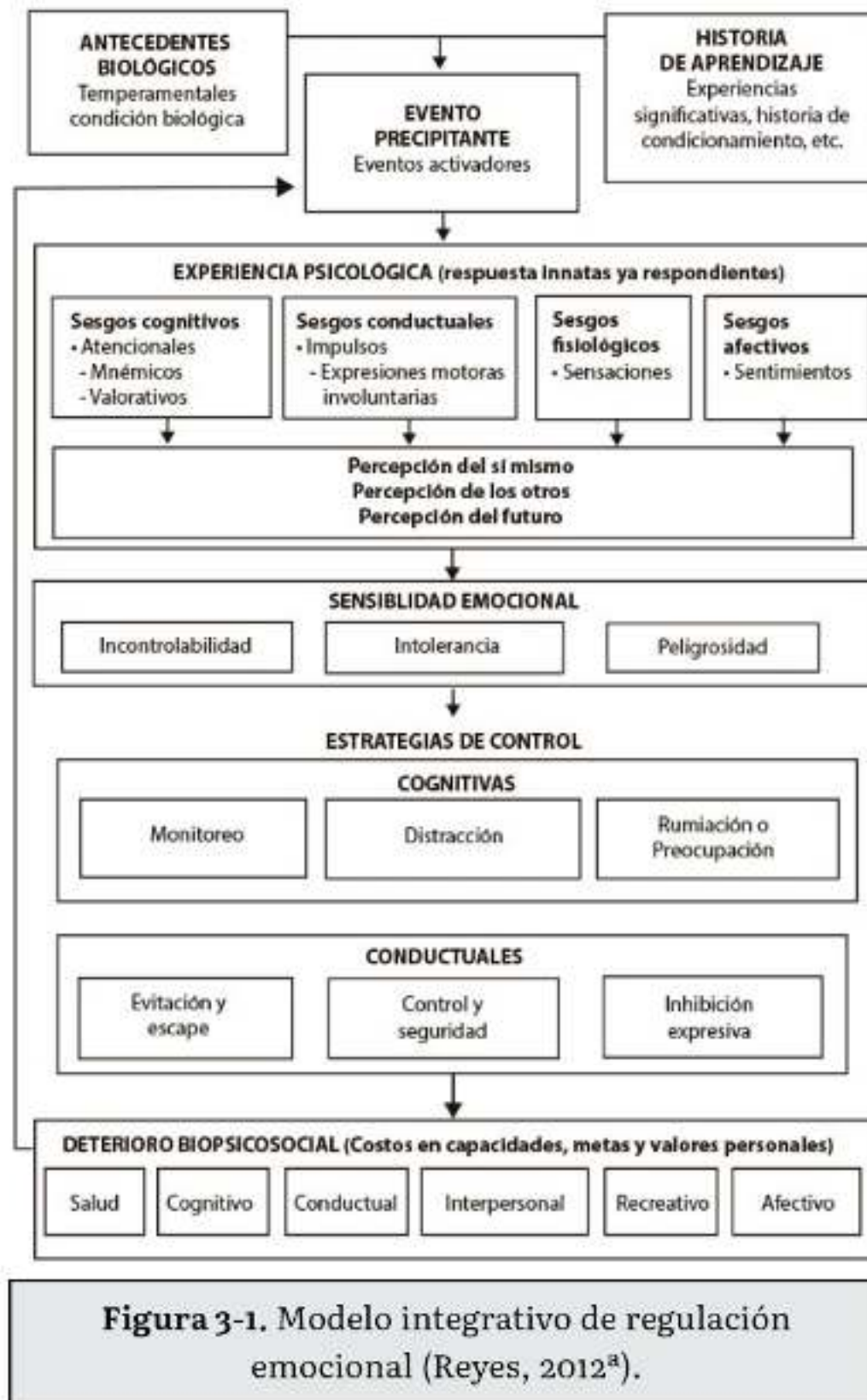
En el modelo, se distingue la reacción emocional involuntaria de aquellas bajo control volitivo que permiten regularla, también se distingue la regulación emocional de la afectiva (o del estado de ánimo). Sus premisas principales son: a) las **estrategias de regulación improductivas** contribuyen a incrementar la

frecuencia, intensidad y duración de las emociones con resultados problemáticos acorde a los objetivos de la persona, y, b) la cualidad positiva o negativa del afecto cotidiano resulta de la congruencia entre el comportamiento y la satisfacción de las metas personales (Johnson, Carver & Fulford, 2010; Carver & Scheier, 1998).

El objetivo general del MIRE es la resolución del comportamiento con función de regulación emocional improductivo y busca desarrollar repertorios conductuales flexibles que permitan mejorar la calidad de vida de personas con trastornos afectivos y emocionales crónicos. Sus objetivos específicos son: a) el desarrollo de habilidades de tolerancia al malestar psicológico y de una actitud de aceptación ante el malestar psicológico, b) el fortalecimiento de habilidades de solución de problemas psicosociales, y de aquellas relacionadas con la construcción de relaciones sociales satisfactorias y duraderas.

Aunque el MIRE es un modelo conductual radical, en el presente capítulo se incorporarán términos teóricos y clínicos de la teoría cognitiva del procesamiento informacional (Persons, 2008) y modelos meta-cognitivos de la emoción (Wells & Mathews, 1996) para hacer el modelo accesible para los clínicos que provienen de una tradición ajena a la conductual; desde el punto de vista tecnológico, el modelo incorpora estrategias clínicas de otras terapias conductuales basadas en

la aceptación (Roemer & Orsillo, 2009), y otros modelos integrativos para la regulación emocional (Barlow et al., 2008; Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005); también incorpora estrategias de activación conductual (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010) y estrategias interpersonales de la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993) y la psicoterapia analítica funcional (Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010). En su aspecto filosófico, el MIRE descansa en el contextualismo funcional (Hayes, Hayes, Resse & Sarbin, 1993; Rosnow & Georgoudi, 1986). En la figura 3-1 se muestra un modelo gráfico del MIRE.



3.2.1 Aspectos generales

El MIRE es un modelo científico informado, sólo se consideraron modelos y estrategias de intervención con sustento empírico para su construcción. De acuerdo con Milne (2009).

Lo anterior supone una forma de llevar una práctica clínica basada en evidencias. Es un modelo conductual radical y se basa en principios básicos de aprendizaje: a) es contextualista, porque supone que la conducta es parte de su contexto y no puede ser entendida separada de él; b) es monista, pues rechaza el supuesto de que el comportamiento esté determinado por estructuras hipotéticas subyacentes; c) es **pragmático**, al considerar sus supuestos verdaderos, en tanto permitan predecir e influir sus blancos de intervención.

3.2.2 Aspectos teóricos

- Factores biológicos. El MIRE asume una perspectiva evolutiva del comportamiento emocional, considera que en gran medida es innato (por lo menos en la primera etapa de la vida de la persona) y por lo tanto fue seleccionado y heredado (reforzado) por ser funcional para la sobrevivencia de la especie (Levenson, 1999; James, 1984). En el modelo se asume que el bagaje genético del individuo en interacción con el ambiente de gestación resulta en un temperamento particular que se

explica como la sensibilidad a ciertos tipos de refuerzo sobre otros, y de ahí a aprender ciertos comportamientos sobre otros (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993; Costa & Widiger, 2002).

Así, adopta una perspectiva biosocial del trastorno emocional (Koerner & Dimeff, 2007; Linehan, 1993), asume que la vulnerabilidad emocional predispone a reacciones emocionales o afectivas intensas y difíciles de regular, donde si además la persona vulnerable madura en un entorno que invalida estas expresiones, el individuo desarrollará sensibilidad emocional y tendrá mayores dificultades para regularse con efectividad.

El **primer principio** clínico del modelo es que aprender a reconocer, comprender, satisfacer y validar la función de las emociones contribuirá a su regulación efectiva. Se propone el uso de técnicas psicoeducativas, de automonitoreo o análisis funcional (Mennin & Fresco, 2010; Sloan, Marx & Epstein, 2005) y de *mindfulness* (Roemer & Orsillo, 2008) para lograr este fin (véase capítulo 5).

- Historia de aprendizaje. La historia personal da lugar a condicionamientos que determinan las situaciones y formas específicas y personales en que se expresa, interpreta y regula el comportamiento emocional. El **segundo principio** clínico del MIRE es que la regulación

emocional es aprendida.

La entrevista clínica se utiliza para obtener datos que permitan desarrollar una teoría sobre los antecedentes psicosociales de la problema emocional actual (Persons, 2008). Acorde a lo expuesto por Roemer y Orsillo (2009) Se cree que formular una teoría explicativa junto con el usuario es necesario para validar sus condiciones actuales, tomar una perspectiva histórica de ellas, separarlas de su identidad y condiciones presentes de vida y fomenta el desarrollo de la empatía terapéutica.

- Evento precipitante. Los predisponentes biológicos y las experiencias de aprendizaje se combinan para dar lugar a una forma personal de operar (sentirse, interpretar y reaccionar como una unidad) ante los eventos cotidianos. Estas pautas rara vez son conscientes, se mantienen por reforzamiento y con dificultad cambian por reflexión; En la literatura clínica cognitiva estas pautas reciben el nombre de **esquemas** (Kohlenberg & Tsai, 2007; Persons, 2008), y cuando representan respuestas inefectivas para la satisfacción de los objetivos personales en un contexto determinado y, aun así, se presentan de forma persistente por su efectividad para aliviar el malestar a corto plazo (Wilson & Luciano, 2001) se les considera una **vulnerabilidad psicológica** (o diátesis) para el trastorno emocional.

Se presume que esta vulnerabilidad se hace evidente ante circunstancias de vida que pueden identificarse al preguntar de manera directa sobre las situaciones que se asocian con la aparición o incremento en la intensidad y frecuencia de los síntomas emocionales del usuario y la práctica estereotipada de estrategias de regulación infructíferas. a estas condiciones se les llama **precipitante**.

El **tercer principio** clínico del modelo es que la presencia y función de la experiencia emocional perturbadora y las estrategias de regulación inefectivas son de naturaleza contextual. Son resultado de la interacción entre la historia biológica y de aprendizaje, así como de la relación transaccional entre el individuo y su ambiente. Una estrategia de regulación inefectiva se define como tal a partir de las consecuencias de dicha transacción respecto a los objetivos de la persona.

- **Experiencia emocional.** En el MIRE se distingue entre: a) las experiencias cognitivas intrusivas (valoraciones, imágenes, recuerdos, impulsos) y sesgos automáticos del procesamiento informacional personales (selección e interpretación de información), de los b) sesgos de procesamiento universales que son comunes a cualquier individuo que experimenta una emoción determinada. Se asume que las primeras están condicionadas (o

esquematisadas si se prefiere) a la emoción misma. Este aprendizaje se establece por experiencias personales repetitivas o traumáticas, por asociaciones derivadas de la similitud de la situación actual con experiencias pasadas, o por efecto de las relaciones semánticas que se generan al reflexionar sobre la experiencia (Hayes, Fox, Guifford & Wilson, 2001). La integración entre estas experiencias individuales y aquellas naturales a la emoción conforman **supuestos personales momentáneos** sobre la propia persona, los demás y la situación; dichos supuestos prevalecen mientras la emoción esté activada y varían con el tiempo.

El MIRE considera que esta experiencia emocional puede ser desagradable o perturbadora y, de ser rechazada por el usuario, motivaría la práctica de estrategias de regulación emocional orientadas a evadirla o controlarla. En consecuencia, el **cuarto principio** clínico del MIRE es que las experiencias emocionales iniciales que se tienen ante un evento dado son impredecibles, cambiantes e inevitables y, por lo tanto, no representan un blanco de intervención clínico. El **quinto principio** está relacionado con el anterior y es que los intentos deliberados por controlar la forma, duración o frecuencia de la experiencia emocional inicial, tienen efectos paradójicos (Hayes, Strosahl &

Wilson, 1999).

Se asume que la aceptación y exposición a esta información facilita la habituación psicológica (Wells, 2008), procesamiento emocional (Foa, Hembre & Rothbaum, 2007; Foa, Huppert & Cahill, 2006) y extinción (Linehan, 1993) de estos condicionamientos, a la vez que facilita el cambio natural de la emoción y, permite responder de manera flexible y orientada a metas (Roemer & Orsillo, 2009). De este supuesto se desprende el **sexto principio** del modelo: la exposición, habituación y aceptación del malestar psicológico traen como consecuencia la flexibilidad necesaria para actuar de forma flexible y orientada a metas en situaciones perturbadoras.

- Sensibilidad emocional. De acuerdo con diferentes teorías metacognitivas y cognitivas sobre la emoción (Leahy, 2002, 2007; Leahy, Tirch & Napolitano, 2011); Wells, 2000) las condiciones que condicionan la experiencia emocional resultan en el desarrollo de una sensibilidad específica hacia las emociones desagradables. Esta **sensibilidad emocional** se expresa en las interpretaciones que la persona hace sobre sus propias emociones y la forma en que las afronta. Cuando las estrategias de regulación han sido improductivas resultan en creencias sobre la incontrollabilidad, intolerancia y peligrosidad de las experiencias

psicológicas desagradables (Leahy, Tirch & Napolitano, 2011; Wells, 2009). También se asume que un entorno social que invalida la experiencia emocional negativa (Linehan, 1993), o sobrevalora la experiencia emocional positiva contribuye al desarrollo de estas creencias (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

- En el MIRE, se busca lograr la aceptación del malestar psicológico con estrategias de mindfulness, defusión cognitiva y el uso de metáforas (Linehan, 1993; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002), se pretende ayudar a que los beneficiarios del tratamiento identifiquen el valor motivacional de las emociones y su utilidad para tomar decisiones y solucionar de problemas (Damasio, 1994; Greenber, 2002). Más adelante se discute la necesidad de expresar las emociones de una forma congruente con las demandas contextuales y metas personales o valores (Wilson y& Murrell, 2004). El **séptimo principio** clínico del MIRE es que el rechazo al malestar emocional es aprendido y, por lo tanto, la aceptación de las experiencias puede ser enseñada.
- Supuestos de control. Las estrategias de regulación emocional inefectivas se refuerzan por su efectividad a corto plazo pero a la larga impiden exponerse a información correctiva, el desarrollo de habilidades de afrontamiento

productivas y, con frecuencia, refuerzan la experiencia emocional inicial (Clark, 2001; Wells & Mathews, 1996). Estas estrategias se conceptualizan en el MIRE como **supuestos de control** que especifican la estrategia de control, el resultado deseado de ésta, y las consecuencias indeseables a largo plazo. Un ejemplo es “si evito exponerme a las situaciones que temo podré sentirme a salvo, pero a la larga se restringirá mi libertad y me sentiré deprimido”. Esta estrategia demuestra la aplicación del **octavo principio** clínico del MIRE, la consciencia de las contingencias y reglas que ejercen influencia sobre la conducta promueven la flexibilidad psicológica.

Se distinguen dos tipos de supuestos de control: los **metacognitivos** como la rumiación, preocupación, monitoreo y distracción (Wells, 2000), y los **conductuales** de seguridad o control, evitación y escape, e inhibición emocional expresiva (Harvey, Mansell, Watkins & Shafran, 2004). Las estrategias de control metacognitivas se corrigen al desarrollar la toma de perspectiva y atención al momento presente (Luoma, Hayes & Walser, 2007; Wells, 2000, 2009), y sirven como experimentos metacognitivos que refutan las reglas y promueven el contacto con otras contingencias que permitan desarrollar comportamientos más deseables (Wells, 1999).

Las estrategias de control conductuales se desafían mediante experimentos conductuales (Bennett-Levy, Westbrook, Fennell, Cooper et al., 2003) y se sustituyen por habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar emocional y acción opuesta (Roemer & Orsillo, 2008; Linehan, 1993; Barlow, 2004). El **noveno principio** del modelo es que la consciencia de las consecuencias y reglas que ejercen influencia sobre las conductas de control es necesaria pero a menudo insuficiente para sustituirlas; por lo tanto, con frecuencia el tratamiento requiere desarrollar estrategias de regulación emocional alternativas.

- Deterioro de la calidad de vida. Las estrategias metacognitivas de control impiden el adecuado funcionamiento de otras funciones ejecutivas (Metzger, Miller, Cohen, Sofka & Borkovec, 1990; Butler & Gross, 2004). Esto contribuye a generar una sensación de descontrol y desesperanza ante la propia experiencia emocional y deteriora el funcionamiento de la persona en otras áreas de su vida (Wells, 2009). La persistencia en estas estrategias concentra los esfuerzos de la persona en reducir su malestar emocional y a largo plazo se limitan las acciones dirigidas a otras metas y valores asociados al bienestar y la felicidad (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). De estos hechos se desprende el **décimo principio** clínico que

supone que la satisfacción emocional depende más del involucramiento flexible con los valores y la satisfacción creativa de las metas personales que de concentrarse en la reducción del malestar emocional.

Una vez que se han desarrollado estrategias de regulación más efectivas, en el MIRE se trata de ayudar a los usuarios a asumir una postura proactiva con sus valores. Para ello se utilizan técnicas para identificar las discrepancias y obstáculos entre sus acciones actuales y las direcciones valoradas (Newman, Castonguay, Borkovec, Fisher & Nordberg, 2008; Wilson & Murrell, 2004) y se utilizan técnicas de activación conductual con el fin de facilitar acciones valoradas (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). Como **décimo principio** clínico el MIRE se plantea que la meta del tratamiento es el incremento de la satisfacción y calidad de vida del usuario.

3.2.3 Aspectos clínicos

- Conceptualización de caso. De forma similar a otros modelos conductuales, el MIRE inicia con una conceptualización de caso colaborativa entre el usuario y el terapeuta (Persons, 2008).

En primer lugar se identifica el valor evolutivo de las emociones y su funcionalidad en la situación actual del consultante, esto

contribuye a “despatologizar” la experiencia emocional y validar el derecho del usuario a “sentirla” (Linehan, 2003). Se identifican las experiencias de aprendizaje que pueden haber contribuido al desarrollo de su experiencia emocional y las que pudieron contribuir al desarrollo de las estrategias de control improductivas.

- Validar la experiencia emocional. Terapeuta y usuario validan su experiencia emocional al señalar su naturalidad, dadas sus circunstancias e historia de vida e identificar las posibles ventajas que pudiera tener en el presente.

Se identifican las estrategias de control mediante el análisis de las verbalizaciones del usuario sobre sus reacciones emocionales, las situaciones actuales que lo hacen vulnerable a ellas, los eventos cotidianos que precipitan la crisis emocional, las estrategias que utiliza para lidiar con su malestar, la efectividad de las estrategias de control a corto y largo plazo, y se reflexiona sobre sus posibles efectos contraproducentes.

Una técnica útil para este propósito es el análisis de cadenas conductuales (Linehan, 1993) y registros de situaciones de lucha (Hayes & Spencer, 2005). Las tácticas improductivas reciben el nombre de **estrategias de control** y se formulan como **supuestos**. El MIRE considera

que estas estrategias son conductas gobernadas por reglas y, por lo tanto, pueden ser insensibles al cambio por contingencias directas (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Las destrezas que permiten lograr objetivos y regular emociones se denominan **habilidades productivas**.

Se conceptualiza el trastorno como un problema de **rechazo emocional** (externo e interno) y se le presenta al consultante el concepto de **aceptación radical**, como el ingrediente activo del tratamiento, que es un espacio donde se aprende a convivir con el caos de forma flexible para poder satisfacer sus objetivos, valores y dirección de vida sin tener que distraerse en controlar lo que no se puede controlar (Linehan, 2003; McKay, Wood & Brantley, 2007). Esto permite identificar que los intentos de **control y evitación emocional son el verdadero problema y que la aceptación puede representar una solución**. Se identifican conflictos para dejar ir las estrategias de control y se resuelven al retomar el análisis de consecuencias y narrar metáforas (Higgins, 1997; Luoma, Hayes, & Walser, 2007), por ejemplo cuando se le dice al usuario que ha dedicado tanto tiempo en intentar eliminar el malestar de su vida que persistir en intentarlo se le ha vuelto tan natural como a un apostador seguir en el juego mientras espera que llegue su

momento de suerte.

- Sustituir estrategias improductivas. En la tercera fase se pretende sustituir las estrategias de regulación improductivas por otras que sean efectivas. Es usual comenzar con estrategias de mindfulness para ayudar al usuario a distanciarse de los pensamientos y sentimientos disfrazados de realidad (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Éstas, representan planes de procesamiento alternativos a aquéllas de control e impiden la generación de emociones secundarias (Safer, Telch & Chen, 2009; Wells, 2009).

También se ayuda al usuario a fortalecer sus habilidades de regulación emocional. Comer de forma balanceada, establecer buenos hábitos de sueño, ejercitarse, evitar sustancias que alteran el estado de ánimo y dedicarse a actividades que generan una sensación de maestría y satisfacción. Las estrategias de acción opuesta contribuyen a disminuir la labilidad emocional (Linehan, 2003; McKay, Wood & Brantley, 2007) y constituyen un método para sustituir estrategias de control improductivas y facilitar la acción dirigida a una meta.

- Replantearse direcciones de vida. En esta fase el terapeuta retoma la idea de asumir una dirección en la vida, se utilizan tácticas de clarificación de valores (Luoma, Hayes & Walser, 2007), se plantean nuevos objetivos que

contribuyen a desarrollar el autorespeto y se programan actividades y metas para mantener el compromiso con las acciones planteadas y construir pautas de acción valorada (Dahl, Plumb, Stewart & Lundgren, 2009; Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010).

En esta fase también se fortalecen las habilidades del usuario para cuidarse a sí mismo y mantener una dirección valorada. El terapeuta puede entrenar habilidades de afrontamiento típicas de la terapia cognitivo conductual como las habilidades sociales o de resolución de problemas para fortalecer la capacidad del usuario en mantener y aprovechar al máximo su dirección valorada (Linehan, 2003).

- Reevaluar supuestos emocionales. En esta fase, terapeuta y usuario colaboran para hacer un resumen de los supuestos que dirigían las estrategias de control inefectivas y se analiza su credibilidad a la luz de las evidencias. De encontrarse supuestos residuales se pueden hacer experimentos conductuales o metacognitivos para refutar su credibilidad (Bennett-Levy, Westbrook, Fennell, Cooper et al., 2003; Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011).
- Prepararse para vida fuera de la terapia. Se hace un resumen del proceso terapéutico y se utilizan metáforas para presentar los conceptos de prepararse para los resbalones y prevenir las recaídas (Reyes, 2012b), y se desarrollan planes

de mantenimiento de dirección de vida y afrontamiento efectivos. Se programan sesiones de seguimiento y de manera eventual la terapia finaliza. Un resumen de las estrategias utilizadas para conceptualizar el caso acorde al MIRE se presenta en la figura 3-2.



Figura 3-2. Resumen de las estrategias utilizadas para la formulación de caso acorde al modelo integrativo para la regulación emocional (Reyes 2012a).

Es común que la regulación emocional inefectiva sea destructiva. El MIRE permite conceptualizar y tratar estos problemas, el modelo reconoce la necesidad de balancear estrategias de aceptación y de cambio en esta tarea. Además,

considera a los pensamientos, emociones, conductas y sus efectos personales, ambientales e interpersonales como parte de un mismo sistema y, por lo tanto, se cree que intervenir su totalidad maximiza la efectividad de la intervención terapéutica; además, el MIRE interviene sobre procesos de valor transdiagnóstico comprobado. Se requiere hacer investigación controlada sobre su efectividad, por el momento la experiencia clínica sugiere que contribuye a aceptar el malestar, desarrollar mayor conocimiento y apertura a la experiencia emocional, desarrollar habilidades que contribuyen a la regulación emocional efectiva y a incrementar el grado de bienestar subjetivo y felicidad.

Estrategias auxiliares en la etapa de conceptualización de caso y educación

En el presente capítulo se describen las estrategias dialécticas que resultan de utilidad durante la etapa de formulación de caso, las estrategias educativas y de automonitoreo que pueden utilizarse en una primera fase “psicoeducativa” de la intervención. Estas estrategias se utilizan para educar al usuario en la naturaleza de las emociones y favorecer la observación de las estrategias de regulación emocional inefectivas, mientras se mantiene una actitud de compasión y sensibilidad al sufrimiento del consultante.

Antes de esta primera etapa del tratamiento, se recomienda dedicar un par de sesiones para realizar una historia clínica y una valoración diagnóstica donde deben definirse metas para el tratamiento, a continuación se sugiere dedicar una sesión para educar al usuario sobre las funciones de las emociones y la naturaleza de las estrategias de regulación emocional, y un par de sesiones adicionales para desarrollar automonitoreo.

Se comienza con una explicación acerca de la

utilidad de las estrategias dialécticas por ser herramientas interpersonales básicas que pueden utilizarse a lo largo de todo el tratamiento e incluso, durante el proceso de evaluación.

4.1 ESTRATEGIAS DIALÉCTICAS

Estas estrategias son **métodos de persuasión** al cambio conductual, favorecen la síntesis de la aceptación y el cambio (Christensen & Jacobson, 2000; Linehan, 1993; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Wilson, 1996). Para el terapeuta, representan un entendimiento de la naturaleza de la realidad, el cambio conductual y el marco epistemológico del tratamiento (Linehan, 1993; Pinkard, 1988). Estas estrategias se han utilizado, sobre todo, en el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad y otros usuarios polisindrónicos o de tratamiento difícil (p. ej., esposos abusivos, adolescentes suicidas, ante abuso de sustancias, entre otros) (Koerner & Dimeff, 2000, Fruzzetti, 2002). También existen modelos que han incorporado estas estrategias para potenciar los beneficios de la terapia cognitiva y conductual tradicional (p. ej., Segal et al., 2002; Wilson, 1996; Kabat-Zinn, Lipworth & Burney, 1985).

De acuerdo con Linehan (1993), la postura dialéctica en psicoterapia implica asumir que: a) toda afirmación u opinión de la realidad es

verdadera pero parcial; b) que la existencia de un argumento tesis, de manera forzosa da lugar a la existencia de uno contrario o antítesis; c) que la integración de ambos aspectos en una síntesis favorece el cambio.

En la psicoterapia es frecuente la tensión entre los blancos de aceptación y cambio, los terapeutas necesitan enfatizar la necesidad de éste pero al mismo tiempo aceptar el sufrimiento, dificultades, y limitaciones del consultante y la situación en que éste vive (Fruzetti & Fruzetti, 2003). Estas estrategias son útiles para evitar luchas de poder entre usuarios y terapeutas.

A continuación se enlistan las principales estrategias recomendadas por Fruzetti y Fruzetti (2003) y se explica su aplicación en el MIRE:

- a) Balanceo de objetivos del tratamiento: con la finalidad de mantener colaboración en el tratamiento, los terapeutas deben mantener una actitud flexible pero consistente, paciente pero desafiante, que reconozca las limitaciones de los consultantes pero también los motive hacia el incremento de sus habilidades. Mantener este balance implica validar (aceptar de forma radical) y dignificar el sufrimiento emocional del usuario (sus pensamientos, impulsos y sentimientos), mientras se reconoce la necesidad de cambiar su comportamiento para aliviarlo y generar

mayor bienestar.

Este balance es en particular útil cuando los consultantes muestran conflicto respecto a la posibilidad de que mostrar una actitud de aceptación o cambio implique la descalificación de la otra posibilidad. Por ejemplo, que un usuario exprese su preocupación respecto a la posibilidad de que la aceptación resulte en una actitud pasiva respecto a sus problemas.

b) Balanceo del estilo de comunicación: estas estrategias se refieren al cambio estratégico de diversos estilos de comunicación.

En primer lugar se considera el balance de la intensidad y velocidad de la sesión. Variar la intensidad implica adecuar la intensidad emocional ejercida por el terapeuta para alentar el comportamiento que el consultante tiene en sesión o reorientarlo. Variar la velocidad implica tomarse más o menos tiempo en el trabajo sobre un punto de la sesión con la finalidad de enfatizarlo o pasar a otra cosa.

Otro balance importante es el de un estilo de comunicación orientado a la aceptación y otro dirigido al cambio: un estilo de comunicación orientado a la aceptación, por lo regular es íntimo, genuino y vulnerable; el estilo de comunicación orientado al cambio es directivo, respetuoso y sensible hacia el

consultante, y de ninguna forma es confrontante. El balance implica cambiar el estilo conforme fluye la sesión.

En el MIRE-G se le da gran importancia a estas estrategias con la finalidad de mantener la estructura de la sesión sin dejar de atender las dudas, opiniones o procesamiento emocional de los consultantes.

Promover el pensamiento dialéctico. Esta estrategia implica ayudar al usuario a deshacerse de su pensamiento polarizado o rígido al ayudarlo a adoptar distintas posturas en forma simultánea. Por ejemplo, supóngase el caso de un usuario que se enfada con el terapeuta por “presionarlo”, en vez de que éste último se muestre en extremo cuidadoso con él, podría sintetizar ambas posturas y preguntar al consultante si le parecería correcto asumir que presionarlo es una forma de ayudarlo a aliviar su sufrimiento. Bajo ninguna circunstancia se refuta el punto de vista de los usuarios, esto implica una invalidación y un desbalance de poder en favor del terapeuta (Swan, 1997; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987).

Esta estrategia está diseñada para ayudar al consultante a observar su pensamiento desde su función y no desde su significado literal, esta postura implica evitar emitir juicios sobre los pensamientos, sentimientos y

acciones de las personas, y sólo verlos como acciones efectivas o inefectivas respecto a sus objetivos (Fruzetti & Fruzetti, 2003). La idea es reconocer que cuando el consultante y terapeuta “opinan”, ambos contribuyen a generar una lluvia de ideas que les acerca a soluciones efectivas; por lo tanto, los dos puntos de vista deben ser tratados como válidos aunque a simple vista pudieran juzgarse como ilógicos o irreales.

En el MIRE se enfatiza el uso de esta estrategia para buscar soluciones a los problemas de los usuarios de manera colaborativa.

- c) Metáforas. Su uso promueve el pensamiento dialéctico porque tienen la capacidad de evocar respuestas emocionales similares a las de las situaciones reales; esto facilita la comprensión del punto de vista del terapeuta y disminuye la posibilidad de que el usuario se resista a él por sentirse manipulado o no estar de acuerdo desde un punto de vista lógico. De esta manera se puede equiparar el aprender a regular las emociones con aprender a nadar, ambas requieren persistencia; también se puede enfatizar que el papel del terapeuta es como el de un entrenador deportivo que tiene perspectiva sobre la técnica y habilidad de sus jugadores, lo que le permite proveer sugerencias para hacer un mejor partido, por su parte los

usuarios son los jugadores y sólo su ejecución de las sugerencias del entrenador puede decir si en realidad son efectivas para el juego.

- d) Observar paradojas. Es muy importante que los terapeutas estén al tanto de los efectos paradójicos de las estrategias de regulación emocional inefectivas de los usuarios, y las diversas estrategias de evitación o control que pudieran presentarse durante la sesión. Señalar las paradojas inherentes al comportamiento del consultante enfatiza sus consecuencias indeseables sin invalidar su utilidad a corto plazo; esto permite derivar funciones aversivas a las estrategias de control y desalentarlas sin caer en luchas de poder. Observar una paradoja implique **notar cuando el intento por resolver un problema lo exacerba o genera** problemas adicionales, por ejemplo, señalar que “presionar a los demás por aprobación es invitarlos a rechazarnos o aceptarlos por lo que no somos”.

Observar las paradojas permite abandonar las posturas extremas (pensamientos, emociones y conductas) y promueve contemplar alternativas flexibles.

El cuadro 4-1 lista los principios generales que se consideran importantes, en el MIRE, para mantener una actitud dialéctica.

Cuadro 4-1. Principios generales para mantener una actitud dialéctica

- Balancear estrategias de aceptación y cambio.
- Balancear estilo cálido y de confrontación.
- Sintetizar puntos de vista en oposición.
- Enfocarse en los objetivos.
- Identificar las paradojas en la conducta del paciente.



4.2 PSICOEDUCACIÓN

La efectividad de los tratamientos orientados al desarrollo de habilidades de regulación emocional se relaciona a su naturaleza educativa; de acuerdo con Fruzzeti y colaboradores (2003); con regularidad, la psicoeducación es el requisito fundamental para desarrollar habilidades de afrontamiento.

Esta afirmación ha sido corroborada en los estudios de Bohus y colaboradores (2000); Koons y colaboradores (2001); Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard (1991); Linehan y colaboradores (1999); Miller, Wyman, Huppert, Glassman, & Rathus (2000); Rathus & Miller (2002); Telch, Agras, & Linehan, (2000) y, Verheul y colaboradores (2003). En dichos estudios se han incluido participantes con trastorno límite de la personalidad, conducta suicida y autolesiva, depresión crónica, ansiedad crónica, trastorno

por estrés postraumático, conducta disociativa y agresión (Koerner & Dimeff, 2000; Fruzzetti, Shenk, Mosco & Lowry, 2003).

De acuerdo con los autores, es útil proveer de psicoeducación sobre las funciones de las emociones y los factores que influyen en ellas. En el MIRE, la psicoeducación se considera una intervención necesaria para el desarrollo de una regulación emocional efectiva porque permite reconocer los elementos de la experiencia emocional (pensamientos, sensaciones, impulsos), ayuda a observar su brevedad, normalizarlas y disminuir el temor que los consultantes pudieran tener sobre su supuesta incontrolabilidad o peligrosidad, ayuda a tratar la alexitimia y a identificar metas personales indicadas por las emociones (Roemer & Orsillo, 2009). También se asume que la psicoeducación es importante para motivar el uso de otras técnicas de regulación emocional contempladas en el tratamiento.

En el anexo 4-1 se incluye una lectura educativa sobre las funciones de las emociones; ésta puede utilizarse como guía para ofrecer a los usuarios información sobre las funciones de las emociones, realizarse junto con ellos y, o proporcionárseles después de haber comentado sus contenidos con ellos.

En el anexo 4-2 se encuentra una lectura educativa sobre las estrategias de regulación emocional inefectivas y sus consecuencias, así

como los objetivos del tratamiento psicológico; esta lectura se puede discutir con los usuarios para explicarles las metas de la terapia, además, el terapeuta puede utilizar información de los capítulos anteriores para explicar al usuario los efectos paradójicos del control emocional y el papel que tiene vivir acorde a los valores personales en la regulación del estado de ánimo. Más adelante se puede animar a los usuarios a utilizar diversas estrategias de sus estrategias de afrontamiento.



4.3 AUTOMONITOREO

El automonitoreo se refiere a cualquier comportamiento que sirve para observar in vivo la relación funcional existente entre los eventos ambientales, la emoción, las estrategias de regulación emocional y sus consecuencias.

Se propone el siguiente método: a) notar los eventos que precipitan las emociones (lo que ocurre antes de que se presenten), éstos pueden ser sucesos de la vida de la persona, su interpretación de uno de éstos, pensamientos, memorias, sensaciones, u otros eventos privados; b) notar los elementos cognitivos, fisiológicos, conductuales e impulsos que les componen y reconocer su naturaleza involuntaria; c) observar las acciones voluntarias dirigidas a su regulación; d) observar las consecuencias deseables e

indeseables de dichas acciones a corto y largo plazo, y respecto a las metas y valores personales.

Discriminar estos elementos ayuda a las personas a identificar y nombrar sus emociones, permite discriminar entre emociones primarias y secundarias, e identificar reacciones involuntarias y voluntarias (Fruzzetti & Levensky, 2000); asimismo, facilita la identificación de metas personales y selección de acciones congruentes con el contexto (Fruzzetti et al., 2003). Esto promueve el desarrollo de mayor flexibilidad conductual y retroalimentan al usuario sobre la relación que existe entre sus estrategias de regulación y sus valores y metas personales (Linehan, 1993; 2003).

En el anexo 4-3 se encuentra un formato inspirado en el trabajo de Linehan (2003) que puede utilizarse para fortalecer la habilidad de los usuarios para identificar sus estrategias de regulación emocional inefectivas y su relación con su satisfacción. Se recomienda modelar el llenado de este formato en sesión para procurar que en efecto el usuario lo llene a lo largo de la semana; en esta primera etapa, el usuario localiza un día de la semana y anota la cantidad de ocasiones en que se observó a sí mismo mientras realizaba la estrategia de regulación emocional indicada, al final valora el grado de malestar o satisfacción que experimentó en el día y lo relaciona con las estrategias utilizadas.

El anexo 4-4 contiene un breve ejercicio que el usuario puede realizar para identificar la relación que las situaciones y sus emociones displacenteras tienen con sus valores, y el efecto que sus estrategias de regulación emocional inefectivas tienen respecto a éstos mismos.

Anexo 4-1. Función de las emociones

Utilidad de las emociones

¿Por qué las personas tienen emociones?

- Ofrecen información importante sobre las metas y cosas que las personas valoran.
- Sirven para comunicarle a las demás personas las necesidades de los demás.
- Permiten la organización psicológica (mental, física y conductual) para actuar cuando ocurre algo importante.
- Le dan profundidad y “sabor” a la vida.

Funciones de las emociones

Cuadro 4-2. Funciones de las emociones	
Tristeza Ocurre ante la pérdida	Enojo Surge cuando hay obstáculos para alcanzar las metas

Funciones: a) Decidir si se puede recuperar lo perdido • Si es posible, se podría recuperar; en caso contrario, se podría dar otra dirección a la vida b) Permite tener ayuda de los demás	Funciones: a) Decidir si se puede cambiar la situación. Si se puede, es posible hacerlo, cuando no, se podría enfocar en otra meta b) Poner límites a las demás personas
Miedo Surge cuando se enfrenta una amenaza	Ansiedad Sucedde al identificar una amenaza futura, incierta y no se sabe qué hacer al respecto
Funciones: • Ser cautelosos • Recibir apoyo y comprensión	Funciones: • Pensar y buscar probables soluciones • Consultar soluciones con otras personas
Alegría Surge cuando la persona ha logrado algo importante para ella misma	Amor Sucedde cuando la persona está con alguien que comparte o satisface sus metas
Funciones: • Motiva a buscar más logros • Ayuda a ser solidarios con las demás personas	Funciones: • Crea vínculos con las demás personas • Ayuda a establecer relaciones más íntimas
Satisfacción	

- Sucede cuando la persona dirige su vida de manera congruente con sus objetivos, valores y metas
- Funciona como una brújula que indica lo que es importante y motiva a mantener esa dirección

Las emociones deben ser expresadas y concluir en acciones para cumplir su objetivo. Si se ocultan o evitan, lo que las precipita no lo harán.

Dificultades para identificar lo que comunican las emociones:

1. Las emociones pueden estar puras (relacionarse con claridad con la situación que las precipitó) o contaminadas (ser “incongruentes” con lo que ocurre en el momento presente o de intensidad y duración **exagerada**).
2. Las emociones se contaminan en las siguientes situaciones:
 - Cuando la persona no se cuida a nivel emocional (p. ej., si se alimenta mal, no se da tiempo para relajarse, entre otros).
 - Si las emociones se confunden con **descripciones de la realidad**.
 - Cuando son reacciones a un futuro imaginario (y no a eventos actuales).
 - Al sumar malestares pasados al momento presente.
 - Cuando se suman emociones hacia las propias emociones (p. ej., sentir vergüenza por estar enojados).

- Si se intentan cambiar las emociones o se busca dejar de sentirlas.

Intentar controlar las emociones, problemas y alternativas

Hacer las cosas que tienen significado o sentido para una persona, la expone a pensamientos y sentimientos agradables y desagradables. Cuando ésta desea evitar pensamientos y sentimientos, con frecuencia se distrae de las partes de la situación que importan, o bien, olvida hacerlo y queda expuesta a diversos problemas.

1. La vida se limita por tomar decisiones dirigidas a evitar pensamientos y experiencias dolorosas. Las limitaciones incluyen las relaciones, el trabajo y el autocuidado.
 - a) En ocasiones es posible evitar situaciones difíciles, pero será imposible huir por completo del miedo, tristeza o tener pensamientos autocríticos porque éstos regresarán en cualquier otro momento de la vida.
 - b) El control total sobre los propios pensamientos, sentimientos, y reacciones corporales no es posible; es frecuente que los intentos por controlarlos generen mayor frustración por no lograrlo; lo hacen todo peor.

Sin embargo, es difícil reusarse a intentar controlar estas experiencias porque:

- A veces parece funcionar, o lo hace a corto plazo.
 - Otras personas parecen ser capaces de controlarla; se nota que logran hacerlo, pero es sólo en el momento.
 - Como el control funciona muy bien en otras partes de la vida, por ejemplo, se pueden tirar objetos a la basura o pintarlos de otro color si aburre su apariencia, por eso se intenta hacer lo mismo con las emociones.
- c) Elegir **no hacer** cosas que producen interés traerá como consecuencia **dolor por ausencia**, se extrañará lo que no se haga y habrá sentimiento de culpa o pena por no hacerlo.
- d) Vivir de manera activa e involucrada y permitirse sentir todo lo que esto conlleva puede ser una alternativa.

Renunciar a luchar:

- Sólo deben notarse las experiencias dolorosas.
- Hacer planes para vivir de forma más significativa y placentera.
- Es necesario actuar para lograr tener una vida más satisfactoria.
- Realizar una acción a la vez.
- Persistir, si los planes no se logran o se frustran, es necesario hacer otros e intentar de nuevo.

Las técnicas de este tratamiento pueden ayudar a desarrollar una actitud de mayor aceptación emocional y retomar la dirección de la vida, a ser más congruentes, persistentes y efectivos con las metas personales, a pesar de que en ocasiones el malestar emocional se interponga en el camino.

Anexo 4-2. Estrategias de regulación emocional inefectivas

Investigaciones recientes en el área de la psicología clínica han mostrado la existencia de problemas comunes en el surgimiento y mantenimiento de los problemas emocionales y afectivos, esto último tiene que ver con el uso de diversas estrategias de regulación emocional inefectivas.

No todas las estrategias que se mencionan a continuación son relevantes en todos los casos. Sin embargo, es importante analizarlas a detalle para valorar la posibilidad de que se relacionen con el mantenimiento de su problemática.

a) Evitación de situaciones desagradables

- Tranquiliza a corto plazo, pero impide habituarse a las situaciones desagradables, solucionar problemas, desarrollar habilidades para enfrentarlas y limita de la posibilidad de vivir acorde a las metas y valores personales.
- La persona sabe cuándo se esfuerza por evitar situaciones, actividades, lugares o personas que le hacen sentir incómodo
- La pasividad es una forma de evitación

b) Estrategias de seguridad y control: cuando las personas no pueden evitar una situación,

muchas veces hacen cosas para sentirse seguras o en control.

- Ejemplos de estas estrategias incluyen ingerir alcohol, limpiar la casa en forma compulsiva, ocultar partes del cuerpo que a la persona le desagrada, comportarse de forma intimidante, checar de manera constante las acciones de otros (p. ej., a los hijos o parejas), ser en exceso metódico al realizar una tarea, o depender de la compañía de otras personas para atreverse a ir a algún lugar.
 - Impiden desarrollar habilidades para enfrentar los problemas, distraen de la situación e impiden actuar con eficacia, resultan vergonzosas o son molestas para otros.
 - La persona sabe que controla cuando tranquiliza su malestar emocional al hacer cosas para manipular el entorno y a los demás.
 - A corto plazo estas estrategias pueden producir calma, pero por lo regular resultan enfadosas para el individuo y los demás, y le hacen sentirse prisionero de ellas para poder funcionar.
- c) Monitoreo: estar vigilante a que algo malo ocurra en cualquier momento.

Se puede dirigir a **estímulos internos** (la intensidad de las propias emociones o



sensaciones, checar la aparición de pensamientos considerados desagradables o reprobables, entre otros) y, estímulos externos (mirar si la pareja observa a alguien más, estar atento de las salidas de emergencia en el cine, estar pendiente de señales de rechazo por parte de las otras personas, observar el color de la comida para asegurarse que no está infectada, entre otros).

- A corto plazo, permite sentirse seguro porque da la impresión de que es posible anticiparse a las amenazas y actuar de forma oportuna.
- A largo plazo mantiene viva una sensación de amenaza y alerta constante.
- También es problemático porque hace ver al mundo de manera negativa y anticipar problemas donde no los hay.
- Es posible saber que uno monitorea una situación cuando la estudia en búsqueda de encontrar “algo malo”.

d) Rechazo y supresión experiencial: consiste en intentar reprimir las propias experiencias, ya sean positivas o negativas (emociones, pensamientos, sensaciones o impulsos).

- Estas estrategias se asocian al caos emocional y a la incapacidad para distinguir emociones y usarlas a favor propio.
- Estas estrategias funcionan de forma

eventual, pero también tienen efectos paradójicos: incrementan la aparición o de las experiencias indeseables, provocan que la persona sea sensible a ellas o bien, generan emociones secundarias como vergüenza, culpa y enojo hacia las propias emociones.

- Es posible saber que se intenta evitar experiencias cuando: al notarlas se dicen cosas como “no otra vez”, “esto no debería de estar pasando”, “es estúpido sentirse así”, entre otras; la persona hace cosas como intentar pensar en algo diferente, distraerse en otra actividad, convencerse de que todo estará bien o pasará rápido, pensar de forma positiva, sufre de problemas como la despersonalización o disociación, asimismo cuando tiene la sensación de que sus emociones nunca pararán si se atreve a sentirlas.
 - Otros indicativos de evasión de experiencias son sentirse aletargado a nivel emocional, ser indiferente a lo que ocurre en la vida personal, o experimentan intensos síntomas somáticos en situaciones estresantes (como adormecimiento de una extremidad, sensación de pérdida de consciencia, entre otros).
- e) Tomar en forma literal los propios pensamientos y emociones: “Creerle

ciegamente” a los pensamientos y/o emociones personales.

Cuando uno se siente convencido de que lo que piensa “es verdad”, “ocurrió de manera indudable”, o “sucederá con seguridad”.

- Cuando la persona se basa en ellos para saber que decisiones tomar, o que concluir de una situación determinada.
- Estas estrategias traen ganancias como: sentirse en control de las situaciones que generan malestar emocional, tener la sensación de “estar en lo correcto”, ser congruentes con sus creencias, y recibir simpatía de otras personas.
- A la larga, estas estrategias justifican acciones personales perjudiciales, llevan a cometer los mismos errores, e impiden cuestionar los propios prejuicios disfuncionales.

f) Rumiación: pensar de manera impulsiva, repetitiva y circular sobre eventos negativos que ya sucedieron.

- Se usa para intentar entender por qué las cosas sucedieron de forma desfavorable, para distraerse de una situación presente, para motivarse a cambiar las cosas o sólo para sentirse mejor.
- Se relaciona con el mantenimiento de los problemas emocionales porque: a) mantienen la mente ocupada e impiden

realizar tareas mentales complejas; b) distraen de los eventos presentes e impiden detectar señales que indiquen como actuar con eficacia; c) prolongan el tiempo en que se piensa en situaciones desagradables; d) generan nuevas preocupaciones y, d) se vuelven “hábito”, se desarrollan de forma irreflexiva y dan la impresión de pérdida de control mental.

- Es posible saber que uno está “rumiando” cuando analiza de manera obsesiva una situación que ya sucedió, se culpa a sí mismo o a otros por una situación anterior, autocastiga o reprocha por sus acciones, se siente agobiado a nivel emocional sin razón aparente, o bien tiene la sensación de soñar despierto.

g) Preocupación: pensar sobre el futuro de manera impulsiva, repetitiva y circular.

- Cuando las personas se preocupan tratan de anticipar las peores consecuencias de los eventos y, o buscan encontrar soluciones infalibles para sus problemas.
- Esta estrategia se refuerza porque en ocasiones permite anticipar, da la sensación de estar preparado para lo que pudiera ocurrir, distrae de situaciones desagradables, lleva a posponer el enfrentar este tipo de eventos y, permite sentirse en control de lo que sucede.

- Resulta problemática por las mismas razones que la rumiación.
- La persona sabe que se preocupa de manera inefectiva cuando dedica mucho tiempo a tomar una decisión o resolver un problema, duda sin llegar a ningún lado, se siente angustiada sin razón aparente, sueña despierta o tiene la sensación de que algo catastrófico puede pasar.

h) Inhibición de la expresión emocional: evitar demostrar las emociones.

- Ayudan a evitar sentimientos de vergüenza por las propias emociones, ser juzgados y prevenir sentirse vulnerable.
- A la larga impiden experimentar sentimientos positivos pero no los negativos, llevan a malentendidos con otras personas, e impiden vincularse de forma afectiva con otros.
- Puede detectar que la persona inhibe o siente que tiene algo importante que decir pero no se atreve a expresarlo, si tiene miedo a que los demás descubran sus sentimientos, o al esforzarse por permanecer inmutable ante una situación dolorosa.

i) Catarsis: experimentar o expresar emociones de manera deliberada, con el objetivo de “sentirse mejor” (sacarse el sentimiento).

- Es reconfortante porque permite sentirse

liberado a corto plazo, justifica, promueve la atención y compasión de las demás personas.

- A largo plazo, genera mayor reactividad emocional, ocupa energía que podría usarse para resolver problemas o desarrollar alternativas para tolerar el malestar, genera rechazo por parte de otras personas, y crea preocupaciones adicionales.
- La persona sabe que “hace catarsis” cuando expresa sus emociones de forma impulsiva, desmedida o en situaciones inapropiadas, cuando detecta que se autocompadece o tiene el impulso (o urgencia) de hacer algo extremo o dramático.

ANEXO 4.3. DIARIO DE AUTO-OBSERVACIÓN

Modelo integrativo de regulación emocional										
Modelo integrativo de regulación emocional Diario de identificación de estrategias improductivas						Nombre (iniciales):				
						Semana de tratamiento:				
Día de la semana (Círcule el día de inicio)	Estrategias de regulación emocional problemáticas								Resultados	
	Evitación Pasividad	Seguridad Control	Monitoreo	Rechazo-supresión	Tomárselo literal	Rumiación Preocupación	Inhibición	Catarsis	(Marcar de 0 a 11) Niveles más altos de	
	Si # / No	Si # / No	Si # / No	Si # / No	Si # / No	Si # / No	Si # / No	Si # / No	Males- tar	Satisfac- ción
Lunes										
Martes										
Miércoles										
Jueves										
Viernes										
Sábado										
Domingo										

Modelo integrativo de regulación emocional							Diario de práctica de estrategias productivas		
Marque el día que en que practicó la habilidad							Habilidades alternativas		Estrategias inefectivas
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Activación conductual	Evitación / Pasividad	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Acción comprometida		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Acción opuesta		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Acción opuesta	Seguridad / Control	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Hacer experimentos		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Consciencia plena	Monitoreo	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Ver el panorama completo		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Consciencia plena	Supresión / Rechazo	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Aceptar la experiencia		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Consciencia plena	Tomárselo literal	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Sólo notar		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Hacer experimentos		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Sólo notar	Rumiación	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Aceptar la realidad		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Repartir responsabilidades		

Modelo integrativo de regulación emocional							Diario de práctica de estrategias productivas		
Marque el día que en que practicó la habilidad							Habilidades alternativas		Estrategias inefectivas
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Sólo notar	Preocupación	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Aceptar la realidad		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Preocuparse selectivamente		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Ser asertivo	Inhibición	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Acción opuesta		
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Hacer algo valioso	Catarsis	
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Acción opuesta		

Anexo 4-4. Relación entre el malestar y los valores

Este ejercicio es útil para reforzar la idea de que aquello que provoca molestia y tiene una relación importante con aquello que se valora. Analizar el impacto que los eventos recientes (y no tan recientes) pueden tener en su vida, y el impacto que el uso de estrategias inefectivas de regulación emocional puede tener en el involucramiento con sus valores.

En cada una de las casillas de la figura, identifique y registre:

1. ¿Qué eventos se han presentado en su vida (internos o externos) que le genere malestar?
2. ¿Cómo es que estos eventos se relacionan con aquello que es importante y valioso en su vida (sus valores)?
3. ¿Cómo se ha sentido ante estos eventos?
4. ¿Qué ha hecho usted para enfrentar estas situaciones y lidiar con su malestar?
5. ¿Qué impacto tienen estas acciones en el nivel de satisfacción, y en el involucramiento que tiene con sus valores?

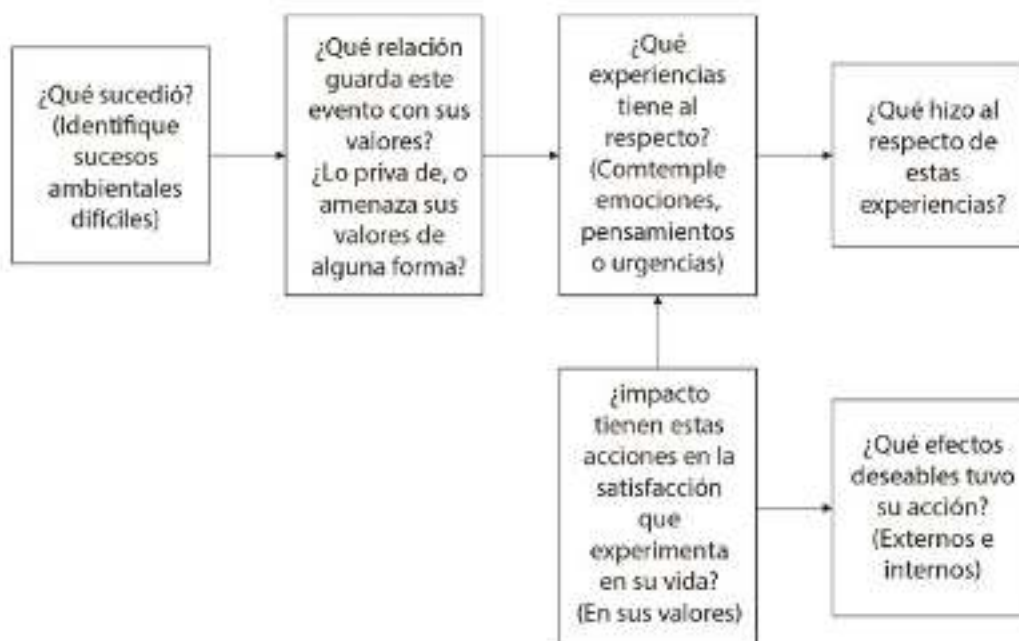


Figura 4-1. Relaciones de Situaciones y Acciones respecto a Valores.

Validación y autocompasión

En el presente capítulo se describen las estrategias de validación, mindfulness y aceptación radical que se usan en el MIRE para desarrollar disposición para experimentar emociones desagradables. Estas tácticas fortalecen la labor educativa sobre la naturaleza de las emociones y por lo tanto se traslapan con las estrategias descritas en el capítulo anterior.

Se recomienda dedicar una sesión completa para la práctica respectiva de habilidades de mindfulness y aceptación radical, mientras que las estrategias de validación pueden utilizarse desde la fase de evaluación y diagnóstico, pudiendo utilizarse a lo largo de todas las sesiones del tratamiento conforme resulte necesario.

5.1 VALIDACIÓN

La empatía es la plataforma que hace posible la intervención terapéutica (Bohart & Greenberg, 1997). De acuerdo con Koerner y Linehan (2003),

un constructo relacionado a la empatía es la validación; mientras que la primera se refiere a la comprensión de la perspectiva del usuario, la segunda comunica de manera activa que su perspectiva tiene sentido.

Para validar, el terapeuta deberá señalar los elementos de la respuesta del consultante (pensamientos, emociones, impulsos o acciones) que son relevantes, significativas, justificables, correctas o efectivas en un momento dado (Koerner & Linehan, 2003).

Esta estrategia es en especial útil en el trabajo con personas propensas a la desregulación emocional (Linehan, 1993) o que se encuentran desorientadas (Feil, 1992); sobre todo está indicada para aquellos cuyas respuestas son en particular disfuncionales o cuando se sabe que la retroalimentación del terapeuta puede disminuir la colaboración del consultante. De forma genérica, puede usarse en casi cualquier situación donde se requiera señalar que los problemas de éste son importantes, su proceso de cambio difícil, que el dolor emocional o sentimientos de pérdida de control son justificables, la relevancia de sus valores y metas, y, o demostrar comprensión de la opinión que tiene de su vida y sus problemas.

La validación también se usa para balancear las estrategias orientadas al cambio, facilitar la comunicación con el usuario, prevenir el abandono del tratamiento, como antesala para

darle retroalimentación, para reforzar la relación terapéutica y, en especial, para moldear aceptación de sus respuestas y contrarrestar la tendencia que pueda tener a patologizar su experiencia.

La validación previene la generación de crisis emocionales dentro de la sesión terapéutica porque permite sugerir cambios sin contradecir los puntos de vista del consultante o comunicar un rechazo implícito respecto de sus decisiones. Ya que las estrategias de cambio clínico implican la adopción de una actitud crítica respecto al comportamiento del consultante, las de validación pueden usarse para enfatizar la relevancia del logro de sus objetivos a largo plazo y de manera simultánea reconocer la dificultad y el dolor emocional que implica lograrlos (Linehan, 1997).

De acuerdo con Koerner y Linehan (2003), la única posible contraindicación de esta estrategia es validar un comportamiento que es incongruente con la satisfacción de los objetivos de la terapia. Otro problema probable sería perder el balance entre la aceptación-cambio, por ej. si el terapeuta alivia el malestar emocional del usuario al validar algún aspecto de sus reacciones y se olvida de enfatizar la necesidad de cambiar su comportamiento inefectivo (en este ejemplo el terapeuta debería reforzar de forma negativa la respuesta del usuario, en vez de promover la regulación).

En teoría, los mecanismos subyacentes a la efectividad de la validación son la autoverificación (Swann, 1997), la comunicación de comprensión, y la facilitación del aprendizaje por la reducción de la intensidad emocional (Fruzetti, 2000).

Koerner y Linehan (2003) describieron una serie de pasos para validar las respuestas del consultante, aquí se presentan tres que se consideran esenciales en el MIRE:

- a) Conocer a la persona: es decir, al consultante, sus metas inmediatas y a largo plazo, así como la literatura sobre psicología normal para poder discriminar las respuestas validas de las inválidas. Estar al tanto de que en una misma respuesta pueden haber elementos que sean o no válidos.
- b) Validar lo válido: responder de forma diferencial a los aspectos válidos y no-válidos de las respuestas del usuario, y ser específicos respecto al elemento de la respuesta que se valida (p. ej. defender los propios derechos, no el insultar a quienes los han trasgredido).

Linehan (1993) especificó los siguientes métodos para validar diversas respuestas del usuario.

- 1) Para validar emociones: promover la expresión emocional, enseñar a observar y nombrar emociones, leer las respuestas emocionales del usuario y señalar el por qué sus emociones tienen sentido en un

momento dado.

- 2) Para validar conductas: entrenar la observación y descripción de la conducta (sólo a partir de lo que puede observarse, como si se describiera una puntura o una filmación), distinguir entre conductas efectivas para lograr un fin de reglas idealistas o moralistas sobre “lo que sería correcto hacer”, validar la conducta a partir de su contexto cuando el usuario se culpa o castiga, aceptar las reglas del usuario cuando representan condiciones necesarias para lograr un objetivo, y validar la decepción del usuario cuando su comportamiento sabotea el logro de sus objetivos (esta estrategia debe seguir de la búsqueda de alternativas puesto que “el desear que las cosas sean diferentes no las cambia”).
- 3) Para validar los pensamientos y suposiciones: clarificarlos y reflejarlos, encontrar el ángulo desde el cual tienen razón, destacar la forma en que reflejan sus metas y valores.
- 4) Para validar la capacidad del consultante para obtener sus metas: motivarlo a intentar y equivocarse, enfocarse en sus fortalezas y desarrollo de habilidades (en vez de en la disminución de conductas inefectivas), proporcionar objetividad ante

la crítica externa, y ser realista respecto a sus metas.

- c) Validar al nivel más alto posible: de acuerdo con Linehan (1997) existen dos tipos de validación: explícita o verbal, y funcional o conductual (estar al tanto de que utilizar la primera forma, cuando el usuario necesita asistencia para resolver un problema, es un acto de invalidación de las necesidades del usuario). Hay seis niveles de validación: 1. Escuchar con completa consciencia o “estar despierto”; 2. Reflejar con precisión lo que el usuario comunica; 3. Verbalizar la experiencia del usuario (pensamientos, emociones, patrones conductuales); 4. Describir la forma en que la conducta del usuario tiene sentido según su historia de aprendizaje o biológica; 5. Señalar la forma en que la conducta del usuario tiene sentido según las circunstancias en que se presenta; 6. De manera radical ser genuino, reaccionar con espontaneidad para comunicar respeto por el cliente como persona (no tratar al usuario como alguien que tiene un trastorno o está necesitado de ayuda).

5.2 ACEPTACIÓN RADICAL

Las estrategias de aceptación incluyen el entendimiento, discriminación y reconocimiento

de las emociones, tolerar experiencias dolorosas, y validar su existencia (Hayes & Pankey, 2003; Koerner & Linehan, 2003; Linehan & Dimidjian, 2003), esto contrarresta la tendencia de las personas con problemas de regulación emocional a invalidar sus sentimientos (p. ej. juzgar sus propias experiencias y patologizar su sufrimiento, confundir sus emociones con señales de debilidad) en tanto que ello contribuye a mayor desregulación (Linehan, 1993, 2003; Linehan & Dimidjian, 2003).

En un nivel básico, una actitud compasiva (autovalidación) respecto a las emociones implica interrumpir el pensamiento autocrítico y notar (sin juzgar) la propia experiencia. A otro nivel, implica asumir la legitimidad de los propios sentimientos sea porque: son producto de la propia historia, disposición temperamental, o porque son respuestas humanas universales (Hoffman et al., 1999; Linehan, 1998).

La **compasión** interrumpe el escalamiento de las emociones y promueve comportamientos interpersonales efectivos, relaciones interpersonales más estables, y una regulación emocional más efectiva. La autovalidación y la aceptación radical, son esenciales para su desarrollo con uno mismo y las demás personas (Gilbert, 2010; Hoffman, Grossman & Hinton, 2011; McEwan & Gilbert, 2012).

En el MIRE se promueve la autocompasión

emocional mediante una estrategia llamada **aceptación radical**, ésta involucra un cuestionamiento interno orientado a descubrir las razones por las cuales sería por completo natural sentirse de una manera determinada en una situación, y las razones por las cuales los eventos de la realidad estaban destinados a sucederse de la manera en que lo hicieron. El anexo 5-1 incluye una lectura con un método para practicar la aceptación radical. Es recomendable que el terapeuta la entrene en sesión mientras discute con el usuario la forma de practicarla mediante el análisis de diversos ejemplos de “terquedad” o “no aceptación”. Después se puede animar al consultante a practicarla en su vida cotidiana, la autocompasión puede practicarse una vez que éste se “sorprende a sí mismo” con una resistencia a los eventos o emociones displacenteras.

5.3 MINDFULNESS

La consciencia plena o *mindfulness* se define como tener disposición al momento presente, de una forma compasiva y no sentenciosa (adaptado de Silberstein, Tirch & Leahy, 2012). En teoría, ofrece una percepción del momento presente “tal como es”, lo que da la oportunidad de observar los propios pensamientos y sentimientos como reacciones transitorias del propio individuo y distinguirlos de los eventos externos a los que se

refieren. (Adaptado de Frewen, Evans, Maraj, Dozois & Patridge, 2008).

Se cree que esta práctica se originó en la psicología budista hace 2 500 años (Germer, 2005), aunque en la actualidad dicha práctica se ha adaptado como una alternativa en el tratamiento de problemas de salud física y mental, y su adaptación clínica se ha deslindado de muchos de sus elementos espirituales (Wells, 2009).

En la tradición analítica conductual, la consciencia plena o *mindfulness* es un tipo de autodiscriminación (o auto-observación) que juega un papel importante en el desarrollo del Yo y ayuda a permanecer ante estímulos aversivos porque brinda la oportunidad de reorientar el comportamiento en búsqueda de refuerzo (Kohlenber, Tsai, Kanter & Parker, 2009). Desde esta perspectiva, la consciencia plena no puede considerarse una técnica específica definida por su forma, por ejemplo, la concentración en la respiración o escaneo del propio cuerpo, sino un efecto terapéutico que puede adoptar diversas formas (Hayes & Wilson, 2003), tales como prácticas breves de meditación, el uso de diarios de pensamientos o emociones, observación de las respuestas provocadas por la misma relación con el terapeuta, hablar de “la mente” como algo externo al individuo, ejercicios de visualización, observar las experiencias internas y clasificarlas de acuerdo a su tipo (p. ej. pensamientos,

impulsos, sentimientos, entre otros), o metáforas (p. ej., pensar en la mente como una máquina de detectar y solucionar problemas) (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012).

En general, las estrategias de *mindfulness* ayudan a las personas a observar sus experiencias y fortalecer repertorios verbales de tipo “yo veo, yo siento, yo X” y ayudan a desarrollar la perspectiva de un “Yo como observador de la experiencia”, lo que disminuye la evitación de las vivencias internas aversivas y la influencia del Yo construido a lo largo de la historia sobre el comportamiento (Kohlenber & Tsai, 2007).

De acuerdo con Linehan y Dimidjian (2003), en un contexto clínico, el *mindfulness* se entiende como estar consciente de lo que está presente en la experiencia inmediata, la separa de las propias expectativas, explicaciones y juicios; como conducta, es el acto de dirigir en repetidas ocasiones la atención a un solo estímulo; y como habilidad de regulación emocional, es el proceso intencional de observar, describir y participar de la situación, para elegir lo más efectivo respecto a las propias metas.

De acuerdo con estos autores, el *mindfulness* puede dividirse en diversas actividades, las mismas poseen diversas cualidades distintivas que se han relacionado con su aplicación clínica:

- a) Las tres actividades: **notar-observar-ser**

consiente son las características fundamentales de lo que uno hace cuando practica *mindfulness*. Notar es poner atención directa a la propia experiencia, a un nivel de sensación pura, sin agregar conceptos ni categorías. Observar implica moverse de la sensación a la descripción conceptual y sin emitir juicios (p. ej. si uno escucha el canto de un pájaro, podría pensar “Ah, un pájaro canta” al observar la melodía, timbre, altura, entre otros; juzgar sería pensar “Ah, un pájaro canta algo hermoso”; entonces, ya no se observaría el canto sino se le compararía con las preferencias personales y experiencias previas). Ser consciente implica que el sujeto está al tanto de que es “uno mismo” quien observa y logra notar las cualidades de los eventos.

- b) Las cualidades de **nombrar-notar-describir**, se refieren a la actividad de observar y añadir conceptos descriptivos a las características de la experiencia. Por ejemplo, si al momento de lavar los trastes la persona piensa “olvidé pagar la cuenta de teléfono”, el etiquetar-notar-describir sería sólo decir “pensamiento”, o “recuerdo” o “un pensamiento pasó por mi mente”. Si lo que se experimenta es dolor en el hombre, etiquetar-nombrar-describir sería atender a las cualidades de la experiencia, por ejemplo,

“tensión”. Otra cuestión importante de tomar en cuenta es que esta actividad interrumpe el proceso de “quedarse enganchado” en los contenidos de la experiencia, sólo implica “descentrarse” de la experiencia (Segal et al., 2002). El acto de *mindfulness* resulta en el entendimiento de que “uno no es sus emociones” y “los pensamientos no son hechos”.

- c) Participar. Es involucrarse por completo con una actividad o experiencia. Es “fundirse” con la experiencia sin reservas, su característica más distintiva es la espontaneidad.
- d) No emitir juicios - tener aceptación - permitir las experiencias. Son tres aspectos relacionados que se traducen en una atención, gentil, curiosa, atenta e imparcial a la experiencia (Kabat-Zinn, 1990). Aceptar las experiencias implica verlas sin hacer nada que intente modificarlas (no implica relajación, goce o disminuir el dolor), implica el cesar de esforzarse por controlar o cambiar las situaciones de cómo son.

Estas prácticas requieren práctica y el desarrollo de una actitud de **aceptación radical**. Linehan (1993, 2003) usa este término para destacar que “la aceptación de la emoción debe venir desde dentro y con convicción para ser completa”.

- e) Participar de manera efectiva se refiere a la cualidad de hacer “lo que funciona en un momento específico”, no significa hacer una distinción entre lo que está “bien” o “mal”; de hecho es abandonar estos juicios en favor de hacer lo que resulta efectivo para un fin específico.
- f) Estar el momento presente-con mente de principiante se refieren a observar el momento y experiencia actuales sin relacionarlos con el pasado o el futuro; es aceptar que **lo único que existe es el presente**. Estar en el momento es lo opuesto a realizar diversas actividades al mismo tiempo. La mente de principiante implica reconocer que “ningún momento se repite por segunda vez” (Kabat-Zinn, 1990). Cada momento es único y contiene posibilidades únicas. Estas características rara vez se logran por completo en un solo ensayo. Cuando el terapeuta presenta estas cualidades a los consultantes se deben especificar sus características, dar instrucciones claras sobre las prácticas a realizar, y proveer de retroalimentación correctiva sobre estos ensayos. (Roemer & Orsillo, 2009).

Linehan y Dimidjian (2003) proponen un procedimiento de seis pasos:

- a) Preparación: el terapeuta debe decidir cuál es la práctica de *mindfulness* que más

conviene al usuario en función de las actividades o experiencias que blanco de la intervención. Se debe decidir el tiempo de la práctica, que puede variar de 1 minuto a 10 días según los modelos antes revisados, así como la práctica de la estrategia por parte del terapeuta, antes de entrenarla con el usuario; esto facilita la instrucción didáctica y la discusión de la experiencia de la estrategia (Segal et al., 2002). En el MIRE se adaptaron diversas estrategias de la TDC para lograr objetivos específicos dependiendo de la sesión donde se presentan, la primera sesión incluye prácticas de mindfulness orientadas al desarrollo de una actitud de observación y curiosidad hacia las propias emociones, también se busca prevenir cualquier reacción inadecuada frente a ellas.

- b) Instrucción didáctica y orientación: se instruye al cliente en las razones y metas de practicar la estrategia, las características de la actividad y se da instrucción de cómo realizarla, incluye la necesidad de practicarla de forma cotidiana. En el caso del MIRE se justifica el uso de la técnica como una forma de desarrollar aceptación y perder miedo a las propias emociones, y se describe la actividad como un proceso de notar-observar-ser consciente de las

propias experiencias en el momento presente y sin reaccionar a ellas.

- c) Práctica: ya que el *mindfulness* es un procedimiento requiere ser aprendido por experiencia o a través de la práctica de las estrategias prescritas, esta última permite proveer un contexto de aprendizaje para la estrategia (Marlatt & Kristeller, 1998), ya que ayuda al terapeuta a estar al tanto del ensayo momento a momento. (Segal et al., 2002).
- d) Evaluación de resultados: en este paso, terapeuta y paciente intercambian sus experiencias sobre la práctica.
- e) Retroalimentación correctiva: este paso tiene una estrecha relación con el anterior, se refiere a que mientras el terapeuta y usuario comparten sus experiencias, el primero evalúa cualquier obstáculo de aprendizaje (p. ej. distracción, urgencias, expectativas inadecuadas sobre la estrategia, entre otros).
- f) Tarea: la práctica de la estrategia en casa es en sumo necesaria para la generalización de la habilidad.

No existen contraindicaciones documentadas en la práctica del *mindfulness*; sin embargo, tanto Linehan y Dimidjian (2003), como Teasdale y sus colaboradores (2000), advierten de la aplicación de

las estrategias por periodos prolongados en pacientes con trastornos o perturbación emocional severa. Las habilidades de consciencia plena utilizadas en el MIRE-G se basan en las estrategias de la TDC por ser estructuradas, breves y sencillas de comprender, practicar y generalizar, dichas estrategias pueden ajustarse a las necesidades particulares de cada usuario; al asignarles como tareas de reforzamiento dichas prácticas deben ser claras y específicas, y se deben de discutir posibles obstáculos para su ejecución.

Conviene que el terapeuta tenga en mente una serie de problemas y soluciones comunes al entrenamiento de estas habilidades: en la práctica del mindfulness uno de éstos posible es que la mente del consultante puede emitir juicios espontáneos sobre algún evento, esto derivado de un aprendizaje relacional, porque las personas a veces pueden tener el pensamiento espontáneo: “es horrible”, en estos momentos es importante recordar “no juzgar los juicios personales”, sólo concentrarse en los qué, cómo y cuándo de la experiencia. Una respuesta alternativa puede ser sólo notar el pensamiento “qué horrible” y llamarle “pensamiento” (Linehan, 2003).

Otro problema frecuente es la distracción al realizar la actividad; los distractores comunes suelen ser pensamientos, emociones, sensaciones y urgencias. En cada caso, el terapeuta debe asegurarse de señalar a los usuarios que “divagar”

es normal e inevitable. Es importante reconocer que en este caso se trata de una cualidad natural de la atención, y no como un indicativo de que la actividad se realiza de forma incorrecta. Para resolver este problema basta con notar la distracción y regresar con gentileza la atención a la observación deseada.

Después de presentar estas estrategias se recomienda practicar una diferente al inicio de cada sesión de intervención (por unos 5 minutos y dedicar un par más a supervisar la experiencia del consultante); al practicarlas como ejercicios de fortalecimiento es necesario hacerlo mientras se realizan actividades cotidianas; por ejemplo, a) permitirse participar de las emociones cuando éstas se presentan, b) cocinar con consciencia plena, c) darse una ducha mientras se practica la observación, entre otras.

En el anexo 5-2 se encuentra una lectura con los principios del *mindfulness*, misma que puede usarse como guía para explicar la habilidad a los usuarios o proporcionárseles como lectura. El anexo 5-3 contiene un ejemplo de un ejercicio de *mindfulness* que puede usarse como guía para practicar la habilidad durante y entre sesiones. En el anexo 5-4 hay sugerencias de ejercicios para practicar diversos elementos de la habilidad.

5.4 CUESTIONAMIENTO DE SUPUESTOS NEGATIVOS SOBRE LAS

EMOCIONES

Si bien no es esencial para la regulación emocional, afectiva o del estado de ánimo, el cuestionamiento directo del rechazo hacia la propia emoción (emociones secundarias) puede resultar útil (Clark, 2001; Leahy, Tirsch & Napolitano; Wells, 2009; (Werner & Gross, 2010).

En el MIRE, las estrategias de cuestionamiento se usan para ayudar al consultante a contemplar los sentimientos de rechazo a la experiencia emocional (emoción secundaria o sensibilidad a la propia emoción) y despojarlos de su significado literal, y de ninguna forma se utilizan como formas de cuestionar su validez. En el cuadro 5-1 se encuentran diversas estrategias y preguntas específicas que pueden usarse para tomar distancia de los sentimientos de incontrolabilidad, peligrosidad o intolerancia respecto a la propia experiencia emocional.

Cuadro 5-1. Estrategias para cuestionar creencias negativas sobre las propias emociones	
Estrategias	Preguntas

Examinar evidencias	¿Qué evidencias tiene de que este pensamiento representa en este momento lo que experimenta con sus cinco sentidos (mis emociones son incontrolables, intolerables, peligrosas)? ¿Qué evidencias tiene de que este pensamiento no es así?; es decir, de que sólo se trata de un pensamiento. Después de examinar estas evidencias, ¿a qué conclusiones llega sobre la utilidad de obedecer a este pensamiento?
Adoptar otra perspectiva	¿Qué le diría usted a un ser querido que juzga sus experiencias de esta manera (incontrolables, intolerables, peligrosas)?
Descatastrofización	¿Cuál es el pensamiento más amenazante que le viene a la mente respecto a sus emociones? En el supuesto de que este pensamiento se volviera en una realidad, ¿qué podría hacer para dar significado a su vida en esas condiciones? Después de esta reflexión ¿qué tan vulnerable se siente frente a estos pensamientos?

Costos y beneficios	¿Qué posibles beneficios y desventajas le trae tomarse estos pensamientos de forma literal (que sus emociones son incontrolables, intolerables, peligrosas)? Piense a corto y largo plazo ¿qué ventajas le podría traer observar estos pensamientos como actividad mental que usted no tiene por qué obedecer? Piense a corto y largo plazo. ¿Qué postura resulta más provechosa para usted respecto a sus valores?
----------------------------	---

Se recomienda utilizar estas estrategias como un último recurso ya que pueden ser experimentadas como invalidantes por el consultante y porque por lo regular los sentimientos a los que se refieren dejan de ser un problema después de utilizar las estrategias antes mencionadas.

Anexo 5-1. Aceptación radical

Cuando una situación genera malestar emocional, existen tres opciones como mínimo:

- Resolver el problema.
- Aceptar la realidad (aceptación radical).
- Mantenerse miserable.

Cuando no es posible resolver el problema o el supuesto problema es una emoción, y la persona

no quiere sentirse miserable, aceptar la realidad puede ser una buena idea.

La **aceptación radical** no es una habilidad sencilla de dominar, pero practicarla puede contribuir de manera significativa a mejorar la capacidad de regular las emociones y tener una mejor calidad de vida. Es necesario considerar que para lograr objetivos de forma efectiva, casi siempre hay que aprender a aceptar gran cantidad de cosas tal y como son (esto incluye las propias experiencias) y balancearlas con algunos cambios en la actitud. La capacidad de crecimiento y adaptación, o de sólo fluir y actuar en forma efectiva, depende tanto de las habilidades de aceptación como del desarrollo de algunas estrategias de cambio.

La aceptación radical significa aceptar algo tal cual como es y sin juzgarlo (también sus emociones). Por ejemplo, la aceptación radical en el aquí y el ahora significa “no tratar de cambiar algo que no se puede cambiar”. Para ello se debe admitir que el momento presente es resultado de una larga cadena de eventos y decisiones hechas por uno mismo, los demás o, incluso, las leyes de la naturaleza. El “hoy” no aparece de manera espontánea en la vida sin estar causado por algún evento que haya tenido lugar en el pasado, como si cada momento en la vida estuviese conectado como una ficha de dominó que genera una reacción en cadena.

Si la persona se empeña en querer cambiar un hecho de la realidad (emociones propias, las acciones de los demás o cualquier otro evento), puede ser que se obsesione en lamentarse por él al decirse a sí misma: ¡No debería de haber sido así!; sin embargo, con ello cometería el grave error de asumir que el mundo “debe” funcionar acorde a sus preferencias. Esta rigidez casi siempre conducirá a la frustración, sufrimiento y maltrato a los demás (y nosotros mismos). La aceptación radical abre la oportunidad de reconocer el papel que uno mismo, los demás o las circunstancias han jugado para que se presente su situación actual. Como resultado, da la oportunidad de crear conocimiento y responder de formas menos dolorosas y más efectivas.

Aceptar en forma radical algo no significa que la persona se tenga que rendir o aprender a que le guste un evento desagradable, hay que recordar que: “Para tomar la mejor acción es necesario comprender primero por qué ocurre”.

Método para practicar la aceptación radical

1. Aceptación radical (total y sin resistencia): vivir el dolor sin convertirlo en sufrimiento.
 - a) Aceptar la realidad como es.
 - No negar la realidad.
 - No ignorar lo que sucede.

- b) Aceptar que todo tiene una razón de ser.
 - Dejar ir los “no debería(s)” o ¿por qué(s)? (e inventar razones y reglas para justificarlo).
 - Cambiarlos por un “sí debería” (tomar una actitud comprensiva y compasiva).
 - Relajar el cuerpo.
- c) Aceptar que la vida vale la pena vivirse aun cuando tenga dolor.
 - Encontrar una forma de construir una vida que valga la pena vivir.

2. Tener una buena disposición:

- a) Dejar que el mundo y las emociones propias “sean como son”.
 - Reconocer y aceptar la situación como es.
- b) Asumir que en algún momento se tendrá que participar de ella.
 - Participar de la realidad.
 - Participar de forma tan efectiva como sea posible.

3. Cambiar el enfoque una y otra vez: redirigirse a la aceptación (y practicarla a menudo).

- a) Notar cuando uno es “terco”.
 - Por ejemplo, identificar enojo, fastidio, por qué(s), no debería(s), entre otros.
- b) Hacer el compromiso de aceptar y tener buena disposición.
 - Reorientar la mente hacia la “aceptación” y tener “buena disposición”.
- c) Repetir el proceso.
 - Hacerlo tantas veces como sea necesario en

el día.

Es importante recordar que la aceptación radical puede aplicarse tanto a las propias emociones, las situaciones que las motivan, o a uno mismo. En este caso la aceptación radical significa que la persona acepte quién es, sin criticarse o juzgarse; es decir, aceptarse tal y como es, con todos sus errores y aciertos.

Anexo 5-2. Mindfulness

Las habilidades de **atención plena** son una parte fundamental de este tratamiento.

Estas habilidades contrarrestan estrategias de regulación emocional inefectivas como la supresión de la experiencia emocional, el rechazo emocional, y tomar los pensamientos y emociones de forma literal.

Otras reacciones problemáticas que estas estrategias ayudan a corregir son la impulsividad y las conductas dependientes del estado de ánimo; es decir, aquellas conductas ejecutadas en “piloto automático”.

De acuerdo con Marsha Linehan (2003), el mindfulness incluye tres destrezas QUÉ (observar, describir y participar) y de tres habilidades CÓMO (adoptar una postura no sentenciosa, centrarse en una cosa en el momento y ser efectivo), que pueden ensayarse por separado y entrelazarse poco a poco.

Habilidades QUÉ

1. **OBSERVAR** lo que ocurre, dentro y fuera de uno mismo, con distancia y serenidad.
2. **DESCRIBIR** es ponerle palabras a los objetos y experiencias personales, llamar a un sentimiento “sentimiento”, a un pesamiento

“pensamiento”, a un grito “grito”, entre otros.

3. **PARTICIPAR** es tratar de actuar de forma tan fluida y flexible como sea necesario. Estar consciente de lo que uno hace y cómo funciona.

Habilidades CÓMO

Sin juzgar. Al poner en práctica la observación, sólo se debe observar y renunciar a opinar sobre lo que sucede y mantener una actitud curiosa e ingenua. Por ejemplo: observar es decir: “Mi madre tiene el ceño fruncido y me recuerda sacar la basura”, en tanto que juzgar es: “Mi madre es una pesada” o “no confía en mí”.

1. **Concentrarse en una cosa a la vez.** Sólo mirar el objeto, sólo mirar el pensamiento o sólo mirarse a uno mismo en el presente. Evitar atender a varias cosas al mismo tiempo y pensar sobre el pasado o el futuro cuando lo que importa es el momento presente.
2. **De manera tan eficaz como sea posible.** Comprometerse con hacer lo que funciona en el momento, no con “hacer lo que creo correcto, justo o lo que debería de ser”, hacer lo “útil”. Considérese que ser pragmático a veces implica saber cuando “dar el brazo a torcer”.

Anexo 5-3. Práctica de consciencia plena

- * Se recomienda grabar este ejercicio y escucharlo cuando sea necesario.

Respira con lentitud y profundidad. Nota como el aire se mueve por tu nariz, baja a tu garganta y después llena tus pulmones de aire. Toma otra respiración y observa lo que ocurre en tu cuerpo mientras inhalas y exhalas. Respira y observa todas las sensaciones de tu cuerpo mientras respiras.

Ahora, enfoca tu atención en tu emoción. Observa que hay dentro de ti y encuentra la emoción que experimentas ahora mismo o encuentra una emoción que recién hayas sentido. Nota si la emoción es positiva o negativa, agradable o desagradable. Mantén tu atención mientras tengas consciencia de tus sentimientos.

Ahora identifica una palabras que describa tu emoción; por ejemplo, ¿es euforia, satisfacción o excitación?, ¿tal vez sea tristeza, ansiedad, vergüenza o pérdida? Cualquiera que sea, en tu mente observa y describe; nota cualquier cambio en la emoción y describe, ¿qué es diferente? Si hay distracciones o pensamientos que lleguen a tu cabeza, haz tu mejor esfuerzo por dejarlos ir

sin “engancharte a ellos”. Observa si tu emoción se intensifica o disminuye, describe cómo se siente...

Sigue con la observación de tu emoción y deja ir las distracciones. Observa las palabras que describan cada detalle o cambio en la calidad o intensidad de tu experiencia. Si otras emociones empiezan a abrumarte, continúa con la descripción de lo que sientes. Si tu emoción cambia por una nueva, sólo observa y encuentra las palabras para describirla.

Pensamientos, sensaciones físicas y otras distracciones intentarán captar tu atención. Obsérvalas y déjalas ir, regresa y enfócate en tu emoción. Mira con atención hasta que tu emoción cambie o disminuya.

Anexo 5-4. Fortalecer habilidades de mindfulness

1. Realizar una tarea (sólo respirar, comer, caminar, entre otras).
 - a) Cuando un pensamiento, sentimiento o impulso pase por la mente:
 - Sólo notarlo.
 - Reenfocar la atención en la tarea.
 - Mantenerse en el momento presente, en la tarea y la situación, hasta que haya terminado lo que hacía.

2. Mirar, escuchar, oler, saborear, sentir un objeto (elegir un sentido y un objeto para experimentarlo con ese sentido; si se elige más de un sentido, procurar dar un tiempo suficiente a cada uno por separado).
 - a) Las mismas reglas que en 1.
3. Observarse observar.
 - a) Dar un paso atrás y observar a “su mente”.
 - b) Estar atento de los pensamientos, sensaciones e impulsos que la mente fabrica (los pensamientos, impulsos y sensaciones son para la mente, como los latidos al corazón).
 - c) Mirarse a uno mismo observar esos pensamientos (tratar de distinguir si está dispuesto o resistente de experimentarlos).

Destrezas de regulación emocional efectiva

En este capítulo se explica la aplicación de las estrategias de defusión cognitiva, posposición de la preocupación y rumiación, así como las estrategias de acción opuesta que se utilizan en el MIRE para sustituir comportamientos de regulación emocional disfuncionales como la rumiación, preocupación, distracción, o conductas de evitación y seguridad. Para poner en práctica estas estrategias, es importante que el consultante haya desarrollado compasión de sus emociones y, pueda reconocerlas de manera efectiva y elegido contemplarlas en vez de actuar de forma impulsiva para escapar de ellas.



6.1 DEFUSIÓN COGNITIVA

La defusión cognitiva implica adoptar una perspectiva de observador respecto al propio pensamiento. Desde este punto de vista, los procesos son más evidentes y los productos se pueden contemplar como “actividad mental”; así,

hay una reducción de la credibilidad e influencia que el pensamiento tiene sobre la conducta (Luoma & Hayes, 2003). Su objetivo es dejar de ver a los pensamientos en forma literal o, separarse de ellos y ser conscientes de que es una actividad que puede situarse de manera histórica y contextual como caminar o tomar café (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001; Hayes & Luoma, 2003).

En la actualidad, la eficacia de esta estrategia se encuentra documentada con amplitud; a lo largo de la historia puede observarse en: a) la efectividad misma de las técnicas de reestructuración cognitiva, ya que según estudios controlados los cambios más significativos de los consultantes se presentan cuando comienzan a observar sus pensamientos como hipótesis, antes del debate formal de sus contenidos (Ilardi & Craighead, 1994); b) otros estudios aleatorizados controlados mostraron que en el tratamiento de la depresión su efectividad es mayor que la de la terapia cognitiva (Zettle & Hayes, 1987; Zettle & Raines, 1989). c) en estudios que muestran la efectividad de una sesión de 3 horas de terapia de aceptación y compromiso (ACT) para reducir la hospitalización en pacientes psicóticos con alucinaciones y delirios activos después de 4 meses de seguimiento (Bach & Hayes, 2002). Resultados similares se han encontrado en el manejo del dolor crónico (Geiser, 1992; Hayes et al., 1999), estrés laboral (Bond & Bunce, 2000), y

gran variedad de problemas clínicos como el trastorno por pánico, la ansiedad social, anorexia, alcoholismo, exhibicionismo, trastorno de ansiedad generalizada, entre otros (Luciano, 2001; Luoma & Hayes, 2003). En la actualidad, no se conocen contraindicaciones del uso de la técnica pero se recomienda utilizarla como un complemento de estrategias de efectividad comprobada para problemas específicos.

Para Luoma y Hayes (2003), las estrategias de defusión cognitiva se pueden dividir en tres grupos: a) educación sobre la independencia del pensamiento y la regulación del comportamiento, b) la narración de metáforas que muestran la contemplación de pensamientos con aceptación y sin reacción hacia ellos y, c) la realización de diversos ejercicios que permiten desarrollar esta **perspectiva de observador**.

El cuadro 6-1 lista diversas estrategias que pueden utilizarse para ayudar a los usuarios a desarrollar esta perspectiva.

Cuadro 6-1. Estrategias para cuestionar creencias negativas sobre las propias emociones	
Grupo	Estrategia

Educación	Explicar las diferencias respecto al conocimiento generado por reflexión y por experiencia Reflexionar sobre eventos donde se ha hecho algo contrario a lo que el pensamiento sugiere Reflexionar sobre las diferencias entre “saber cómo hacer una tarea” y “saber realizar la tarea” (p. ej. montar una bicicleta, hornear un pastel, entre otras)
Metáforas	Equiparar a los pensamientos con el funcionamiento de cualquier otro órgano del cuerpo (p. ej. el corazón late y el cerebro piensa) Comparar la mente con una herramienta para distinguir un pensamiento automático e irreflexivo, y un pensamiento voluntario orientado a un fin (p. ej. preguntar ¿en este momento eres un carpintero que manipula el martillo o un clavo que reacciona a lo que hace el martillo?) Hablar de la mente como una “máquina solucionadora de problemas” Usar metáforas como la de “el oso y las moras” (véase anexo 7-1)

Ejercicios	Poner un nombre a “la mente” para distanciarse de los pensamientos (como si fueran comentarios hechos por otra persona) Agradecer “a la mente” por “cuidarnos las espaldas” cada vez que nos hace un comentario negativo Observar y poner nombre a los distintos tipos de pensamiento que se tienen, p. ej. juicio, recuerdo, sentimiento, entre otros (estrategias de mindfulness) Observar los pensamientos mientras se realiza una actividad (véase también estrategias de mindfulness en el capítulo 6) Reconocer y nombrar el acto pensar algo (p.ej. decirse a uno mismo “acabo de tener el pensamiento de...”)
-------------------	--

En el MIRE se recomienda introducir las estrategias de defusión cognitiva con una explicación, seguida de una metáfora y finalizar con la realización de un ejercicio. Se cree que la defusión cognitiva favorece la orientación al momento presente porque permite contemplar los pensamientos automáticos que se tienen respecto a las situaciones como producto de la “historia de aprendizaje” y no como descripciones precisas de los hechos presentes, esto brinda la posibilidad de reorientar la atención a la experiencia del “aquí y ahora” para obtener información que oriente acciones efectivas según los objetivos de la persona y características de la situación.

La utilidad de las estrategias de defusión cognitiva se justifica ante los usuarios al explicarles que: a) ayudan a desapegarse de los autoconceptos y reglas que mantienen la práctica de estrategias inefectivas de regulación emocional y evitación experiencial (Valdivia-Salas, Sheppard, & Forssyth, 2010); b) impiden “tomarse literal los propios pensamientos” y reaccionar de forma impulsiva a ellos; c) es una alternativa para “exponernos a nuestros pensamientos y urgencias sin reaccionar a ellos”, lo que previene el uso de estrategias de regulación emocional inefectivas como la rumiación, preocupación, supresión cognitiva (o distracción), y conductas de seguridad mentales (p. ej. compulsiones); d) permite desarrollar la flexibilidad para actuar en contra de autoconceptos derrotistas y facilitar el mantenimiento de compromiso con acciones valiosas. (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996).

6.2 POSPOSICIÓN DE LA RUMIACIÓN

La rumiación es un proceso mental voluntario central en el mantenimiento de la depresión, y que se asocia con gran diversidad de problemas clínicos (Nolen-Hoeksema, 1991; Papageorgiou & Wells, 2004; Wells & Matthews, 1994). Por lo

regular se caracteriza por preguntas del tipo ¿por qué me siento de esta manera?, ¿por qué me está sucediendo esto?, ¿qué hay de malo conmigo?, ¿qué puedo hacer para sentirme mejor?, entre otros.

De acuerdo con Wells (2009), la rumiación es una estrategia de autorregulación precipitada por pensamientos negativos (sobre todo referentes a sí mismo), y sus funciones se relacionan con la evitación del malestar y la ilusión de control que genera creer que se generan “alternativas de solución” a los propios problemas emocionales.

La estrategia de posposición de la rumiación implementada en el MIRE, es una adaptación de la estrategia original desarrollada por Wells (2009). Se aplica con el siguiente método: a) inicia con un cuestionamiento de los supuestos positivos y negativos que el usuario tiene sobre la rumiación misma (véase capítulo 6, b) después se realizan **experimentos metacognitivos** para “distinguir por experiencia” la utilidad o riesgos de “hacer caso a la mente” y ponerse a rumiar con ella, p. ej. el consultante comienza a rumiar sobre un evento desagradable e intenta perder la razón, o para evaluar si se siente “mucho mejor” después de hacerlo; c) después se propone la realización de un ejercicio de *mindfulness* (o defusión cognitiva) como alternativa cuando se detecta el impulso de rumiar, y se anota el pensamiento relacionado a la urgencia para reflexionar sobre él en un momento

establecido con anterioridad; d) en un momento y espacio que el terapeuta y usuario hayan designado para rumiar, se revisan los pensamientos anotados hasta ese momento y se decide si son relevantes para los valores del usuario en ese momento. Si los pensamientos se consideran irrelevantes se anima a practicar ejercicios de defusión o *mindfulness*. Si se considera que es relevante analizar los eventos se ponen en práctica estrategias de aceptación radical si el usuario considera que está pensando con terquedad sobre la situación que motivo la rumiación en primer lugar, o de re-atribución de la responsabilidad si el usuario detecta que se culpabiliza (cuadro 6-2). Por último, e) se vuelven a cuestionar los supuestos relacionados a la rumiación.

Según los estudios de Wells (2009), reflexionar sobre el pensamiento que motivo la rumiación en primer lugar impide que ésta se realice como una estrategia de evitación y que pierda su relevancia funcional, lo que favorece su extinción. También podría funcionar como una exposición con prevención de respuesta que facilita la habituación al pensamiento y la sustitución de la rumiación por una respuesta que coadyuva a la flexibilidad conductual.

Cuadro 6-2. Reatribución de responsabilidad	
Pasos	Preguntas
Identificar la rumiación	Identificar si lo que se busca es la explicación a un evento y si la persona se culpa a sí misma o a alguien más por lo ocurrido
Tomar distancia	Notar el acto de “estar rumiando” y llamarle “rumiación” Recordar que un pensamiento es “sólo un pensamiento y no se está obligado a hacer algo respecto a él” Observar las recompensas inmediatas de la rumiación (tranquilizar su malestar, evadir alguna responsabilidad, posponer una acción, entre otras) Recordar el impacto negativo que la rumiación pudiera tener en las emociones personales a largo plazo
Reatribuir	Aceptar la realidad y observar los hechos como son: a) identificar qué sucedió (p. ej. terminar la relación de pareja), y b) qué emociones se tienen (p. ej. tristeza). Identificar la responsabilidad que uno mismo, las demás personas y la situación pudieron tener en el resultado de los eventos. Si se puede, hay que resolver el problema; de lo contrario, mantener una buena disposición y atender al momento presente y lo que éste ofrece (p. ej. al trabajar sólo trabajar, sólo tomar un café, sólo conversar, entre otros)

Las estrategias de posposición de la rumiación y su sustitución por las de aceptación radical y *mindfulness* se consideran estrategias de regulación emocional efectivas porque involucran la autorregulación de la atención y facilitan el reconocimiento de los eventos externos e internos en el momento presente (Werner & Gross, 2010), con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación (Wells, 1997, 2000). Se asume que estos planes de procesamiento alternativos permitan aliviar la psicopatología (Fisher & Wells, 2009).

6.3 POSPOSICIÓN DE LA PREOCUPACIÓN

La preocupación es un proceso orientado a futuro de las mismas características que la rumiación, pero con la intención de anticiparse al peor de los escenarios o a encontrar soluciones perfectas sobre los problemas presentes (Power & Dalgleish, 2008).

La estrategia de posposición de la preocupación sigue el mismo método que el de la rumiación, sólo que se aconseja el uso de una estrategia de solución de problemas en los momentos programados para preocuparse (cuadro 6-3).

Las estrategias de posposición de la preocupación y su sustitución por las de *mindfulness* se consideran herramientas de

regulación emocional efectivas por las mismas razones que las de posposición de la rumiación (Wells, 1997, 2000; Fisher & Wells, 2009), además de que permiten cuestionar los supuestos positivos y negativos sobre la preocupación misma (Wells, 2009). Por otra parte, la sustitución de la preocupación irreflexiva por mecanismos de solución de problemas ayuda a establecer un proceso de preocupación efectivo (Craske & Barlow, 2006; Borkovec et al., 2004; Leahy, 2005; Rygh & Sanderson, 2004).

Como alternativa a la solución de problemas podría usarse la estrategia de descatastrofización descrita en el cuadro 6-3.

Cuadro 6-3. Solución de problemas	
Pasos	Preguntas
Identificar la preocupación	Identificar si se anticipa la consecuencia de un evento o se busca una solución infalible ante él

Tomar distancia	Notar el acto de “estarse preocupando” y llamarle “preocupación” Observar las recompensas inmediatas de la preocupación (p. ej. sentirse en control, distraerse, posponer una acción, entre otras) Recordar el impacto negativo que la preocupación pudiera tener en las propias emociones a largo plazo (p. ej. incrementar la ansiedad o desatender los valores)
Solucionar problemas	Aceptar la realidad y observar los hechos como son: a) definir qué sucede (p. ej. “gasté más dinero del esperado”) y, b) cómo se siente la persona (p. ej. ansioso) Si se puede resolver la situación hay que hacerlo, de lo contrario se recomienda practicar su aceptación radical Para resolver el problema la persona debe: a) identificar tres cosas que puede hacer para resolver el problema, b) elegir una que tenga probabilidad de ser efectiva, c) desarrollar un plan (describir sus acciones sin juzgarlas), d) actuar y utilizar sus habilidades de actuación efectiva, d) supervise los resultados: si el problema queda resuelto, gratificarse, en caso contrario tendrá que persistir y buscar otra alternativa



6.4 ACCIÓN OPUESTA

Antes se mencionó que las estrategias de regulación emocional podían dividirse en las de aceptación y las de cambio. Estas últimas

funcionan de manera más explícita para reorientar el comportamiento emocional o para cambiar la situación en un momento dado, algunas de ellas requieren una práctica repetida y otras se derivan de una mayor consciencia y aceptación de la naturaleza emocional (p. ej. higiene de sueño, buenos hábitos alimenticios, retirarse de situaciones estresantes, entre otras) (Linehan & Dimidjian, 2003).

Las estrategias de acción opuesta se refieren al intento deliberado por actuar de una forma incompatible o contraria de los impulsos que acompañan la experiencia emocional. Éstas promueven la exposición a situaciones emocionales mientras se previene el uso de estrategias de seguridad (Clark, 2001), desarrolla tolerancia al malestar y regula la actividad de los sistemas afectivo-motivacionales (Linehan & Korslund, 2004; Linehan, 1993). El mecanismo de cambio propuesto es el entrenamiento del sistema control a partir de la repetición de respuestas alternativas, esta estrategia se incorpora al MIRE por su capacidad para generar flexibilidad psicológica en presencia del malestar emocional y promover la reorientación de la atención y regulación de la respuesta emocional acorde a un objetivo, este proceso estorba la acción impulsiva y permite regular las emociones de manera efectiva (anexo 6-2).

La acción opuesta requiere de una adecuada

identificación y reconocimiento de la experiencia emocional presente, su urgencia o impulso asociado y la consciencia de desear reorientar la experiencia (su duración e intensidad) en una actividad productiva. Por ejemplo, una persona con ansiedad social tendrá una alta probabilidad de evitar situaciones sociales, la acción opuesta implicaría involucrarse a consciencia plena con una actividad social y notar otros aspectos de la experiencia que podrían estar matizados por la ansiedad (como una mayor sensibilidad a los elementos amenazantes de la situación), para tratar de lograr tener una experiencia positiva del evento (Linehan, 2003; Linehan & Dimidjian, 2003). En el caso de otras emociones como la vergüenza o la culpa, la acción opuesta implicaría hablar y negociar con las personas en vez de evitarlas, en el caso de la tristeza implicaría ponerse activo en vez de aislarse y ser pasivo, o en el enojo evitar atacar y tratar de escuchar con una actitud gentil.



6.5 ACCIÓN COMPROMETIDA

En el MIRE se contempla que las estrategias de compromiso con los valores son una variación de las estrategias de acción opuesta porque de ser implementadas en un momento de emocionalidad aversiva intensificada previenen la impulsividad y son efectivas para desarrollar flexibilidad

conductual, además de promover el contacto con contingencias apetitivas. (McKay, Wood & Brantley, 2007; Valdivia-Salas, Sheppard & Forsyth, 2010).

Estas actividades deben incluir tanto acciones para realizar en un corto o un largo plazo, con esto se pretende regular tanto estados emocionales como de ánimo o experiencias afectivas negativas y prolongadas. Ejemplos de acciones opuestas que pueden ser congruentes con los valores y metas de la persona son el intentar reparar relaciones sociales, atender a alguna tarea, cuidar la salud, o sólo atender a obligaciones y actividades cotidianas.

El método mediante el cual se sugiere el uso de estas estrategias es similar al que se utiliza para promover acciones opuestas (anexo 6-3). Se educa sobre el valor que tienen las acciones valiosas para tolerar situaciones desagradables y promover la experiencia de emociones positivas, se reflexiona sobre las diversas acciones valiosas que alguien pudiera realizar en momentos de malestar intenso y se sugiere su práctica entre sesiones.

6.6 TAREAS DE REFORZAMIENTO

La tarea se define como “la más genérica de las intervenciones conductuales” (Goisman, 1985). Su

uso en la psicoterapia fue documentado en un inicio por Herzberg (1941), y se ha vuelto un elemento distintivo de las terapias cognitivo conductuales desde el trabajo de Beck y sus colaboradores (1979), al grado que se han publicado manuales sobre cómo implementar las tareas de forma efectiva en la práctica clínica. (Shelton & Levy, 1981; Alford & Beck, 1994; Hollon & Beck, 1994).

Así, el uso de la tarea es habitual en la terapia de conducta y se ha probado que es un elemento necesario en el tratamiento de diversos problemas como el ataque de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada (Barlow & Craske, 1989; Craske, Barlow, & O'Leary, 1992), la terapia marital y de pareja (Carr, 1997; Hansen & MacMillan, 1990), terapias centradas en soluciones (Beyebach, Morejon, Palenzuela, & Rodriguez-Arias, 1996), tratamiento de las adicciones (Annis, Schober, & Kelly, 1996), trastorno obsesivo compulsivo (Kazantzis & Deane, 1999), entre otros (Robinson, 2003). También está documentada la relación positiva entre la adherencia al cumplimiento de las tareas y los resultados del tratamiento (Addis & Jacobson, 2000; Burns & Auerbach, 1992; Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Burns & Spangler, 2000; Leung & Heimberg, 1996; Persons, Burns, & Perloff, 1988).

Los beneficios de la tarea en psicoterapia se

incrementan cuando los terapeutas adoptan un enfoque sistemático frente a ella: a) especifican su lugar de práctica y duración, b) proveen una nota escrita para recordar la tarea y, c) evalúan y toman notas sobre la efectividad de la tarea en la siguiente sesión (Addis & Jacobson, 2000; Shelton & Levy, 1981).

Robinson (2003) proporciona diversas sugerencias respecto del tipo de tareas que son apropiadas a las diversas fases del tratamiento:

- a) Al inicio del tratamiento se recomiendan tareas fáciles de realizar, que provean de beneficios inmediatos y de automonitoreo. Por lo regular, las estrategias de automonitoreo son sencillas de realizar y generan cambios por reactividad, por esa razón se usan en la primera sesión del MIRE y se mantienen a lo largo del tratamiento.
- b) En la fase media del tratamiento se recomienda la práctica de estrategias de cambio conductual. Acorde a las recomendaciones de la autora, se sugiere proveer de razones para practicar la tarea, se especifica su duración, brinda información correctiva y apoyo, e implementa un método de refuerzo y monitoreo de progresos que es parte del registro de automonitoreo.
- c) Para la fase de mantenimiento se recomienda la asignación de tareas mayor duración y

complejidad, y el desarrollo de planes de prevención de recaídas.

También debe considerarse que la formulación colaborativa de las tareas favorece su ejecución (Cunningham, Davis, Bremner, & Dunn, 1993).

Existen diversas precauciones que deben tomarse en cuenta al asignar tareas a los consultantes y por lo regular éstas dependen de su tipo de problema y características, por ejemplo, los usuarios con muchos síntomas pueden tener problemas para realizar tareas que incluyen la escritura (Chadwick, Birchwood, & Trower, 1996; Nelson, 1997), los usuarios con problemas de autocontrol podrían tener problemas para realizar tareas de automonitoreo y estos fracasos dificultarían el beneficio del tratamiento (Wadden & Letizia, 1992; Wilson & Vitousek, 1999); las tareas pudieran resultar aversivas y es poco probable que sean cumplidas por usuarios que aún se encuentran pre-contemplativos al cambio (Prochaska, 1994).

En específico, los problemas anticipados que pudieran surgir en las sesiones son la negativa a intentar algunos de los ejercicios, realizar las tareas, expresiones directas de falta de motivación o conflictos entre los miembros del grupo. Para resolverlos se utilizan estrategias dialécticas (véase capítulo 4).

Anexo 6-1. Dos cavernícolas

Si su casa se quema o pierde los ahorros de su vida es probable que se moleste mucho. Pero de igual manera podría sentirse muy perturbado si sólo piensa que su casa “podría” quemarse o sus finanzas quebrar. Las personas no sólo sufren si las cosas “en realidad” las perjudican, también lo hacen cuando “podrían” causarles algún daño. De hecho, es normal sufrir más por lo que ya sucedió o podría suceder que por lo que en realidad ya sucede. Existe una buena razón para esto: las especies hacen lo que sea para sobrevivir, y reaccionar con malestar ante las posibilidades es una forma de hacerlo. Para ilustrar este proceso, un psicoterapeuta australiano, Russ Harris (2009) acostumbra contar una historia similar a la siguiente:

Imagine a dos cavernícolas en tiempos prehistóricos. Suponga que tienen hambre y al explorar su territorio se dan cuenta de que han acabado con toda la comida disponible. Ha llegado el momento en que deben aventurarse más allá de su zona de comodidad.

Al decidirse explorar, ven una forma borrosa en el horizonte y uno de ellos pregunta ¿Eso será un animal peligroso?, y el segundo responde, “De seguro es un arbusto o cualquier otra cosa”. El

primer cavernícola responde temeroso “No lo sé, deberíamos esperar a otro día” - “No” dice el segundo, “el que no arriesga no gana”.

El primer cavernícola decide regresar a su cueva por si acaso y esperar al otro día, en tanto que el segundo se aventura y desaparece en el horizonte. Después de un tiempo, el cavernícola aventurero regresó y presumió sobre la cantidad de comida que encontró: “frutas grandes y deliciosas”, “ni me puedo mover, estoy demasiado lleno”, “también encontré un conejo, pero no hubo ni necesidad de cazar”.

Suponga que este escenario se repite en diversas ocasiones durante un buen tiempo. Al final, llega una ocasión en la que el segundo cavernícola sale hacia el horizonte preparado para darse un festín, mientras que el primero espera, da la noche y el primer cavernícola no regresa; pasan los días y no regresa jamás. No queda otra opción para el primero que quedarse con el lado de la cueva, el hacha, y la esposa de su amigo.

Nuestros ancestros fueron precavidos para tomar riesgos, y esta característica se heredó a sus descendientes, porque de manera eventual los aventureros exploradores hambrientos se extinguieron, esto impidió que transmitieran sus valientes genes a su descendencia: “nosotros”. Una regla importante que permitió que los humanos sobrevivieran se dice así de simple, “mejor

perderte la cena, que tú ser la cena”.

Anexo 6-2. Acción opuesta

Una de las mejores formas de reorientar las emociones es actuar en contra de las tendencias que las acompañan (Izard, 1971). Este principio es la base de una gran cantidad de terapias efectivas para problemas emocionales como las fobias u otros problemas relacionados con el afecto negativo (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011).

La acción opuesta es una estrategia que sorprende por ser muy efectiva para regular las emociones; puede usarse para cambiar las emociones o disminuir su intensidad, a la vez es un gran ejercicio para desarrollar flexibilidad y ganar libertad de elección en momentos donde las emociones son intensas y abruman con impulsos o urgencias intensas.

Para usar esta estrategia de manera efectiva, primero hay que identificar la emoción que se experimenta; después, habría que actuar en contra de la urgencia o impulso motivadas por la emoción, ya sea en contra de la forma en que la emoción afecta al cuerpo, pensamientos, expresión facial, postura corporal, lo que se dice, entre otros. (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011). A continuación se incorporan algunas sugerencias que ilustran la acción opuesta, éstas están

adaptadas de aquellas publicadas por Linehan en 2003.

Miedo

- Hacer lo que nos da miedo... una y otra vez.
- Acercarse a los lugares, acontecimientos, tareas, actividades y gente que nos den miedo.
- Cuando tenga miedo, haga cosas que le generen una sensación de control y competencia.
- Cuando se sienta agobiado, confeccione una pequeña lista de pasos y tareas que pueda hacer y en las que sepa que es competente. Proceda a hacer la primera tarea de la lista.

Culpa

- Reparar los daños de nuestra transgresión u ofensa.
- Pedir disculpas.
- Mejorar la situación; hacer algo agradable por la persona a la que se ha ofendido (y si esto no es posible, por otra persona).
- Responsabilizarse y comprometerse con evitar cometer el mismo error en el futuro.
- Aceptar las consecuencias y sanciones con dignidad y responsabilidad.

- Ser paciente y dejar que la emoción de culpa o pena pase.

Vergüenza

- Hacer lo que provoca sentirse avergonzado o culpable... una y otra vez.
- Enfrentar esa situación, no evitarla.

Tristeza o depresión

- Activarse, ocuparse o enfrentar lo que causó la emoción. No evitarla.
- Hacer cosas que provoquen sentimientos de competencia y seguridad en uno mismo.

Enojo

- Evitar a la persona con la que se está enfadado en vez de atacarla. (Tratar de no pensar en esa persona).
- Hacer algo **agradable** en vez de atacar.
- Concentrarse en sentir **comprensión y empatía** hacia la otra persona en vez de querer echarle la culpa.

EJERCICIO

1. Recuerde una situación donde haya experimentado un grado intenso de malestar.
2. Identifique la forma en que esa emoción le afecta de manera física (en su respiración, tensión muscular, entre otras).
3. Identifique sus impulsos o urgencias.
4. Reconozca la forma en que su emoción le afecta. Por ejemplo: en su expresión facial, postura corporal, pensamiento y conducta.
5. A la luz de esta información, ¿qué acciones opuestas puede tomar para actuar de forma efectiva?

Anexo 6-3. Acción comprometida

Para muchas personas, experimentar una emoción en particular podría volverse una meta en sí misma. Por ejemplo: “Librarse de la ansiedad”, o “sentirse amados por otros”. Por lo regular, las emociones que se desean experimentar tienen una estrecha relación con los valores, promover experimentarlas tiene mucho que ver con identificar un momento adecuado para comprometerse con ellos.

Justo de la manera en que se toman decisiones sobre lo que se va a comer en un buffet, también puede hacerse sobre las emociones que se experimentarán cada día. Esto no quiere decir que sea posible elegir emociones a voluntad, ni que

cada vez que la persona se proponga ser feliz lo será; pero siempre es posible hacer algo para mejorar el momento (Linehan, 1993, 2003) o luchar para ganarse un sentimiento positivo (Greenberg & Shafran, 1987; Leahy, 2010).

Para tomar decisiones sobre la forma en que se desea darle sentido a cada día y, o promover emociones positivas, es necesario tomar en cuenta algunos puntos básicos:

1. Reconocer un momento donde haya sentimientos de abrumación, aburrimiento, o sólo estar “mal”.
2. Recordar que cada uno puede elegir qué dirección dar a su vida.
3. Identificar un sentimiento, afecto o emoción que se quiera experimentar.
4. Recordar situaciones donde se haya experimentado algo similar.
5. Identificar una actividad que promueva ese sentimiento.
6. Comprometerse con ella, sin importar lo apático, enfadado, triste o desmotivado que pueda sentirse.

Activación conductual

En este apartado se describe la activación conductual como la principal estrategia para reorientar la rutina del consultante hacia sus valores y regular su estado de ánimo. Esta estrategia puede traslaparse con las revisadas en el capítulo anterior, aunque será necesario dedicar un par de sesiones sólo para su entrenamiento; su implementación durará tanto como sea necesario y complementarse con estrategias de solución de problemas también descritas en este capítulo.



7.1 ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

Los tratamientos conductuales para la depresión empezaron a desarrollarse en el decenio 1970-79 a partir de las teorías de Ferster (1973) y los trabajos empíricos de Lewinsohn (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Biglan, & Zeiss, 1976; Lewinsohn & Graf, 1973). La idea básica en estos trabajos es que las personas deprimidas presentan un desbalance entre su cantidad de comportamientos bajo

control de contingencias aversivas y apetitivas. Así, cuando la conducta de un individuo está bajo el control de la estimulación aversiva, privación de refuerzo positivo y refuerzo negativo, desarrolla un estilo conductual caracterizado por la evitación que tiene poca probabilidad de acceder a fuentes de reforzamiento positivo y, por lo tanto, de desarrollar nuevos repertorios de conductas. La alternativa propuesta, entonces, consiste en un ayudar al individuo a acceder a reforzamientos positivos. (Kanter et al., 2004).

La activación conductual ha tenido diversas variaciones a lo largo de su historia; en un inicio Lewinsohn y Graf (1973) se concentraron en incrementar la frecuencia de actividades placenteras y exposición a eventos agradables para tratar la depresión, y de manera paralela Beck (1976) desarrolló su terapia cognitiva que adoptó los mismos principios pero le complementó con estrategias de pensamiento y solución de problemas. Más adelante, Jacobson y colaboradores (1996) realizaron un estudio por componentes donde encontraron que la activación conductual era necesaria y suficiente para el tratamiento del trastorno. A la fecha se han realizado diversos estudios que muestran que la activación conductual es tan efectiva como recibir todo el paquete de tratamiento de terapia cognitiva. (Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998; Jacobson & Gortner, 2000).

En la actualidad, la terapia de activación conductual adopta una perspectiva ideográfica (Kanter, Busch & Rusch, 2009; Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001; Martell, Dimidjian & Hermann-Dunn, 2010), desde la cual se analiza el comportamiento de los consultantes para detectar las actividades que les han resultado gratificantes en el pasado y las estrategias de evitación que utiliza. (Kanter et al., 2004).

El mecanismo hipotetizado de cambio en la activación conductual es el establecimiento de rutinas que favorezcan experiencias agradables, y la corrección del estilo conductual que caracteriza la depresión (Ehlers, Frank, & Kupfer, 1988); El tratamiento no parece tener contraindicaciones para quienes padecen depresión mayor, pero se debe tener cuidado de no alentar conductas que resulten en situaciones peligrosas o dañinas (Martell, 2003).

La activación conductual implica involucrarse de manera activa con las tareas y no sólo “ocuparse por ocuparse”. Para facilitar este proceso, Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2010) recomiendan el establecimiento de rutinas congruentes con los valores para dar **sentido** a las acciones programadas; un valor es algo a lo que el individuo le da importancia, donde el solo hecho de actuar acorde a los valores es apetitivo porque la congruencia misma les provee de sus propiedades gratificantes de manera

independiente de la acción específica que se realiza (Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2008). Ejemplos de valores pueden ser pasar tiempo con la familia, prepararse en el ámbito profesional, cuidar la salud, entre otros. Los valores se diferencian de las metas en que nunca pueden lograrse del todo, son fuentes de reforzamiento inagotables que regresan al punto de partida una vez que una meta se ha logrado (Wilson & Sandock, 2007). En el cuadro 7-1 se muestran algunas preguntas que pueden realizarse para detectar valores de los consultantes.

Cuadro 7-1. Identificación de valores	
Pasos	Preguntas

Identificar valores	Los valores son cualidades de las acciones que se consideran importantes (p. ej. ser cariñoso o disciplinado) y no acciones que se realizan (p. ej. ir a la escuela) o metas que se buscan (p. ej. ser feliz o casarse). Para identificarlos piense en las áreas de su vida que le importan (p. ej. el área profesional, escolar, familiar, esparcimiento, relaciones de pareja o amistad, entre otras y describa las cualidades de la persona que usted quisiera ser en esas áreas. ¿Qué características personales le gustaría que recordaran las personas importantes para usted después de su muerte?
Buscar modelos	Piense en alguien que admire. ¿Cuáles son las características de esa persona que usted encuentra valiosas? Piense en alguien que le desagrade. ¿Cuáles serían las características de las que esta persona carece para que usted le admire?
Deshacerse de factores externos	Si nadie fuera a opinar sobre sus elecciones, ¿aún sí encontraría importantes estas cualidades? En el supuesto que usted fuera a fracasar en lograr sus metas, ¿aun así sería importante para usted practicar estas cualidades?

La activación conductual sigue una secuencia típica (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). En un inicio requiere un primer momento de

análisis donde se obtiene información sobre la historia de los usuarios, eventos gratificantes y desagradables de su momento de vida actual y la forma en que sus acciones influyen para exponerse más a las primeras. Se asume que, con frecuencia, los intentos hechos para afrontar la depresión se vuelven el problema que la mantiene.

Más adelante se utilizan diarios donde se registran las actividades placenteras y desagradables en las rutinas del usuario (anexo 7-1). Estos registros se utilizan para: entender la cantidad de actividad agradables presentes en la vida del consultante, la relación existente entre sus niveles de actividad y su estado de ánimo, la relación entre las actividades donde actúa de manera efectiva y su estado de ánimo, identificar sus conductas de evitación y formas de guiar su conducta hacia sus valores y metas.

A partir de la información arrojada por estos diarios se sugiere programar actividades gratificantes para realizar a lo largo de la semana (anexo 7-2), se debe tener cuidado de no alentar conductas que resulten en situaciones peligrosas o dañinas (Martell, 2003).

Por último, se ayuda a los usuarios a involucrarse en las actividades valoradas ya que existe la posibilidad de que el consultante realice las actividades pero su mente se encuentre ausente o no tenga las destrezas conductuales necesarias para desempeñarse de manera

adecuada (Kanter, Busch y Rusch, 2009) y que pueda distinguir entre la activación simple que implica la sola programación de actividades y la compleja, que consta de su complemento con el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. En caso de que la activación simple no sea suficiente para que el consultante experimente mayor involucramiento con sus valores pueden tratar de identificarse las estrategias de regulación emocional inefectivas residuales y tratarlas con las ya mencionadas en los capítulos anteriores.



7.2 SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La solución de problemas es un proceso cognitivo-conductual-interpersonal autodirigido que pretende identificar soluciones adaptativas a problemas estresantes. Se considera efectiva una solución cuando permite alterar la naturaleza del problema (p. ej. superar un obstáculo) o adaptarse a una situación inalterable (p. ej. aceptar que una meta no podrá ser aceptada). Se pretende, regular las emociones negativas, incrementar la habilidad para afrontar un evento y, minimizar la probabilidad de aparición de situaciones similares en el futuro (Nezu, Nezu & Lombardo, 2003).

En el MIRE-G, la solución de problemas se entrena como una forma para que los consultantes puedan desarrollar alternativas de una forma flexible, para poder encontrar soluciones efectivas

a sus problemas individuales o interpersonales. La solución de problemas se utiliza como parte de una **preocupación efectiva**, y también puede utilizarse como una forma de superar dificultades que se encuentran al realizar acciones valiosas.

La solución de problemas, de acuerdo con D'Zurilla y Nezu (1999), está determinada por dos procesos independientes de forma parcial:

- a) La orientación al problema, que puede ser positivo si favorece el acercamiento a la situación (si la persona considera que los problemas son oportunidades para beneficiarse y además cree ser capaz de enfrentarlos de alguna manera), o negativo si favorece su evitación (si se considera que los problemas son amenazas al bienestar y resultan en un sentimiento de indefensión).
- b) El estilo de solución de problemas, que se refiere a la diversidad de actividades cognitivas y conductuales orientadas a la solución de los problemas, y pueden ser **racionales** (un estilo sistemático orientado a identificar distintas alternativas de solución y seleccionar la más adecuada) o disfuncionales si es que son **impulsivas** (apresuradas) o de evitación (situacional, posposición, dependencia de otros para resolver, entre otras).

La terapia de solución de problemas, en esencia, se sirve de la instrucción didáctica, representación de papeles, ejercicios de entrenamiento y ensayos en el ambiente real (tareas) para: a) favorecer la orientación positiva hacia los problemas, b) desarrollar un método reflexivo de solución de éstos, c) disminuir la orientación negativa hacia ellos, d) minimizar la tendencia a la resolución impulsiva o descuidada y, f) disminuir la tendencia a evitar conflictos.

El método reflexivo de solución de problemas entrenado en el MIRE-G se desprende del sugerido por Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2010), que a su vez es una adaptación del método desarrollado por D’Zurilla y Nezu (1999). Dicha metodología implica: a) la definición cuidadosa del problema, b) la identificación de una meta o valor personal, c) la generación de diversas alternativas de solución para lograr las metas personales de una forma congruente con los valores, d) la selección de una alternativa efectiva, e) desarrollo de un plan de acción, f) y la puesta en práctica de la solución. Es recomendable dedicar 5 minutos como máximo para pensar en soluciones para evitar que la solución de problemas derive en un proceso de preocupación inefectiva.

La efectividad de la terapia de solución de problemas como intervención única está comprobada en diversos aspectos psicológicos como la depresión, ideación y conducta suicida,

esquizofrenia, problemas emocionales en cuidadores primarios, fobia social, problemas conductuales en adultos con retraso mental, y abuso de sustancias. También está probada su efectividad en el incremento de la calidad de vida con personas con problemas de salud crónicos como cáncer, hipertensión y artritis. Se ha demostrado que su inclusión en paquetes de tratamiento es necesaria para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, problemas maritales y familiares, prevención de conductas de riesgo en usuarios con VIH-SIDA, y resolución de conflictos entre padres y adolescentes.

Otras aplicaciones incluyen la optimización de las habilidades de cuidadores de pacientes con cáncer, Alzheimer, demencia, lesiones espinales y niños con comportamiento problemático; el decremento de indecisión vocacional y el incremento de habilidades sociales en adolescentes tímidos (D’Zurilla & Nezu, 1999; Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998; Nezu, Nezu & Lombardo, 2003; Nezu, Nezu, & Perri, 1989). La efectividad de la estrategia está documentada con usuarios de diversas aptitudes cognoscitivas y problemas emocionales y no tiene contraindicaciones conocidas.

ANEXO 7-1. MONITOREO DE ACTIVIDADES Y ESTADO DE ÁNIMO

En el siguiente formato, anote su actividad en cada hora del día (recuerde qué hizo, con quién, dónde, entre otras). Anote qué tan involucrado estaba con la actividad, valore el grado entre 1 y 10, donde 1 = "Muy distraído" y 10 "Muy involucrado". Y anote también la gratificación que sentía en ese momento, valore la intensidad de su satisfacción entre 1 y 10, donde: 1 = Nada intenso y 10 = "Muy intenso".

Monitoreo de actividades y estado de ánimo							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
05:00 / 07:00							
08:00							
09:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							
23:00 / 05:00							

ANEXO 7-2. CUADRO DE ACCIONES DE ACTIVACIÓN

En la fila "Valor", anote uno o más propósitos sobre los que desee trabajar esta semana, en "Actividad" las actividades concretas que su terapeuta y usted acordaron realizar esta semana. Escriba una marca en la columna "completada" para señalar si terminó la actividad programada y anote una valoración del grado de presencia y satisfacción en la columna de la derecha; el estado anímico se valora entre 1 y 10.

Acciones de activación				
Valor(es): _____				
Hora	Actividad	Completada	Presencia	Satisfacción
05:00 / 07:00				
08:00				
09:00				
10:00				
11:00				
12:00				
13:00				
14:00				
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				
21:00				
22:00				
23:00 / 05:00				

Prevención de recaídas

El objetivo de la última fase del tratamiento es aprender a reconocer indicativos que preceden a una recaída y utilizar las estrategias aprendidas para generar un plan de prevención de las mismas. Para lograrlo se vale de estrategias de psicoeducación (la naturaleza de los resbalones y las recaídas) y de prevención de recaídas (mantener el rumbo).



8.1 PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

La **prevención de recaídas** es un término que hace referencia a programas con variedad de estrategias desarrolladas para anticiparse a posibles fallas en el mantenimiento de los impactos de un tratamiento (Brunswick, Sbraga & Harris, 2003) y deben ponerse en marcha cuando el usuario ha cumplido de manera satisfactoria las metas que se ha propuesto al iniciar el tratamiento; digamos que ha cumplido tres metas y ya se encuentra próximo de cumplir la cuarta y

quinta.

El MIRE, es una estrategia que resume los principios básicos del modelo y trata de integrarlos en las actividades cotidianas del usuario afianzando el cambio de su estilo de vida y el fortalecimiento de sus estrategias de afrontamiento adaptadas a sus condiciones de la vida.

En un origen, estos programas se desarrollaron para fortalecer los tratamientos para el uso y abuso de sustancias, y hoy día se consideran un elemento fundamental en la reducción de la conducta sexual riesgosa, sobrealimentación, ofensas sexuales, uso de nicotina, anorexia, conductas autolesivas, problemas de autocontrol, depresión, ansiedad, entre otras (Brunswick, Sbraga & Harris, 2003; Hunt, Barnett, & Branch, 1971; Laws, Hudson & Ward, 2000).

Laws (1995) delimitó los elementos necesarios en un programa de prevención de recaídas de la siguiente forma:

- a) Identificación del comportamiento desadaptativo.
- b) Obtención de compromiso y motivación.
- c) Cambio conductual y mantenimiento.
- d) Identificación de resbalones (instancias individuales de conductas indeseables) y recaídas (repetición de un patrón conductual indeseable que implica la violación total de

las reglas de la abstinencia).

- e) Modificación del estilo de vida acorde a los comportamientos deseados (algunos obligatorios y otros seleccionados por voluntad propia).
- f) Reconocer instancias de riesgo para el comportamiento problemático y planeación de la ejecución de respuestas alternativas.
- g) Reforzamiento de habilidades necesarias para sustituir las conductas problemáticas al exponerse a situaciones problemáticas.

En el MIRE se siguen estos pasos mediante: a) una lectura y reflexión que define y describe las diferencias entre las recaídas y resbalones (anexo 8-1); b) el recuerdo de los elementos básicos del tratamiento: habilidades de consciencia plena o *mindfulness*, estrategias de activación conductual y contacto con los valores, posposición de la rumiación y preocupación y, estrategias de acción opuesta; c) el desarrollo de planes de mantenimiento, d) asimismo, programación de sesiones de seguimiento donde se evalúe la efectividad del programa, se sugieren dos seguimientos cada mes, dos a los 3 meses después de la anterior y uno a los 6 meses.

8.2 MANEJO DE RECAÍDAS

Recaída es un término que implica connotaciones

negativas en sus orígenes, es ir hacia atrás y no de manera proactiva. Se refiere a la recurrencia de una enfermedad después de un periodo de mejoramiento. Fue definida en términos teológicos como un retroceso hacia el paganismo, el demonio, el error, la herejía, el desconocimiento, el lado oscuro.

Es un concepto central en el campo de las adicciones, para definir la recurrencia a los malos hábitos después de un periodo de abstinencia. Dentro de los modelos que han tratado de explicarla, destacan (Marlatt 1993):

1. Modelo moral. La persona es juzgada responsable por el desarrollo del problema y por hacer algo para cambiarlo. El sujeto que recae responde con sentimientos de culpa, malestar, molestia por su inhabilidad para controlar su comportamiento.
2. Modelo de enfermedad. La enfermedad es considerada para ser enraizada en factores genetico-biológicos que están detrás del control de los individuos.
3. Modelo espiritual. Turnar el poder personal, sobre un poder superior (Dios): la recaída es definida como una inevitable consecuencia de perder juntas de grupo o estar fuera del contacto con el poder superior.
4. Modelo compensatorio. La persona no puede ser ayudada en tanto que ésta no pueda

asumir una mayor responsabilidad para el cambio. Los problemas están multideterminados e incluyen factores hereditarios, medio ambientales y psicosociales que se tienen que aprender a compensar para mejores comportamientos adaptativos. La recaída es considerada como un error en la adquisición o mantenimiento de nuevos patrones de comportamiento.

Dentro del modelo cognitivo-conductual implica la interacción con factores psicológicos (cognición, afectos, motivación, afrontamiento, entre otros), medio ambientales (elementos socioculturales, disponibilidad y facilidad del uso de sustancias, entre otros) y, biológicos (predisposición genética, efectos somáticos de la droga, entre otros).

Es muy probable que a lo largo de las consultas subsecuentes aparezcan recaídas. Hay que recordar que enfrentar la enfermedad implica un conflicto para la persona y que en éste siempre hay exigencias, conductas o sentimientos contradictorios. En ocasiones las exigencias positivas hacia el control de la enfermedad y el bienestar vencen, pero también sucede que prevalecen los sentimientos de agotamiento, hartazgo y derrota, que explican el porqué de las recaídas.

Es primordial no interpretarlas como fracasos

(del especialista o del paciente) sino como pausas y oportunidades para retomar el control de la enfermedad, aprender de los errores y progresar con éxito. De no ser así, se buscará culpar a los demás del desastre, por ello es recomendable explorar los sentimientos de la persona frente a la recaída; en adición hay que indagar sobre las situaciones familiares, sociales, económicas, de pareja, profesionales, entre otras, que en ese momento puedan representar un conflicto que disminuya la energía que se requiere para controlar la enfermedad y cambiar los hábitos perjudiciales por estilos de vida más saludables. Si la persona tiene la apertura para compartir sus penas, es obligación del especialista ayudarlo a encontrar alternativas de enfrentamiento más efectivas. (Marlatt & Gordon 1985).

De nuevo, dedicarse al paciente para escucharlo y comprenderlo requiere de mucho tiempo, pero sólo así se le podrá ayudar a superar las recaídas y, en el mejor de los panoramas, a reducir el número o la intensidad de las mismas.

Es asociada como un retorno del comportamiento a los niveles de la línea base, en cuanto a las estrategias específicas de la enfermedad.

Para Marlatt y Gordon (1985), es importante trabajar con los pacientes este tema ya que siempre es mejor prevenir que tratar. Por lo que se recomienda:

1. Ayudar a las personas a mantener sus metas iniciales.
2. Ofrecer asistencia individual para que las personas “regresen al carril” y la recaída sólo se considere como un resbalón.

Dentro de las estrategias más utilizadas destacan las siguientes:

- Dar a los pacientes información adecuada y entendible para ellos acerca del proceso de su recaída.
- Ofrecer asesorías con énfasis en la eficacia personal.
- En situaciones de alto riesgo, modelar conductas más efectivas.
- Modificación de racionalizaciones y distorsiones que saboteen el cambio.
- Desarrollar alternativas funcionales (p. ej., relajación).
- Usar metáforas o la imaginación para favorecer el darse cuenta.
- Enlistar redes de apoyo social o personas significativas para dar apoyo en época de crisis.
- Modificar metas no realistas por otras más manejables y cercanas.
- Darse cuenta de la interacción entre hábitos personales y sus consecuencias.

8.2.1 Alianzas terapéuticas

Toda actividad psicoterapéutica implica un vínculo entre una persona que busca ayuda y otra que intenta proveerla. Este vínculo o alianza tiene por objeto la búsqueda de cambio en el estado de cosas o sucesos actuales del que consulta.

El movimiento psicoterapéutico se ha construido con distintos modelos y técnicas muy diversas, que se fundamentan en múltiples concepciones teóricas de la mente humana.

El cambio psíquico es un constante devenir en dos sentidos, en lo que se deja de ser y en lo que se llega a ser, al tratar de calificarlo o de aprehenderlo; con algunos indicadores se paraliza, por lo que la acción de calificarlo o medirlo constituye un hecho subjetivo y es apenas un pequeño accidente en ese devenir, que constituye **un sentido** en una dirección y un **sin sentido** en la otra, un caos o un cosmos. Es la confluencia entre el sentido de lo pasado y el sentido por venir en donde se debate la naturaleza del cambio psíquico.

Se llama **alianza terapéutica** al acuerdo tanto consensuado como tácito entre terapeuta y consultante dentro de un proceso de **psicoterapia**. El ser un predictor de efectividad-eficacia lo coloca como un fenómeno de vital importancia en la **psicología clínica, psiquiatría** y disciplinas afines.

8.2.2 Estudios empíricos

Los estudios se han interpretado como indicativos de que una buena alianza terapéutica se obtiene mediante el contacto ocular, aceptación y escucha activa, entre otros. Sin embargo, no resulta claro si los buenos resultados se obtienen por características preexistentes del paciente/consultante.

Seligman (1995), en su famoso estudio de efectividad clínica por medio del autorreporte de consultantes, determinó que, si bien el tipo de psicoterapia clínica no era un buen predictor de buen resultado y satisfacción con la terapia, la **relación terapéutica**, el poder escoger su terapeuta y la no limitación sobre la duración de la intervención fueron fundamentales.

Cabe añadir que la alianza terapéutica es el factor sobre el que se puede trabajar para lograr una mejor relación.

El gasto inútil de energía en forma negativa por parte de cualquiera de los involucrados, podría ser usado con mayor provecho y, en cambio, movilizar energías nuevas y positivas, para cooperar en la lucha contra la enfermedad que genere una alianza terapéutica, la cual puede tomar una o ambas de las siguientes formas:

- Una alianza a título individual entre los miembros de la familia-padres, niños- y el

equipo médico.

- Una alianza entre las familias como grupo y los miembros del equipo de salud como grupo. Estas alianzas terapéuticas se forman cuando ambas partes trabajan juntas con el propósito de unir recursos hacia un objetivo común: manejo de la enfermedad (psicopatología) y minimizar sus efectos secundarios tanto físicos como psicosociales, y movilizar las energías de todos los miembros de la sociedad en este sentido.
- La relación entre cada familia y los miembros del equipo a nivel individual.

8.2.3 Rol del clínico y otros miembros del equipo de salud

1. Tratarse uno a otro (médico, residentes, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, educadores, entre otros) con respeto mutuo respecto de sus profesiones e intereses diversos.
2. Tratar a los padres y a los niños con respeto; reconocer sus sistemas de valores y habilidades singulares.
3. Preguntar a los padres y a los niños acerca de las preferencias y necesidades de apoyo psicosocial.
4. Educar a los padres y a los niños respecto de la naturaleza del diagnóstico y tratamiento, e involucrarlos así como sea apropiado en las

decisiones críticas respecto del tratamiento.

5. Asegurarse que otros miembros de la familia entiendan el diagnóstico y tratamiento.
6. Ayudar a los pacientes a enfrentar los aspectos negativos de la burocratización médica.
7. Tener reuniones de equipo periódicas (en lo posible semanales) a las que asistan médicos, enfermeros, y equipo psicosocial para discutir los problemas psicosociales de las familias, así como para mejorar el contacto. Tratar de discutir en esta revisión de casos psicosociales la relación entre los miembros del equipo y los miembros de la familia.
8. Dar a cada paciente, niño o adulto joven, la guía y el soporte necesarios para retomar y establecer su autonomía luego de los retrocesos y restricciones que ocurren durante el tratamiento del cáncer infantil.
9. Dedicar tiempo, energía y creatividad a colaborar con las asociaciones de padres por medio de sugerencias y coordinación de encuentros. Poner a disposición su propia competencia. Alentar a los padres, en especial a aquellos tímidos o cautelosos a unirse a las asociaciones de padres y ayudarlos a activarse para que organicen este tipo de organizaciones en los lugares donde éstas no existan.
10. Hacer que los miembros de la asociación de padres junto con los miembros del equipo médico cooperen en el diseño de un programa

médico, psicosocial y sociocultural global, hacia el cual converjan unidas todas sus energías.

11. Hacer todo lo que esté a su alcance para asegurar que los niños y adolescentes curados se reintegren con éxito en la sociedad, sin estar paralizados en la escuela, el trabajo o las relaciones sociales.

8.2.4 Rol de los miembros de la familia

1. Asegurar que exista libre comunicación entre el paciente, los padres y otros miembros de la familia.
2. Solicitar información al equipo médico.
3. Tratar al equipo con el debido respeto a sus conocimientos y experiencia (sin desarrollar dependencia ni completa autonomía).
4. Dar la información relevante para las intervenciones médica o psicosocial.
5. La relación entre las familias como grupo y el equipo de salud como grupo.
6. Trabajar junto con el equipo para asegurar que el paciente reciba cuidados médicos, sino una intervención integral que incluya también aspectos psicosociales, educacionales, sociales y económicos.
7. Colaborar con los miembros del equipo de salud para resolver cuestiones con relación al soporte, tratamiento e investigación.
8. Tomar la iniciativa de sugerir y organizar

reuniones con el equipo de salud, los voluntarios de la comunidad, las autoridades hospitalarias y otros miembros de la comunidad.

9. Atender de manera cuidadosa las necesidades de los niños y adolescentes de formar sus asociaciones, basadas en sus derechos, sus requerimientos y sus responsabilidades singulares.
10. Estar alerta respecto de sus obligaciones y responsabilidades, y de los roles que deben cumplir, como miembros de la asociación de padres, tanto dentro del sistema de salud como en cada estrato de la sociedad (miembros de la familia extendida, voluntarios, amigos, público en general y autoridades sanitarias y gubernamentales).

La alta tasa de recaídas todavía constituye uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas. Se han revisado las principales **estrategias de evaluación** de los procesos involucrados en la recaída. Se proponen cinco tipos de estrategias:

1. Autorregistros: proporciona al sujeto una retroalimentación inmediata que le sirve de ayuda para un posterior cambio de comportamiento. Se utilizan, sobre todo, en el inicio de la intervención terapéutica, cuando el

paciente aún no ha abandonado el consumo de la sustancia.

2. Descripción de recaídas pasadas, el procedimiento consiste en que el paciente escriba o relate verbalmente, con sus propias palabras, una o varias experiencias de recaídas ocurridas en el pasado.
3. Fantasías de recaída, propuestas por Marlatt y Gordon (1985). Consiste en que el sujeto debe imaginar cómo cree que podría ocurrir su vuelta al antiguo hábito de consumo de drogas. Es decir, el terapeuta evalúa las situaciones de riesgo potenciales a través de cómo el paciente percibe la posibilidad de una recaída y cómo cree que se sentiría y se comportaría en esa situación.
4. Observación directa. En la mayoría de las ocasiones, la observación directa en la situación real es difícil de llevar a cabo y resulta un método costoso por lo que no tiene una utilización sistemática en los estudios de la conducta de consumo de drogas. Una estrategia alternativa a la observación natural es la observación en situaciones simuladas. Este procedimiento puede ser de utilidad tanto en la fase de inicial de evaluación como después, durante el tratamiento; su utilización en grupo es en especial efectiva, ya que permite una excelente oportunidad para explorar diferentes aspectos y problemas comunes relacionados

con el afrontamiento de situaciones de riesgo. Es una técnica complementaria a los informes verbales que el sujeto ha ofrecido sobre sus estrategias de afrontamiento.

5. Cuestionarios o autoinformes. La utilización de estas herramientas en personas con problemas de drogas son por lo general precisos y correctos si la evaluación se lleva a cabo en una situación clínica adecuada, una vez que el paciente ya no se encuentra bajo los efectos de las drogas y cuando existe garantía de confidencialidad. Dentro del marco de la prevención de recaídas, en los últimos años se han desarrollado diferentes inventarios estructurados de evaluación individual. Estos autoinformes valoran los diferentes procesos involucrados en la recaída en el consumo de drogas. Dichos procesos se podrían clasificar en: situaciones de consumo o de recaída anteriores, estrategias de afrontamiento en las situaciones de riesgo y expectativas de autoeficacia del sujeto.

Se pone especial énfasis en la utilidad clínica de los procedimientos, así como en su implicación para planificar y llevar a cabo los programas de intervención en prevención de recaídas. Hay que tomar en cuenta que la evaluación debe ser individualizada y que la utilidad clínica de los diferentes instrumentos estará en función de las peculiaridades de cada caso particular.

El mantenimiento de los logros y la prevención de las recaídas son un caballo de batalla en todos los procesos de tratamiento psicológico, centrar la labor de recuperación en lo que hace el paciente y no tanto en lo que sabe o hace el terapeuta; así se genera la sensación de que ha sido el propio paciente quien ha superado el problema.

8.3 TÉCNICAS MÁS UTILIZADAS

- a) Control de estímulos: se refiere a cómo modificar el ambiente que nos rodea para promover aquellos comportamientos que ayuden al mantenimiento de los logros.
- b) Automonitorización: se considera como una de las características esenciales en la terapia de comportamiento. El principal objetivo de este registro es que el paciente sea consciente de lo que hace y de cuáles son las situaciones de riesgo para el seguimiento de unos hábitos alimentarios saludables. A través del registro diario el paciente puede ser consciente de que, por ejemplo, suele comer a ciertas horas del día, o cuando está estresado, deprimido, aburrido, en compañía de ciertas personas, entre otros.
- c) Refuerzo positivo: establecer incentivos que no estén en relación con los alimentos, como comprar ropa nueva cuando se alcance algún

objetivo definido o bien algún regalo o reconocimiento, como premios o diplomas, cuando se obtiene el peso deseado.

- d) Evitar recaídas: ayudar a los pacientes a prevenir recaídas, al enseñarles a identificar los deslices y a aplicar técnicas para evitarlos.

Otras técnicas conductuales son, por ejemplo, las de afrontamiento del estrés, de apoyo social (amigos, familia), métodos de resolución de problemas, control de la velocidad de la ingesta, entre otros.

Anexo 8-1. Naturaleza de los resbalones y las recaídas

Cada elemento de este plan de tratamiento está diseñado para fortalecer una o más habilidades.

La consciencia plena es clave para incrementar la sensibilidad al presente y otras personas. Las acciones de compromiso y acción opuesta son importantes para tolerar el malestar.

El automonitoreo es fundamental para distinguir entre las habilidades que son efectivas para la regulación emocional y las que no lo son.

En total, este programa puede fortalecer sus habilidades de regulación emocional y efectividad interpersonal.

Las acciones comprometidas merecen una mención especial. Estas incluyen un plan para realizar algo relevante cada día – o el día siguiente – sea para resolver un problema, manejar de manera efectiva una dificultad con otra persona, entre otras situaciones importantes. Es la oportunidad para hacer verdaderos cambios en su vida.

Sin embargo, como el lector ha descubierto en este programa, mantener el rumbo no es fácil. Cada vez que una persona emprende un proyecto está en riesgo de sufrir desalientos o incluso de claudicar.

Resbalones

Un resbalón es un momento en el que la persona pierde el rumbo y experimenta dificultades para regular sus emociones de manera efectiva. Es posible reconocerlo si aquélla encuentra que ha evitado enfrentar un problema, ha estado rumiando o preocupado de manera inefectiva sobre algo que le ha sucedido durante la semana, lleva un par de días con actitudes impulsivas y, o se siente insatisfecho por no actuar de manera congruente con sus metas y valores.

Los resbalones son algo esperable y no hay que preocuparse demasiado al respecto, por ello cabe reflexionar por un momento:

- ¿No son estos resbalones parte de la vida y experiencia humana normal?
- ¿Quién, alguna vez, ha caído en un bache y ha dejado por ello de conducir?

Al identificar los resbalones es importante pensar en ellos como una experiencia ante la cual hay que mantener una actitud de **aceptación radical**, lo importante es reconocerlos, comprender su naturaleza y desarrollar sabiduría a partir de ellos. Esto permitirá seguir un desarrollo como individuos y mantener el rumbo hacia una vida valorada y comprometida.

Recaídas

En caso de no prestar atención a los resbalones, podrían sumarse uno tras otro y convertirse en una **recaída**, lo que significa regresar al punto inicial de los problemas de regulación emocional, implican un par de semanas donde la persona se enfrenta con su malestar de forma evitativa, rumiante o impulsiva. Implican tratar de evitar el malestar emocional a costo de la satisfacción de metas personales y calidad de vida.

Para evitar recaer, sólo se necesita estar al tanto de los resbalones y mantener la motivación para continuar el uso de las habilidades desarrolladas hasta el momento.

- Es importante recordar que cualquier pequeño avances en relación a los propios valores es un indicativo de éxito, aun cuando en ocasiones el camino pueda parecer tormentoso.
- La regulación emocional efectiva no es sencilla, al igual que cualquier otro tipo de habilidad requiere de práctica y práctica hasta que de manera eventual se vuelve automática. Es como aprender a manejar o ejercitarse al practicar algún deporte.

Ejercicio - plan de mantenimiento

Las habilidades que el lector ha aprendido y desarrollado en este programa se fortalecerán cada día que las practique. Por otro lado, si las habilidades no son utilizadas, se perderán y es probable se olviden.

Dejarán de ser verdaderas formas de actuar con valoración, incrementar su calidad de vida, y regular sus emociones en forma constructiva. Si estas habilidades no se practican con regularidad se volverán recuerdos de lo que alguna vez se hizo en 8 semanas de la vida, ideas vagas sin posibilidad de que sirvan de ayuda en el futuro.

Prácticas diarias para la salud emocional

Las prácticas diarias son, en esencia, un plan para mantener una vida valiosa y regular las emociones de manera efectiva. Incluyen cinco partes:

1. Automonitoreo.
2. Consciencia plena.
3. Vivir en el aquí y ahora.
4. Fortalecer el respeto hacia uno mismo.
5. Acciones comprometidas con los valores y metas personales.

Estas prácticas diarias deberían de durar un máximo de 15 minutos, lo ideal sería llevarlas a cabo a la misma hora (así se convertirán en un hábito saludable).

Elegir un periodo del día donde se pueda estar tranquilo y el ambiente esté silencioso. Pudiera ser por la mañana en un momento donde pudiera tener privacidad. Después de tomar el café de la mañana, al regresar del trabajo, antes de prepararse para ir a dormir, entre otros. Cualquiera hora que es adecuada, solamente habrá que apegarse a ella y no permitir que otras situaciones interfieran. Este tiempo debe considerarse una cita importante con uno mismo.

Dichas prácticas diarias pueden establecerse de un menú de opciones. Este es un ejemplo:

1. **Automonitoreo. Tres minutos.** Es un momento para meditar sobre lo que ha ocurrido en el día o un día anterior. Realizar el ejercicio de llenar el registro de Monitoreo de estrategias de control y de solución. Esto es muy importante para seguir alerta de cualquier estrategia de regulación emocional inefectiva y de cualquier estrategia efectiva que contribuya a regular las emociones. Al final de la semana es necesario realizar una evaluación del nivel de satisfacción y continuar con la práctica.
2. **Consciencia plena. De tres a cinco minutos.** Elegir entre realizar un ejercicio de consciencia plena formal o informal.
3. **Vivir en el aquí y ahora. Un minuto... y tres minutos más.** Recordar estar alerta de los

pensamientos rumiantes o de la preocupación inefectiva que pueden llevar a perder contacto con el momento presente. Si se tiene algún problema o enfrenta a una situación que desee reflexionar, se recomienda hacerlo en un tiempo programado y usar estrategias de reflexión efectivas.

4. Fortalecer el respeto hacia uno mismo. **Tres minutos.** Consiste en pensar en un problema que se necesite resolver, una petición que se quiera hacerle a alguien o algún sentimiento positivo que quiera externarle a otra persona. Diseñar un plan para ser asertivo, puede realizarse al iniciar el día o si se decide pensar en ello al anochecer, hacer un compromiso para el día siguiente.
5. Acción comprometida. **Dos minutos.** Realizar un plan para realizar una acción comprometida con sus metas y valores. De igual forma, puede hacerse al iniciar el día, o pensar por la noche qué tipo de compromiso se hará para el siguiente día.

Mi práctica diaria

En este momento elija cinco actividades que le gustaría realizar como parte de su plan para el día de mañana. Sea específico sobre lo que desea hacer.

Después escribalas en el espacio

correspondiente y comprométase con realizarlas.

Automonitoreo:

Consciencia plena:

Vivir en el aquí y ahora:

Darse a respetar:

Plan de acción comprometida:

Eficacia del MIRE

El presente capítulo describe los resultados del primer estudio controlado sobre la eficacia del MIRE en una modalidad grupal (MIRE-G). Para evaluarla de forma experimental se diseñó un estudio aleatorizado controlado cuyo objetivo principal fue probar su utilidad como tratamiento orientado en forma exclusiva a la intervención sobre procesos de valor transdiagnóstico. Para ello se plantearon dos preguntas de investigación: a) si el MIRE-G combinado con el tratamiento farmacológico usual resultaría efectivo para la disminución de la ansiedad, y mejoraría la flexibilidad psicológica y regulación emocional en un grupo de usuarios con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en comparación con un grupo equivalente que recibiera terapia cognitivo conductual grupal (TCC-G) combinado con tratamiento farmacológico usual; y b) si los cambios del MIRE-G se mantendrían después de 9 meses de su implementación.

Las hipótesis planteadas fueron: a) que se encontrarían reducciones estadísticas

significativas en las puntuaciones de **ansiedad** en ambos grupos en la posprueba, b) que se encontrarían reducciones estadísticas significativas en las puntuaciones de **evitación experiencial** y **desregulación emocional** del grupo MIRE-G respecto al TCC-G y, c) que no se encontrarían diferencias significativas en las puntuaciones del grupo MIRE-G en las observaciones posteriores a 3, 6 y 9 meses de aplicación del mismo respecto a las de la posprueba.

9.1 MÉTODO

Al finalizar este estudio se consideraron a 86 participantes (N=86) seleccionados de forma aleatoria de la clínica de trastornos afectivos de dos instituciones psiquiátricas públicas de la Ciudad de México con diagnóstico de TAG (la figura 9-1 muestra su flujo a lo largo del estudio). Se aceptó cualquier comorbilidad a excepción de anorexia nerviosa, esquizofrenia, trastornos de ideas delirantes, trastornos orgánicos, retrasos del desarrollo y dependencia de sustancias. Según lo registrado en los archivos de estas instituciones, ninguno de los pacientes había recibido psicoterapia o psicoeducación de cualquier naturaleza con un año de antelación. Los diagnósticos comórbidos incluyeron otros trastornos de ansiedad (trastorno por pánico,

agorafobia, trastorno por estrés postraumático y ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor y distimia), y trastornos de la personalidad (trastorno límite de la personalidad y trastorno por dependencia).

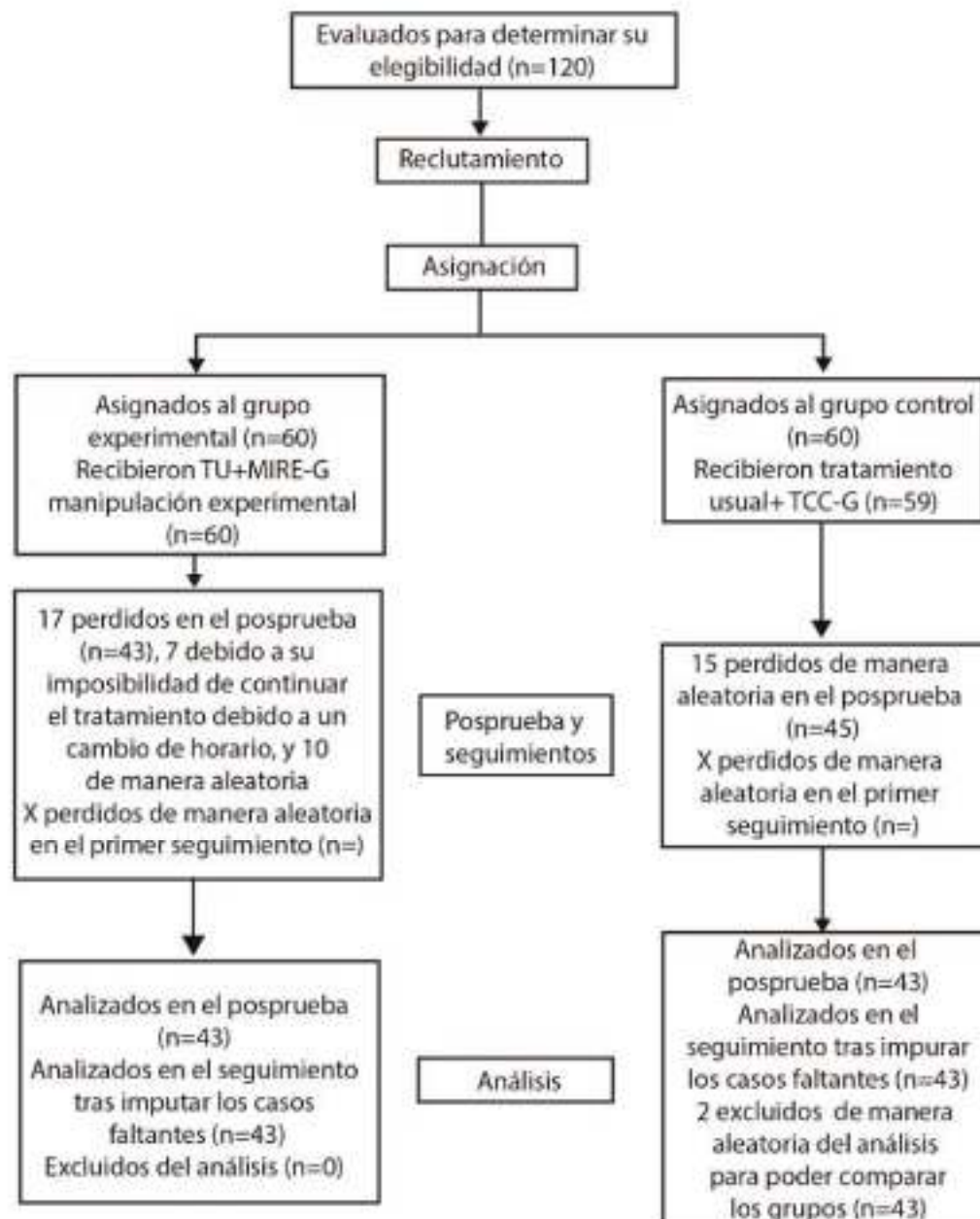


Figura 9-1. Flujo de los participantes a lo largo del estudio.

Participaron 69 mujeres y 19 hombres con un rango de edad entre los 20 y 54 años de edad. 2 de los participantes con un nivel máximo de estudios de primaria, 12 con un nivel máximo de estudios de secundaria, 46 con educación de bachillerato y 28 con educación superior.

Los participantes formaron parte del estudio como voluntarios y firmaron una carta de consentimiento informado donde se explicó la naturaleza y duración del mismo, datos sobre su efectividad y su expresión de conformidad para asistir a la totalidad de sesiones de tratamiento y sesiones de seguimiento. Se aseguró la confidencialidad de los participantes y la seguridad del tratamiento. Cada condición de tratamiento se conformó de dos grupos.

Se llevó a cabo un procedimiento de enmascaramiento donde los terapeutas participantes sabían que atenderían grupos de trastornos afectivos mixtos aunque desconocían sus diagnósticos. Por su parte, quienes participaron como pacientes sabían que recibirían ocho sesiones de terapia cognitivo conductual, aunque desconocían las características específicas de los tratamientos (las descripciones de los tratamientos se muestran en el cuadro 9-1). El autor del estudio no tomó parte de la captura de los datos recopilados, éstos fueron capturados por un asistente de investigación del instituto donde se llevaron a cabo los tratamientos.

Cuadro 9-1. Características generales de las intervenciones experimentales		
MIRE-G		TCGt
	Técnicas principales	
Sesión 1	Educación sobre las emociones Monitoreo de estrategias de regulación emocional inefectivas	Educación sobre las emociones Monitoreo de estado de ánimo
Sesión 2	Desesperanza creativa Activación conductual	Respiración diafragmática Relajación muscular progresiva
Sesión 3	Mindfulness Aceptación radical	Educación en el modelo cognitivo Registro de pensamientos negativos
Sesión 4	Acción opuesta Identificación de valores	Identificación de distorsiones cognitivas
Sesión 5	Desliteralización cognitiva	Debate empírico de pensamientos distorsionados

Sesión 6	Posposición de la rumiación y la preocupación	Identificación de creencias nucleares Experimentos conductuales
Sesión 7	Comunicación asertiva Resolución de conflictos	Solución de problemas
Sesión 8	Prevención de recaídas	Prevención de recaídas
	Técnicas interpersonales	
Todas las sesiones	Cinco reglas de psicoterapia analítica funcional Estrategias dialécticas Validación	Ninguna especificada

Los resultados del estudio se obtuvieron a partir de la aplicación de tres escalas de evaluación que fueron dadas a los participantes al ingresar a las sesiones de tratamiento, al finalizarlo y al iniciar cada sesión de seguimiento. En éstas se les dio un bolígrafo para contestarlas mientras el monitor del grupo explicaba el método de aplicación que consistió en que los participantes contestaran las preguntas después de que éste hubiera explicado las instrucciones y atendido dudas sobre el procedimiento; para finalizar, el monitor leyó cada uno de los reactivos de las pruebas y sus opciones de respuesta

mientras los participantes respondían. Las escalas del estudio fueron: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Robles, Varela, Jurado & Paez, 2001); Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E; Marín Tejeda et al. 2012); y el Cuestionario de Aceptación Acción-II (AAQ-II; Patrón, 2010).

Respecto al diseño de la investigación, se trató de un estudio experimental de dos momentos, de tipo preprueba y cuatro posprueba aplicados de manera longitudinal (una semana después, a los 3, 6 y 9 meses de finalizado el tratamiento), con un grupo experimental y un grupo control (en el cuadro 9-2 se muestran los controles del diseño).

Para contestar a las preguntas de investigación del presente estudio, se realizaron dos análisis estadísticos. Un análisis de varianza donde se compararon las puntuaciones de la preprueba, posprueba y primer seguimiento en las puntuaciones medias del BAI, AAQ-II, y de la puntuación total y cada uno de los factores del DERS-E. Además de un análisis de varianza de medidas repetidas donde se compararon las puntuaciones del grupo control a lo largo de cada una de las sesiones del MIRE-G y en sus seguimientos. En un origen, los niveles de confianza se establecieron al 95%, pero al notar las diferencias se decidió considerarlos al 99%. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 19.

Cuadro 9-2. Controles del diseño – validez interna	
Amenazas	Estrategias de control
Precedencia temporal	Criterios de inclusión: adultos entre los 21 y 60 años, sexo indistinto, con diagnóstico de principal de TAG y 6 meses sin haber recibido un tratamiento psicológico
Selección de la muestra	Selección aleatoria de los participantes a partir de un programa computacional. Los participantes se tomaron de la lista de espera de la clínica de trastornos afectivos de un instituto público de psiquiatría de la Ciudad de México
Historia	Análisis estadístico del impacto de eventos extraños detectados por medio de la aplicación del Cuestionario de Aceptación Acción-II Relativa al programa: estandarización del programa de intervención (se lleva a cabo a partir de formatos prediseñados). Aplicación de las sesiones el mismo día de la semana a la misma hora
Maduración	Selección aleatoria y consideración de la edad y diagnóstico en los criterios de inclusión y exclusión

Regresión a la media	Presencia de los grupos control y experimental
Deserción	Firma de contrato terapéutico Deserción en grupo experimental y control: los usuarios pagaron por sus sesiones de tratamiento Deserción en grupo control: también recibió tratamiento y pagó por sus sesiones de tratamiento
Medida	Los instrumentos utilizados se encuentran validados
Controles del diseño – validez externa	
Características de la muestra	La validez se limita a personas con características similares a las del estudio
Características del entorno	Escenario: salón de usos múltiples de características genéricas Características del terapeuta: en cada réplica del estudio se cambiará al equipo terapéutico. Éstos fueron asignados en forma aleatoria a cada uno de los grupos experimentales.
Efectos de la medida	Controlados por presencia de grupo control y experimental
Controles del diseño – validez de constructo	
Reactividad de los participantes	Controlados por presencia de grupo control y experimental

Definición inadecuada de constructo	Uso de definiciones aceptadas en consenso por diferentes expertos
Difusión	Se contemplaron tres réplicas del estudio para juntar la muestra propuesta
Controles del diseño – validez de conclusión estadística	
Poco poder estadístico	Tamaño de la muestra: el estudio contó de tres momentos, en cada uno participaron 18 sujetos en grupo control y 18 en experimental. Al finalizar el estudio se contó con 43 sujetos en el grupo experimental y 45 en el control
Heterogeneidad de los sujetos	Criterio de exclusión: otros trastorno del eje 1 como trastorno principal. Dependencia a sustancias (abusos se aceptan). Esquizofrenia. Trastorno Bipolar. Trastornos de ideas delirantes. Psicosis aguda. No contar con red de apoyo ni poder trasladarse a la unidad. Trastornos de la conducta alimentaria y orgánicos.
Medidas poco confiables	Aplicación estandarizada de los instrumentos de evaluación

Poca confiabilidad en la aplicación del tratamiento	Participación de terapeutas capacitados Uso de chequeos de control sobre la estructura de las sesiones y correcta aplicación de las estrategias La aplicación del tratamiento está estandarizada
--	--

9.2 RESULTADOS

Al correr la prueba de Levene para evaluar la igualdad de medias de los grupos en la preprueba, se encontró una $F=2.53$ y una $p=.120$ en las puntuaciones del BAI, una $F=.643$ y una $p=.425$ en las puntuaciones del AAQ-II, y una $F=.140$ y una $p=.709$ en las puntuaciones de la DERS-E. En todos los casos se cumplió el supuesto de homocedasticidad y por lo tanto se procedió a realizar un análisis de varianza (ANOVA) con un nivel de confianza del 99% para identificar diferencias entre los grupos respecto a las puntuaciones totales de las escalas utilizadas.

El cuadro 9-3 muestra las diferencias entre las puntuaciones de los grupos en la preprueba, posprueba y primer seguimiento.

Cuadro 9-3. Diferencias en las medias de las puntuaciones de ansiedad, evitación experiencial y desregulación emocional entre el grupo experimental y el grupo control antes, después y 3 meses después de recibir los tratamientos correspondientes

	Grupo TCC-G		Grupo MIRE-G			
	M	DE	M	DE	p	F
Ansiedad						
Preprueba	45.06	11.56	51.81	13.70	.014	6.25
Posprueba	36.77	10.49	34.76	8.05	.318	1.00
Seguimiento ¹	37.95	5.89	33.90	8.51	.01**	6.75
Evitación experiencial						
Preprueba	45.91	3.1	45.55	13.04	.900	.016
Posprueba	39.93	10.67	25.90	7.61	.000**	39.77
Seguimiento ¹	43.63	10.97	28.68	6.87	.000**	85.90

Desregulación emocional						
Preprueba	76.97	20.22	76.34	18.40	.879	0.23
Posprueba	65.95	15.13	47.20	9.30	.000**	36.43
Seguimiento 1	63.17	8.94	48.06	7.54	.000**	50.58
Las puntuaciones de ansiedad se obtuvieron con el Inventario de ansiedad de Beck (BAI). Las puntuaciones de evitación experiencial se obtuvieron con el Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ-II). Las puntuaciones de desregulación emocional se obtuvieron con la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E). **Diferencias estadísticas significativas que consideran $\leq .01$.						

Más adelante se realizó un ANOVA para comparar las puntuaciones medias de los factores de la DERS-E en ambos grupos. El cuadro 9-4 muestra los resultados obtenidos:

Cuadro 9-4. Diferencias en los factores de desregulación emocional entre el grupo experimental y el grupo control antes y 3 meses después de recibir los tratamientos correspondientes

	Grupo TCC-G			Grupo MIRE-G			
	M	DE		M	DE	p	F
No aceptación							
Preprueba	30.17	9.57		29.27	10.09	.669	.184
Posprueba	24.15	7.44		16.53	4.14	.000**	28.77
Seguimiento 1	21.76	4.95		16.74	3.64	.000**	26.60
Metas							
Preprueba	19.37	6.24		19.69	5.35	.798	.066
Posprueba	17.42	4.75		12.00	3.13	.000**	34.40
Seguimiento 1	16.50	4.14		12.86	3.42	.000**	19.14
Consciencia							

Preprueba	15.28	4.06		15.44	4.02	.860	.031
Posprueba	14.22	3.51		11.16	2.68	.001**	13.02
Seguimiento 1	13.02	3.16		12.39	3.16	.228	1.47
Claridad							
Preprueba	12.13	3.73		11.93	3.62	.797	.067
Posprueba	9.71	3.17		7.51	1.63	.001**	11.58
Seguimiento 1	9.49	2.07		7.79	2.02	.000**	17.11
Las puntuaciones de desregulación emocional y sus factores se obtuvieron con la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E). **Diferencias estadísticas significativas que consideran $p \leq .01$							

La figura 9-2 muestra las variaciones entre las puntuaciones de los participantes en las escalas a lo largo de las diversas mediciones.

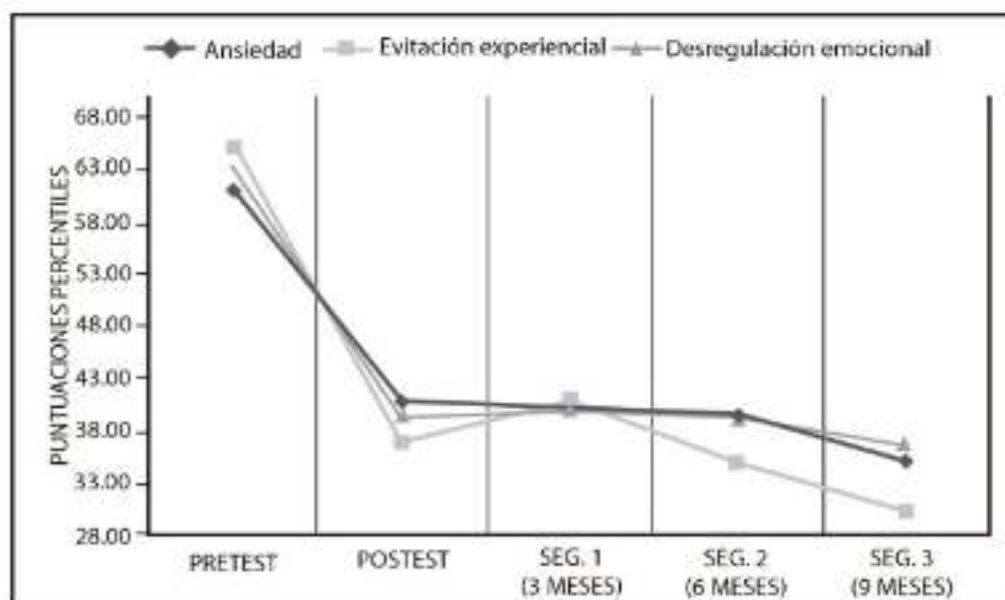


Figura 9-2. Puntuaciones percentiles de ansiedad, desregulación emocional y evitación experiencial del grupo MIRE-G..

La figura anterior muestra un diagrama que ilustra las diferencias en las puntuaciones totales de ansiedad entre los participantes del grupo MIRE-G en la preprueba, posprueba y tres seguimientos.

Las puntuaciones de ansiedad se obtuvieron con el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Preprueba $M=51.81$, posprueba $M=34.76$, seg. 1 $M=33.9$, seg. 2 $M=33.63$, seg. 3 $M=29.92$.

Las puntuaciones de evitación experiencial se obtuvieron con el cuestionario de aceptación acción II (AAQ-II). Preprueba $M=45.55$, posprueba $M=26.9$, seg. 1 $M=28.68$, seg. 2 $M=24.4$, seg. 3 $M=21.3$.

Las puntuaciones de desregulación emocional se obtuvieron con la escala de dificultades de

regulación emocional (DERS-E). Preprueba $M=76.34$, posprueba $M=47.2$, seg. 1 $M=48.06$, seg. 2 $M=47.04$, seg. 3 $M=44.06$.

9.3 DISCUSIÓN

Se aceptó la primera hipótesis de investigación, no se encontraron reducciones estadísticas significativas en las puntuaciones de posprueba de la variable ansiedad en el grupo que recibió el MIRE-G+TU, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G+TU.

También se aceptó la segunda hipótesis pues se encontraron reducciones estadísticas significativas con un nivel de confianza del 99% en las puntuaciones de posprueba de las variables evitación experiencial y desregulación emocional (y sus respectivos factores, a excepción de claridad) en el grupo que recibió el MIRE-G, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G.

Y por último, se aceptó la tercera hipótesis de investigación pues se mantuvieron los cambios producidos por el MIRE-G, en los seguimientos a los 3, 6 y 9 meses.

Estos hallazgos son similares a los encontrados en las investigaciones de Forman y colaboradores(2007), donde se mostró que los tratamientos conductuales orientados a la aceptación tienen efectos similares a los

tratamientos cognitivo conductuales en las variables clínicas (p. ej. depresión o ansiedad), aunque pudieran actuar por mecanismos diferentes. En el caso de la presente investigación, la reducción de la desregulación emocional y la evitación experiencial es mucho mayor en el grupo que recibió el MIRE-G+TU respecto al que recibió la TCC-G+TU, aunque la reducción de la ansiedad es equivalente en ambos grupos.

Lo anterior y la administración contigua de los tratamientos impide suponer que los resultados puedan deberse a la diferencia entre los grupos, variables relacionadas a la historia o a una maduración dispar de los mismos. Por su parte, la tendencia descendente mostrada por los datos obtenidos por la administración longitudinal del AAQ-II impide suponer que la influencia de algún factor histórico explicara la mejora del grupo experimental; sin embargo, es posible que existiera un efecto de interacción entre la administración del instrumento y el tratamiento que explicara el tamaño del efecto mostrado; aun así, el grupo TCC-G también incorporó medidas longitudinales que pudieran contrarrestar este efecto. También puede suponerse que el deseo de los terapeutas del MIRE-G por participar del mismo, y el entrenamiento adicional recibido resultarían en diferencias entre los administradores de los tratamientos que influyeran en los resultados mostrados, una

diferencia no contemplada en la escala de adherencia y competencia (DUACRS-R) utilizada para evaluar la integridad de la aplicación de los tratamientos.

Se asume que la influencia de las amenazas detectadas respecto a la validez interna del estudio (interacción de instrumentos y tratamiento, y diferencias entre los administradores de los tratamientos) y, por lo tanto, que no invalidan las afirmaciones realizadas respecto a las hipótesis de investigación.

Respecto a la validez externa de la investigación, se considera que el hecho de que los participantes hayan pagado sus sesiones de tratamiento recrea una condición usual en los escenarios de atención psicológica pública y privada, esto favorece la adherencia al tratamiento y el aprovechamiento del mismo por el esfuerzo que conlleva pagar por éste; no se introdujeron motivadores artificiales como el pago de incentivos por participar del tratamiento o por asistencia a las sesiones. Sin embargo, que existe una seria amenaza a la validez debida a la especificidad de las características de la muestra ya que si bien el nivel educativo de los participantes del estudio puede ser representativo de las instituciones de donde se obtuvo la muestra, estas características difieren de la educación básica que tiene la mayoría de los usuarios de los servicios de salud mental de otras instituciones.

Estos resultados deberían de considerarse exclusivos para pacientes con dichas características educativas y no generalizarse a personas que difieran en alguna de éstas. Por su parte, las comorbilidades presentadas por los participantes del estudio son características de las mostradas por la población clínica general, lo que representa una ventaja respecto a los diseños que tienen criterios de inclusión y exclusión más estrictos.

Por último, la TCC-G utilizada como grupo control es más breve que los tratamientos usuales descritos en la literatura clínica (ocho sesiones en comparación a las 12 a 20 sesiones usuales). Por lo anterior, los resultados de este estudio permiten concluir que el MIRE-G mostró eficacia para la reducción de la ansiedad, desregulación emocional y grupo experimental en comparación a “un grupo control que recibió un TCC-G”, lo que no permite afirmar que el MIRE-G mostró mayor efectividad que un TCC-G de efectividad comprobada.

Respecto a las implicaciones clínicas (tecnológicas) del estudio, se cree que aporta evidencias empíricas sobre la factibilidad de ofrecer intervenciones estructuradas únicas a grupos heterogéneos respecto a su edad, educación y padecimientos afectivos. Lo que puede ayudar a economizar recursos económicos, humanos y temporales para las instituciones que

buscan ofrecer intervenciones breves y de amplio espectro para trastornos afectivos mixtos.

Se deben considerar los siguientes puntos:

- a) El MIRE-G no incluyó estrategias dirigidas en específico para el tratamiento de la ansiedad generalizada, y que dicho problema no fue mencionado ni evaluado de manera directa durante el tratamiento pues éste se concentró en intervenir procesos de valor transdiagnóstico. Aun así la disminución de las puntuaciones de esta variable fue significativa.
- b) A pesar de que todos los participantes tuvieron diagnóstico de TAG, los trastornos en comorbilidad fueron diversos y, en la mayoría de los casos, tuvieron más de un trastorno en comorbilidad, lo que no impidió que la ansiedad, evitación experiencial y desregulación emocional disminuyeran en la posprueba y que los cambios se mantuvieran en los seguimientos.
- c) El MIRE-G representa un tratamiento costo muy económico por su formato grupal y su duración.

Respecto a las implicaciones teóricas del estudio, se asume que el estudio es congruente con la literatura revisada respecto al valor transdiagnóstico de las estrategias de regulación emocional inefectivas y la utilidad

de las tácticas de intervención consideradas en el MIRE-G para corregir su uso.

En el futuro, será importante realizar estudios similares al presente para evaluar la replicabilidad de los resultados obtenidos en esta investigación, en ese caso será importante incorporar escalas que evalúen diversas variables clínicas como depresión, ajuste social o calidad de vida, de esa forma se puede obtener mayor información sobre la amplitud de los beneficios de este tratamiento. También se sugiere comparar la eficacia de tratamientos de regulación emocional o que ataquen procesos de valor transdiagnóstico con tratamientos sustentados de manera empírica con la finalidad de obtener mayor información sobre sus beneficios y si representan o no, una alternativa tan buena o mejor que los tratamientos recomendados en la actualidad.

Por último, se sugieren investigaciones donde se evalúen directamente los impactos de este tipo de tratamientos sobre los mecanismos de cambio propuestos, por ejemplo, mediante la aplicación de escalas como el inventario de 5 facetas del mindfulness (Baer et al. 2006), el cuestionario de creencia metacognitivas (Wells & Cartwright-Hatton, 2004), o el Inventario de preocupación de Pensilvania (Nuevo, Montorio & Ruiz, 2002), y donde se realicen análisis de regresión que evalúen si la modificación de estas variables

explica en alguna medida los cambios en las variables clínicas medidas.

Los lectores notarán que en los capítulos anteriores del presente escrito, no se presenta el modelo de tratamiento manualizado del estudio citado, la razón es que tienen como objetivo proporcionar directrices que auxilien a los clínicos a incorporar estrategias de regulación emocional transdiagnósticas de efectividad comprobada a su práctica clínica y no presentar un modelo de intervención diseñado a priori que corra el riesgo de ser insensible a las necesidades particulares de los consultantes que se presentan a las oficinas de los psicoterapeutas; Sin embargo, en el apéndice se encontrará el manual que se utilizó para el mismo, éste puede ser tomado como guía de tratamiento grupal o individual y dividirse o aumentarse en función de las necesidades del terapeuta y consultante. Se anima a los lectores a documentar la eficacia de sus intervenciones, adaptarlas y mejorarlas según sus necesidades y las de sus consultantes.

Referencias

- Addis, M. & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 313-326.
- Alford, B. A. & Beck, A. T. (1994). Cognitive therapy of delusional beliefs. *Behavioral Research and Therapy*, 32(3), 369-380.
- Allen, L. B. & Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 33, 185-192
- Annis, H. M., Schober, R. & Kelly, E. (1996). Matching addiction outpatient counseling to client readiness for change: The role of structured relapse prevention counseling. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4(1), 37-45.
- Austin, J. T. & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin* 120, 338-375.
- Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to Acceptance and Commitment Therapy 333 prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Baer, R. A., Fischer, S. & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 281-299.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney,

- L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^a ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., Boisseau, C. L., Ehrenreich, J. T., Ellard, K. K., Farchione, T., y cols. (2008). *Unified protocol for treatment of emotional disorders: Modular version 2.0*. Manuscrito no publicado, Universidad de Boston.
- Barlow, D. H., Allen, L., & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barnard, P. J., & Teasdale, J. D. (1991 o 2000). Interacting cognitive subsystems: A systematic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5, 1-39.
- Baron-Cohen, S. (1991, 2009). The development of a theory of mind in autism: Deviance and delay? *Psychiatric Clinics of North America*, 14(1), 33-51.
- Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 28-58.
- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 20-46.
- Baumeister, R. F., Schmeichel, B. J., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation and the executive function: The self as controlling agent. En A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (2a ed., pp. 516-539). Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*.

- Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (Comps.). (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Beyebach, M., Morejon, A. R., Palenzuela, D. L., & Rodríguez-Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. En S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 299-334). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bloch, L., Moran, E. K., & Kring, A. M. (2010). On the Need for Conceptual and Definitional Clarity in Emotion Regulation Research and Psychopathology. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). Nueva York: The Guilford Press.
- Bohart, A., & Greenberg, L. (Eds.). (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical Behavioral Therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5-33). Sussex, Reino Unido: Wiley.
- Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on

- cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research Therapy*, 28 (1), 69-73./p>
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). Nueva York: Guilford Press.
- Bower, G.H. & Cohen, P.R. (1982). Emotional influences on memory and thinking: Data and theory. En S. Fiske & M. Clark (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Bower, G.H. & Forgas, J.P. (2000). Affect, memory, and social cognition. En E. Eich, J.F. Kihlstrom, G.H. Bower, J.P. Forgas & P.M. Niedenthal (Eds.), *Cognition and emotion*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Brunswig, K. A., Sbraga, T. P. & Harris, C. D. (2003). Relapse Prevention. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 321-329). Nueva Jersey: Wiley.
- Burns, D. D. & Auerbach, A. H. (1992). Does homework compliance enhance recovery from depression? *Psychiatric Annals*, 22(9), 464-469.
- Burns, D. D. & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 305-311.
- Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame?: Catharsis, rumination, distraction, anger, and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(6), 724-731.
- Butler, E. A. & Gross, J. J. (2004). Hiding feelings in social contexts: Out of sight is not out of mind. En P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 101-126). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Campbell-Sills, L. & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.),

- Handbook of emotion regulation (pp. 542-559). Nueva York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251-1263.
- Campos, J. J., Frankel, C. B. & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377-394.
- Carey, T. A. (2011). Exposure and reorganization: the what and how off effective psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 31, 236-248.
- Carr, A. (1997). Positive practice in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(3), 271-293.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). On the self-regulation of behavior. Nueva York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2000). Scaling back goals and recalibration of the affect system are processes in normal adaptive self-regulation: Understanding "response shift" phenomena. *Social Science and Medicine*, 50, 1715-1722.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Christensen, A. & Jacobson N. (2000). *Reconcilable differences*. Nueva York: Guilford Press.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective of social phobia. En W. R. Crozier & L. E. Alden (Comps.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). Nueva York: Guilford Press.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and carácter. *Archives of General Psychiatry*. 42, 1029-1033
- Clore, G. L. (1994). Why emotions are felt. En P. Ekman & R. J.

- Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 103-111). Nueva York: Oxford University Press.
- Costa, P. T. & Widiger, T. A. (dirs.) (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washinfon, D.C.:American Psychological Association.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Workbook* (2a ed.). Oxford, RU: Oxford University Press.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Cunningham, C., Davis, J. R., Bremner, R., & Dunn, K. W. (1993). Coping modeling problem solving versus mastery modeling: Effects on adherence, in-session process, and skill acquisition in a residential parent-training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 871-877.
- Dahl, J., Wilson, K. G. & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785-802.
- Dalrymple, K. L. & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543-568.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error*. Nueva York: Putnam.
- Davey , G. C. L. & Wells, A. (2006). *Worry and its Psychological Disorders: Theory Assesment and Treatment*. San Francisco. Wiley.
- Davidson, J. R., Krishnan, K. R., Charles, H. C., Boyko, O., Potts, N. L., Ford, S. M., & cols. (1993). Magnetic resonance spectroscopy in social phobia: Preliminary findings. *Journal Clinical Psychiatry*, 54(Suppl.), 19-25.
- Davidson, R. J. (2000). The functional neuroanatomy of affective style. En R. D. L. L. Nadel (Ed.), *Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 371-388). Nueva York: Oxford University Press.
- Edelmann, R. J. & Iwawaki, S. (1987). Self-reported expression

- and consequences of embarrassment in the United Kingdom and Japan. *Psychologia*, 30(4), 205-216.
- Ehlers, C. L., Frank, E. & Kupfer, D. J. (1988). Social zeitgebers and biological rhythms: A unified approach to understanding the etiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 45, 948-952.
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 287-306). Nueva York: Guilford Press.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, 169-200.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. En T. Dalgleish & M.J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face: Guidelines for research and an integration of findings*. Oxford, Reino Unido: Pergamon Press.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). Nueva York: The Guilford Press.
- Feil, N. (1992). *Validation: The Feil method*. Ohio: Edward Feil.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Feske, U. & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695-720.
- Finzi, E., & Wasserman, E. (2006). Treatment of depression with botulinum toxin A: A case series. <http://www.botoxfordepression.com/wp-content/uploads/2014/03/BotoxDepressionPilotStudyMay2006.pdf>
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821-829.

- Fisher, P. L. & Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Hembree, E. & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences [therapist guide]*. Nueva York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Huppert, J. D. & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. En B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). Nueva York: Guilford Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996, 2007). *Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic*
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31, 772-799.
- Forsyth, J. P., Fusé, T. (2003). *Interoceptive Exposure for Panic Disorder*. En W. O'Donohue, J. E. Fisher, S. C. Hayes (eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Nueva Jersey: John Wiley and Sons.
- Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A. & Patridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-17). Nueva York: Guilford Press.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Frijda, N.H. (Ed.). (1993). *Appraisal and beyond: The issue of cognitive determinants of emotion*.
- Fruzzetti, A. & Fruzzetti, A. E. (2003). *Dialectics and Cognitive Behavior Therapy*. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 121-

- 128). Nueva Jersey: Wiley.
- Fruzzetti, A. E. & Fruzzetti, A. R. (2003). Borderline personality disorder: Dialectical Behavior Therapy with couples. En D. K. Snyder & M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 235-260). Nueva York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E. & Levensky, E. R. (2000). Dialectical Behavior Therapy for domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 435-447.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., Mosco, E. & Lowry, K (2003). Emotion Regulation. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 152-159). Nueva Jersey: Wiley.
- Gard, D. E., Kring, A. M., Gard, M. G., Horan, W. P., & Green, M. F. (2007). Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 93(1-3), 253-260.
- Gaus, V. L. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for adult Asperger syndrome*. Nueva York: Guilford Press.
- Geiser, D. S. (1992). *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. Unpublished dissertation, University of Nevada, Reno.
- Germer, C.K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R.D. Siegel & P.R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27). Nueva York: Guilford Press.
- Gigerenzer, G. (2007). *Gut feelings: The intelligence of the unconscious*. Nueva York: Viking.
- Gigerenzer, G., Hoffrage, U. & Goldstein, D. G. (2008). Fast and frugal heuristics are plausible models of cognition: Reply to Dougherty, Franco-Watkins, and Thomas (2008). *Psychological Review*, 115(1), 230-239.
- Gilbert, P. (2007). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. En P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral*

- psychotherapies (pp. 106–142). Nueva York: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable.
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland CA: New Harbinger.
- Gilbert, P., & Andrews, B. (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. Nueva York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gladwell, M. (2006, May 22). What the dog saw. *The New Yorker*, pp. 48–57.
- Goisman, R. M. (1985). The psychodynamics of prescribing in behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 675–679.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377–384.
- Gray, J. A. (1973). Causal theories of personality and how to test them. In J. R. Royce (Ed.), *Contributions of multivariate analysis to psychological theory* (pp. 409–463). Nueva York: Academic Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1990). *Emotion in psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Grewal, D., Brackett, M. & Salovey, P. (2006). Emotional intelligence and the self-regulation of affect. En D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 37–55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.

- Gross, J. J. (2002,2005). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Nueva York: Guilford Press.
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108, 814-834.
- Hansen, D. J. & MacMillan, V. M. (1990). Behavioral assessment of child-abuse and neglectful families: Recent developments and current issues. *Behavior Modification*, 14(3), 255-278.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R., (2004). *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*, Nueva York: Oxford.
- Hayes, C. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, T. R. Sarbin & H. W. Reese (eds.), *The varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno: Context Press.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.

- Hayes, S. C. & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *Behavior Analyst*, 17, 289-303.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V. & Wilson, K. G. (2001). Derived relational responding as learned behavior, En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Comps.), *Relational frame theory, a post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C. & Spencer, S. (2005), *Get Out of Your Mind & Into Your Life*, Oakland: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999), *Acceptance and Commitment Therapy, an Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012, 2003), *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2a ed). Nueva York: Guilford
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Herzberg, A. (1941). Short treatment of neuroses by graduated

- tasks. *British Journal of Medical Psychology*, 9, 19-36.
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280-1300.
- Hoffman, S. G., Grossman, P. & Winton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for Psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31, 1126-1132.
- Hofmann, S. G., Gerlach, A. L., Wender, A. & Roth, W. T. (1997). Speech disturbances and gaze behavior during public speaking in subtypes of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 573-585.
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. En P. C. Kendall & S. D. Barlow (Eds.), *Cognitive-behavioral intervention: Theory, research, and procedures* (pp. 153-203). Nueva York: Academic Press.
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428-466). Nueva York: Wiley.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 361-384.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W. & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- Ilardi, S. S. & Craighead, W. E. (1994). The role of non-specific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 1, 138-156.
- Jacobson, N. S. & Gortner, E. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century? Scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- Johnson, S. L., Carver, Ch. S. & Fulford, D. (2010). Goal

- Dysregulation in the Affective Disorders. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 204-228). Nueva York: The Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-190.
- Kanter, J. K., Busch, A. M. & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral Activation: Distinctive Features*. Nueva York: Routledge.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Keane, T.M., Zimmering, R.T. & Caddell, R.T. (1985). A behavioural formulation of PTSD in Vietnam veterans. *Behaviour Therapist*, 8, 9-12.
- Keltner, D., & Gross, J. J. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, 13, 467-480.
- Keltner, D., Horberg, E. J., & Oveis, C. (2006). Emotions as moral intuitions. In J. P. Forgas (Ed.), *Affect in social thinking and behavior* (pp. 161-175). Nueva York: Psychology Press.
- Koerner, K. & Linehan, M. M. (2003). Validation Principles and Strategies. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 456-462). Nueva Jersey: Wiley.
- Koerner, K. & Dimeff, L. (2000). Further data on dialectical behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 104-112.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991, 1994). Functional analytic

- psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships. Nueva York: Plenum Press.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Kanter, J. W. & Parker, Ch. R. (2009). Self and mindfulness. En M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follete & G. M. Callaghan (eds), *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage Love, and behaviorism* (pp. 131-144). Nueva York: Springer.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23, 4-41.
- Koole, S. L., Van Dillen, L. F. & Shepes, G. (2011). The Self Regulation of Emotion. En K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Comps.) *Handbook of Self Regulation: Research, Theory and Applications*, 2a ed. (pp. 22-40). Nueva York: The Guilford Press.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., González, A. M., Morse, J. Q. et al., (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. En P. Philippot & R. S. Feldman (Comps.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Hove, RU: Psychology Press.
- Kring, A. M., & Bachorowski, J. (1993, 1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13, 575-599.
- Kring, A. M., Persons, J. B. & Thomas, C. (2007). Changes in affect during treatment for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1753-1764.
- Lang, P. J. (1979, 1998). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lang, P. J. (1987). Fear and anxiety: Cognition, memory and behavior. En D. Magnusson & A. Ohman (Eds.), *Psychopathology* (pp. 148-162). Nueva York: Academic Press.
- Laws, D. R. (1995). A theory of relapse prevention. En W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 445-474). Washington, DC: American Psychological Association.

- Laws, D. R., Hudson, S. M., & Ward, T. (Eds.). (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*, Madrid: Martínez Roca
- Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relationship between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Leahy, R. L. (2005). *The worry cure: Seven steps to stop worry from stopping you*. Nueva York: Harmony Books.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional Schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 36-45
- Leahy, R. L. (2012). Emotional Schemas, Emotion Regulation, and Psychopathology. *International Journal of Cognitive therapy*, 5(4), 359-361
- Leahy, R. L. Tirsch D. & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: a Practitioners Guide*. Nueva York: The Guilford Press
- Leary, M. R., Kowalski, R. M. & Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*, 22(3), 308-321.
- Leung, A. W., & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive behavioral treatment of social phobia.
- Levenson, R. W. (1994). Human emotion: A functional view. En P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 123-126). Nueva York: Oxford University Press.
- Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 481-504.
- Levenson, R. W., Ekman, P. & Friesen, W. V. (1990). Voluntary facial action generates emotion.

- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. M. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M. & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A. & Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of depression. En P. O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91-146). Nueva York: Brunner/ Mazel.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H. & Hautzinger, M. (1998). Behavioral treatment of unipolar depression. En V. E. Caballo (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders*. Oxford: Pergamon/Elsevier Science.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. En A. Bohart & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353- 392). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Linehan, M. M. & Dimidjian, S (2003). Mindfulness Practice. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 229-237). Nueva Jersey: Wiley.
- Linehan, M. M. & Korslund, K. E. (2004). Application of dialectical behavior therapy for the suicidal "butterfly". Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Linehan, M. M. (2003), *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*, Barcelona, Paidós.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Kanter, J. W. & Comtois, K. A. (1999).

- Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Efficacy, specificity, and cost-effectiveness. En D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy: Indications and outcomes* (pp. 93-118). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Luciano, C. (Ed.) (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el trastorno de evitación experiencial: Un síntesis de casos clínicos*. Valencia: Promolibro.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT, an acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. (2003). Cognitive Defusion. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 456-462). Nueva Jersey: Wiley.
- MacLeod, C., & Rutherford, E. (2004). Information-processing approaches: Assessing the selective functioning of attention, interpretation, and retrieval. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 109-142). Nueva York: Guilford.
- Marín Tejeda, M., Robles García, R., González-Forteza, C. & Andrade Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional en Español (DERS-E). *Salud Mental*, 35, 521-526
- Marks, I. & Dar, R. (2000). Fear reduction for psychotherapies. Recent findings, features directions. *British Journal of Psychiatry*, 176, 507-5011
- Marlatt, G. A. & Kristeller, J. A. (1998). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality in treatment: Resources for practitioners* (pp. 67-84). Washington, DC: APA Books.
- Martell, C. R. (2003). Behavioral Activation Treatment for Depression. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 28-32). Nueva Jersey: Wiley.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., Herman-Dunn, R. (2010), *Behavioral Activation for Depression, a Clinician's Guide*,

Nueva York: Guilford

- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds?: Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), 175-190.
- Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence* (2nd ed., pp. 396-420). Nueva York: Cambridge University Press.
- McKay, M., Wood, J. y Brantley, J. (2007), *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook: Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation, & Distress Tolerance*, Oakland, New Harbinger Publications, Inc.
- Mennin, D. S. & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 339-352
- Mennin, D. S. & Fresco, D. M. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). Nueva York: The Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M. & Turk, C. L. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Metzger, R.L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M. & Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 78-88
- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L. & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by adolescents receiving Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 183-187.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Mineka, S. & Sutton, S. K. (1992). Cognitive biases and the

- emotional disorders. *Psychological Science*, 3(1), 65-69.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., & cols. (2005). Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1007-1014.
- Morrow, J., & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(3), 519-527.
- Nelson, H. E. (1997). *Cognitive behavioural therapy with schizophrenia: A practice manual*. Cheltenham, England: Stanley Thorne.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J. & Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 135-147
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2003). Problem Solving-Therapy. En W. O'Donohue, J. E., Fisher & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 301-307). Nueva Jersey: Wiley.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S. & Houts, P. S. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nuevo, R., Montorio, I. & Ruiz, M.A. (2002). Aplicabilidad del inventario de preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172.
- Oatley, K. & Johnson-Laird, P.N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*, 1, 29-50.
- Ohman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108, 483-522.

- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación Psicológica*, 15(1), 5-19
- Persons, J. B. (2008). *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy (Guides to Individualized Evidence-Based Treatment)*, Nueva York, Guilford Press
- Persons, J. B. & Miranda, J. (1991, 1992). Treating dysfunctional beliefs: Implications of the mood-state hypothesis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 15-25.
- Persons, J. B., Burns, D. D. & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 557-575.
- Pervin, L. A. (1989). *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 47-51.
- Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756.
- Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146-157.
- Reyes, M. A. (2010). Programa Grupal-Individual de Aceptación y Desarrollo de Habilidades para Pacientes con Desregulación Emocional y Conducta Suicida. Entrenamiento llevado a cabo en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, Jalisco, México.
- Reyes, M. A. (2011a). Actuar junto a la ansiedad, no contra ella. Conferencia llevada a cabo en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México D.F.
- Reyes, M. A. (2011b). Terapia cognitivo conductual integrativa

para la depresión. Conferencia llevada a cabo en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México, D.F.

- Reyes, M. A. (2012). Procesos Psicológicos Básicos en Terapia Cognitivo Conductual: Una Guía para la Conceptualización de Caso y Diseño de Plan de Tratamiento. Manuscrito en preparación.
- Reyes, M. A. Ramírez, A., & Ascencio, M. (2011). Assessing the Effectiveness of an ACT based program on a mexican psychiatric inpatients group. En M. A. Reyes. Ortega. (presidente), *The utility of ACT, Behavior regulation in parents, adolescents an inpatients populations*. Simposio llevado a cabo en el IX Congreso Mundial de la Association for Contextual Behavioral Science's World Conference IX, Parma, Italia.
- Reyes, M. A., Heman, A. (2012). Características de un Modelo Clínico Transdiagnóstico de Regulación Emocional aplicado a un caso de Trastorno por Atracón. *Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa*, 5, 44-59.
- Riskind, J. H. & Kleinman, E. M. (2012). Looming Cognitive Style, Emotion Schemas, and Fears of Loss of Emotional Control: Two Studies. *International Journal of Cognitive therapy*, 5(4), 392-405
- Robinson, P. (2003). Homework in Cognitive Behavior Therapy. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 202-211). Nueva Jersey: Wiley.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2009, 2008), *Mindfulness and acceptance based behavioral therapies in practice* (Guides to individualized evidence-based treatment). Nueva York: The Guilford Press.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. En S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213-240). Nueva York: Springer.

- Rosenberg, E. L. (1998). Levels of analysis and the organization of affect. *Review of General Psychology*, 2, 247-270.
- Roth, D. A., Foa, E. B., Franklin, M. E. (2003). Response Prevention. En W. O'Donohue, J. E. Fisher, S. C. Hayes (eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Nueva Jersey: John Wiley and Sons.
- Rothbart, M. K. & Sheese, B. E. (2007). Temperament and emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 331-350). Nueva York: Guilford Press.
- Rygh, J. L. & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques*. Nueva York: Guilford Press.
- Safer, D. L., Telch, C. F. & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634.
- Samoilov, A. & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 373-385.
- Scherer, K.R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. En K.R. Scherer & P. Ekman (Ed.), *Approaches to emotion*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Schmid, S. P., Freid, C. M., Hollon, S. D. & DeRubeis, R. J. (2002). Negative affect, positive affect, and autonomic arousal over the course of treatment of major depression. Paper presented at the anual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R. & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749-755.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.
- Shelton, J. L. & Levy, R. L. (1981). Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies.

Champaign, IL: Research Press.

- Silberstein, L. R., Tirch, D., Leahy, R. L. & McGinn, L. (2012). Mindfulness, Psychological Flexibility and Emotional Schemas. *International Journal of Cognitive therapy*, 5(4), 406-419
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Nueva York: Knopf.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., & Epstein, E. M. (2005). Further examination of the exposure model underlying the efficacy of written emotional disclosure. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73, 549-554.
- Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: The role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(2), 107-121.
- Swan, W. B. (1997). The trouble with change: Self verification and allegiance to the self. *Psychological Science*, 8, 177-180.
- Syzdeck, M. R., Addis, M. E. & Martell C. R. (2010). Working with Emotion and Emotion Regulation in Behavioral Activation Treatment for Depressed Mood. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). Nueva York: The Guilford Press.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 141, 725-732.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Telch, C. F., Agras, W. S. & Linehan, M. M. (2000). Group Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31, 569-582.
- Tomarken, A. J., Dichter, G., Freid, C., Addington, S. & Shelton, R. C. (2004). Assessing the effects of bupropion SR on mood dimensions of depression. *Journal of Affective*

Disorders, 78, 235-241.

- Tull, M. T. (2006). Extending an anxiety sensitivity model of uncued panic attack frequency and symptom severity: The role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2), 177-184.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89-106.
- Valdivia-Salas, S., Sheppard, & Forssyth, F. J. (2010). Acceptance and Commitment Therapy in an Emotion Regulation Context. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychotherapy: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 310-338). Nueva York: The Guilford Press.
- Vassilopoulos, S. P. (2008). Social anxiety and ruminative self-focus. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 860-867.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T. & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Wadden, T. A. & Letizia, K. A. (1992). Predictors of attrition and weight loss in patients treated by moderate and severe caloric restriction. En T. A. Wadden & T. B. VanItallie (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 383-410). Nueva York: Guilford Press.
- Waltz, J., Landes, S. J. & Holman, G. I. (2010). Functional Analytic Psychotherapy and Dialectical Behavior Therapy. En Jonathan W, Kanter, Mavis Tsai & Robert, J. Kohlenberg (eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. Nueva York: Springer.
- Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. En P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 75-120). Nueva York: Routledge.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional

- disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-555.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for Generalised Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-96 (Special Issue, Metacognition and Cognitive Behaviour Therapy).
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Wells, A. (2006a). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 337-355
- Wells, A. (2006b). Metacognitive Therapy for Worry and Generalized Anxiety Disorder. En Graham C. L. Davey & Adrian Wells, eds. *Worry and its Psychological Disorders*. Nueva Jersey, Wiley.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive Therapy: A Practical Guide*. Nueva York: Guilford.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Nueva York: Guilford
- Wells, A., & Carter, C. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, Reino Unido: Erlbaum.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attentionfocus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). *Emotion Regulation and*

- Psychopatología: A Conceptual Framework. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). Nueva York: The Guilford Press.
- Williams, J. M., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: Further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 524-529.
- Wilson, G. T., & Vitousek, K. M. (1999, 1996). Self-monitoring in the assessment of eating disorders. *Psychological Assessment*, 11(4), 480-489.
- Wilson, K. G. & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. En S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. En S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, K., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, T. G. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*, 27, 417-439.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.