

# PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

MANUAL DEL **TERAPEUTA** Y MANUAL DEL **PACIENTE**

ALIANZA EDITORIAL



DAVID H. **BARLOW** TODD J. **FARCHIONE**  
CHRISTOPHER P. **FAIRHOLME**  
KRISTEN K. **ELLARD**  
CHRISTINA L. **BOISSEAU** LAURA B. **ALLEN**  
JILL **EHRENREICH-MAY**

**David H. Barlow, Todd J. Farchione,  
Christopher P. Fairholme, Kristen K. Ellard,  
Christina L. Boisseau, Laura B. Allen  
y Jill Ehrenreich-May**

# **Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales**

**Manual del terapeuta  
y Manual del paciente**

**ALIANZA EDITORIAL**

**David H. Barlow, Todd J. Farchione,  
Christopher P. Fairholme, Kristen K. Ellard,  
Christina L. Boisseau, Laura B. Allen  
y Jill Ehrenreich-May**

# **Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales**

**Manual del terapeuta  
y Manual del paciente**

**Traducción de Jorge Osma y Elena Crespo**

**Alianza Editorial**

# Índice

## MANUAL DEL TERAPEUTA

### Acerca de la colección Treatments ThatWork®

### Agradecimientos

### Prólogo a esta edición

## Primera parte. Conocimientos previos para el terapeuta

### 1. Información introductoria para los terapeutas

1. Programa unificado transdiagnóstico para el tratamiento de los trastornos emocionales
2. Eficacia del PU
3. ¿Quiénes se beneficiarán del programa de PU?
4. ¿Y si hay otros problemas emocionales?
5. Evaluación y seguimiento
6. Tratamiento farmacológico
7. ¿Quién debe aplicar el programa?
8. Beneficios del uso del Manual del paciente
9. Manual completo frente a capítulos

### 2. La naturaleza de los trastornos emocionales

1. Etiología
2. El papel de la regulación de las emociones

### 3. Principios básicos y esquema del tratamiento

1. Principios básicos del tratamiento
2. Descripción de los módulos de tratamiento
3. Resumen de las técnicas utilizadas en el tratamiento

### 4. Visión general del formato y del procedimiento a seguir en el tratamiento

1. Presentación del programa al paciente
2. Su papel como terapeuta
3. Estructura de la sesión
4. Tareas para casa y prácticas de la sesión
5. Revisión de las tareas para casa
6. Compromiso del paciente
7. Hacer frente a la ambivalencia y resistencia del paciente
8. Revisión del motivo de consulta del paciente

## Segunda parte. Módulos de tratamiento

### 5. Módulo 1. Mejora de la motivación para un compromiso con el tratamiento

1. Motivación
2. Principios para mejorar la motivación
3. Fases para mejorar la motivación

4. Resumen
5. Casos prácticos
6. Gestión de problemas
7. Tareas para casa

## **6. Módulo 2. Entender las emociones**

1. Psicoeducación. La naturaleza de las emociones
2. Definiciones de emociones y ejemplos de CIE
3. El modelo de los tres componentes de las experiencias emocionales
4. Casos prácticos
5. Gestión de problemas
6. Tareas para casa

## **7. Módulo 2. Reconocimiento y análisis de la respuesta emocional**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Introducir el análisis de las experiencias emocionales. El ARC de las emociones
3. Comprender las emociones y la conducta. Respuestas aprendidas
4. Casos prácticos
5. Gestión de problemas
6. Tareas para casa

## **8. Módulo 3. Entrenamiento en conciencia emocional. Aprendiendo a observar las experiencias**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Introducción a la conciencia emocional centrada en el presente, sin juzgar
3. Demostración de la conciencia centrada en el presente, sin juzgar
4. Casos prácticos
5. Gestión de problemas
6. Tareas para casa

## **9. Módulo 4. La evaluación y reevaluación cognitiva**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Introducción a la evaluación cognitiva
3. Demostración de la evaluación cognitiva. Ejercicio de la imagen ambigua
4. Evaluación automática y errores de pensamiento
5. Reevaluación cognitiva
6. Casos prácticos
7. Gestión de problemas
8. Tareas para casa

## **10. Módulo 5a. Evitación emocional**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Introducción a la evitación emocional
3. Demostración de la evitación emocional
4. Preparando el escenario
5. Casos prácticos
6. Gestión de problemas
7. Tareas para casa

## **11. Módulo 5b. Conductas impulsadas por la emoción**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Reintroducción de las conductas impulsadas por la emoción
3. Contrarrestar los patrones de evitación y las CIE
4. Casos prácticos
5. Gestión de problemas
6. Tareas para casa

## **12. Módulo 6. Conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Sensaciones físicas y respuesta emocional
3. La evitación de las sensaciones físicas
4. Ejercicios de inducción de síntomas
5. Exposiciones repetidas
6. Casos prácticos
7. Gestión de problemas
8. Tareas para casa

## **13. Módulo 7. Exposición emocional interoceptiva y situacional**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Exposición a las emociones
3. Introducción a la exposición a las emociones en sesión
4. Llevar a cabo exposiciones a las emociones en sesión
5. Llevar la exposición a las emociones al mundo real
6. Casos prácticos
7. Gestión de problemas
8. Tareas para casa

## **14. Medicación para ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales asociados**

1. Resumen de la información del capítulo 13 del Manual del paciente
2. Introducción al tema de los fármacos
3. Casos prácticos
4. Gestión de problemas

## **15. Módulo 8. Logros, mantenimiento y prevención de recaídas**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Revisión de las habilidades entrenadas durante el tratamiento
3. Evaluando los progresos
4. Anticipando dificultades futuras
5. Práctica continua
6. Establecimiento de objetivos a largo plazo
7. Finalizando el tratamiento
8. Casos prácticos
9. Gestión de problemas

## **Bibliografía. Manual del terapeuta**

## MANUAL DEL PACIENTE

### **Acerca de la colección Treatments ThatWork®**

#### **1. ¿Qué son los trastornos emocionales?**

1. ¿Qué son los trastornos emocionales?
2. ¿Este tratamiento es el adecuado para mis síntomas?
3. ¿Para qué tipo de trastornos está indicado este programa de tratamiento?
4. ¿Cómo se pueden tratar varios trastornos al mismo tiempo?
5. Resumen

#### **2. ¿Este tratamiento es el adecuado para mí?**

1. Esquema general del programa
2. ¿Puedo llevar a cabo este programa al mismo tiempo que otros tratamientos?
3. ¿Cuáles son los beneficios de este programa?

4. ¿Cuáles son los costes de este programa?

### **3. Aprender a registrar tus experiencias**

1. Conceptos clave
2. ¿Por qué tomarse un tiempo para hacer los registros?
3. ¿Qué debo registrar?
4. Resumen
5. Tareas para casa
6. Autoevaluación

### **4. Motivación para el cambio y establecimiento de objetivos**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Motivación
3. Ejercicio de balance decisional
4. Establecer objetivos alcanzables
5. Resumen
6. Tareas para casa
7. Autoevaluación

### **5. Entender tus emociones**

1. Conceptos clave
2. Revisión de las tareas para casa
3. ¿Por qué nos centramos en las emociones?
4. ¿Por qué tenemos emociones?
5. ¿Qué es una emoción?
6. Resumen
7. Tareas para casa
8. Autoevaluación

### **6. Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Conceptos clave
3. Análisis de las experiencias emocionales: el ARC de las emociones
4. Conductas aprendidas
5. Resumen
6. Tareas para casa
7. Autoevaluación

### **7. Aprender a observar tus emociones y las reacciones a tus emociones**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Conceptos clave
3. ¿Qué queremos decir con conciencia emocional?
4. Conciencia emocional sin juzgar: distinguir las emociones de las reacciones a tus emociones
5. Importancia de vivir en el presente
6. Practicando «vivir en el presente» y la «conciencia sin juzgar»
7. Práctica diaria para centrarse en el presente
8. Resumen
9. Tareas para casa
10. Autoevaluación

### **8. Entender los pensamientos: pensar en lo peor y sobrestimar el riesgo**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Conceptos clave
3. Evaluación cognitiva
4. Evaluaciones o interpretaciones automáticas
5. Errores de pensamiento
6. La reevaluación cognitiva

7. Resumen
8. Tareas para casa
9. Autoevaluación

## **9. Entender las conductas 1: evitar tus emociones**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Conceptos clave
3. Evitación emocional
4. Resumen
5. Tareas para casa
6. Autoevaluación

## **10. Entender las conductas 2: conductas impulsadas por las emociones**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Conceptos clave
3. Conductas Impulsadas por la Emoción (CIE)
4. Contrarrestando los patrones de evitación y las CIE
5. Resumen
6. Tareas para casa
7. Autoevaluación

## **11. Entender y afrontar las sensaciones físicas**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Conceptos clave
3. Comprender las sensaciones físicas
4. Afrontar las sensaciones físicas
5. Registro de inducción de síntomas
6. Afrontar las sensaciones físicas a menudo
7. Resumen
8. Tareas para casa
9. Autoevaluación

## **12. Ponerlo en práctica: afronta tus emociones en las situaciones en que ocurran**

1. Revisión de las tareas para casa
2. Conceptos clave
3. Introducción a la exposición emocional
4. Práctica de exposiciones emocionales
5. Jerarquía de evitación emocional y situacional
6. Aspectos clave a recordar sobre la práctica de la exposición
7. Resumen
8. Tareas para casa
9. Autoevaluación

## **13. Medicación para ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales**

1. Razones para seguir un tratamiento farmacológico cuando se dan trastornos emocionales
2. Diferentes tipos de tratamientos farmacológicos
3. Cómo dejar el tratamiento farmacológico
4. Resumen
5. Tareas para casa
6. Autoevaluación

## **14. Pasos a seguir a partir de ahora: reconocer tus logros y mirar hacia el futuro**

1. Conceptos clave
2. Revisión de las habilidades para manejar las emociones
3. Evaluación de tu progreso
4. Desarrollo de un plan de trabajo
5. Sé tu propio terapeuta

6. Objetivos a largo plazo
7. ¿Cómo mantener el progreso?
8. Anticipación de dificultades y prevención de recaídas
9. Conclusiones finales
10. Autoevaluación

## **Anexo. Respuestas de las autoevaluaciones**

### Créditos

# **MANUAL DEL TERAPEUTA**

## Acerca de la colección *Treatments That Work*<sup>®</sup>

En los últimos años, han tenido lugar importantes avances en la asistencia sanitaria, pero muchas de nuestras intervenciones conductuales y estrategias de salud mental, ampliamente aceptadas, se han cuestionado por la posibilidad de carecer de beneficios e incluso, quizá, por la de ser perjudiciales (Barlow, 2010). Otras intervenciones han demostrado ser eficaces usando los mejores criterios de calidad en la actualidad, resultando ser, grosso modo, las más recomendables para la población (McHugh y Barlow, 2010). Diversos acontecimientos recientes justifican esta revolución. En primer lugar, comprendemos mucho mejor la patología, tanto psicológica como física, lo que nos ha llevado a desarrollar intervenciones más precisas. En segundo lugar, nuestros métodos de investigación se han perfeccionado de forma sustancial, mejorando la validez interna y externa, por lo que los resultados son más directamente aplicables a situaciones clínicas. En tercer lugar, los gobiernos de todo el mundo, los sistemas de salud y los políticos y legisladores han decidido que la calidad de la atención debe mejorar, que debería basarse en la evidencia, y es de interés público garantizar que esto sea así (Barlow, 2004; Institute of Medicine, 2001; McHugh y Barlow, 2010).

Por supuesto, el principal obstáculo con el que se encuentran los clínicos es la accesibilidad a las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia que han sido desarrolladas recientemente. Los talleres y los libros solo dan a conocer a los profesionales las últimas prácticas de salud y su aplicabilidad a los pacientes de forma individual. Esta colección, *Treatments That Work*<sup>®</sup> [Tratamientos que Funcionan<sup>®</sup>], está destinada a la difusión de estas nuevas e interesantes intervenciones para la práctica de los clínicos.

Los manuales y libros de ejercicios de la colección contienen procedimientos detallados paso a paso, para la evaluación y el tratamiento de problemas y diagnósticos específicos. Además, esta serie proporciona materiales auxiliares para ayudar a los profesionales a llevar a la práctica estos procedimientos.

En nuestro sistema de salud, aumenta el consenso acerca de que las *prácticas basadas en la evidencia* son el procedimiento más responsable para el profesional de la salud mental. Todos los profesionales de la salud desean ofrecer la mejor atención a sus pacientes y, con esta colección, nuestro objetivo es cubrir el hueco que había en cuanto a divulgación e información y hacerlo posible.

Teniendo en cuenta las últimas investigaciones realizadas, los últimos programas de tratamiento basados en la evidencia se centran en las intervenciones unificadas

transdiagnósticas, para trastornos que comparten características comunes y responden a los procedimientos terapéuticos comunes. Profundizar en la naturaleza de los trastornos psicológicos nos ofrece información acerca de las similitudes existentes en la etiología y estructuras cerebrales comunes que hay en muchas clases distintas de trastornos, superando las diferencias; así como muchos de los trastornos de una clase son similares en términos de problemas de conducta y función cerebral. De hecho, con frecuencia, las personas con un trastorno o problema, tienen otro problema o trastorno comórbido, a menudo de la misma clase. Pensar en la relación entre estos trastornos o problemas o encuadrarlos dentro del mismo «espectro» es el enfoque actual adoptado por los principales investigadores y terapeutas, así como el grupo de trabajo del DSM-5 encargado de escribir la nueva versión del manual diagnóstico, publicado en 2013. Los programas de tratamiento en esta colección están «unificados», ya que tienen en común una serie de procedimientos terapéuticos comunes para toda una categoría de trastornos, como los trastornos emocionales, los trastornos de la alimentación o los trastornos adictivos. Los programas de tratamiento son «transdiagnósticos» porque están diseñados para ser eficaces con todos los trastornos de una categoría (trastornos emocionales, alimentarios o adictivos) en lugar de para un solo trastorno. Trabajar con un conjunto de principios terapéuticos hace que sea más fácil y efectivo para el terapeuta y para ti, para poder abordar todos los problemas que el paciente pueda presentar, de una forma más completa y eficaz.

Este programa en particular está diseñado para abordar los trastornos emocionales. En general, este grupo de trastornos incluye todos los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, como el trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y depresión. El programa también está diseñado para el tratamiento de «trastornos emocionales» estrechamente relacionados, como la hipocondría y otras alteraciones asociadas con la ansiedad excesiva relacionada con problemas de salud, así como problemas en los que la persona experimenta disociación (sensación de irrealidad). Según los hallazgos de investigaciones recientes, lo que todos estos trastornos tienen en común es una excesiva e inapropiada respuesta emocional, acompañada de la sensación de que las propias emociones están fuera de control.

El desarrollo del *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales* (PU) comenzó con la síntesis de los principios clave de los Tratamientos Cognitivo-Conductuales (TCC; p. ej. Barlow y Craske, 2006) integrados con los avances en la investigación de la regulación y desregulación emocional (p. ej. Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich, y Barlow, 2010). Es importante tener en cuenta que el PU sigue haciendo hincapié en los principios fundamentales de la TCC tradicional tal como se aplica a los trastornos emocionales, como la extinción, las estrategias para controlar la evitación cognitiva y la conductual, como la exposición conductual, emocional e interoceptiva, así como la identificación y modificación de los pensamientos

desadaptativos.

Normalmente, este programa no se recomienda para una fobia específica, si es este el único problema que se presenta y no va acompañada de otras alteraciones emocionales. Otros manuales de esta colección pueden tratar con más eficacia ese problema (véase Craske, Anthony y Barlow, 2006).

David H. Barlow, editor,  
Colección Treatments *ThatWork*®  
Boston, MA

## Bibliografía

- Barlow, D. H. (2004): Psychological Treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- (2010): Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13-20.
- y Craske, M. G. (2006): *Mastery of your anxiety and panic. Therapist guide*. 2.<sup>a</sup> ed. Nueva York: Oxford University Press.
- Craske, M. G., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (2006): *Mastering your fears and phobias (2<sup>nd</sup> ed): Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T. y Barlow D. H. (2010): Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: A unified perspective. En A. M. Kring y D. M. Sloan (eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). Nueva York: Guilford Press.
- Institute of Medicine (2001): *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington, DC: National Academies Press.
- McHugh, R. K. y Barlow, D. H. (2010): Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65 (2), 73-84.

# Agradecimientos

Reconocemos con suma gratitud la contribución de las siguientes personas al desarrollo del Protocolo Unificado y a la realización del ensayo clínico inicial:

Amantia Ametaj,  
Jenna R. Carl,  
Molly L. Choate,  
Benjamin Emmert-Aronson,  
Mara E. Fleischer,  
Meghan Fortune,  
Amanda G. Loerinc,  
Alex De Nadai,  
Johanna Thompson-Hollands,  
Zofia A. Wilamowska y  
Carolyn Youren.

## **Traducción al castellano**

Especial agradecimiento a las personas que han colaborado en realizar este trabajo:

Cristian Castellano Badenes  
Elena Fermoselle Esclapez  
Marta Sala Llopico  
María López Escriche  
Cristina López López

## Prólogo a esta edición

Los trastornos emocionales (TE) (trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) se encuentran entre los problemas mentales más frecuentes, con prevalencia vital de alrededor del 25% y elevadas tasas de comorbilidad. Si no son adecuadamente tratados, su curso es habitualmente crónico, afectan de forma significativa a áreas vitales fundamentales, como el trabajo y la vida social, y perturban de modo notable la vida de quienes los padecen. Estos datos apuntan claramente a la necesidad de disponer de tratamientos eficaces y eficientes con el objetivo de dar respuesta a este importante problema de salud.

La investigación ha demostrado que los tratamientos psicológicos basados en la evidencia son eficaces para los TE. Sin embargo, pese a que están disponibles, menos del 50% de las personas que sufren algún TE los reciben. Se han planteado algunas razones para explicar esta notable infrautilización de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. En primer lugar, algunas personas no solicitan ayuda simplemente por desconocimiento: no saben que estos tratamientos las pueden ayudar. En segundo lugar, se han esgrimido otras posibles razones, como el coste que supone su aplicación y la falta de profesionales bien formados. En tercer lugar, la existencia de distintos protocolos de tratamiento para distintos trastornos mentales y la notable comorbilidad que se observa en la clínica, todo ello dificulta la toma de decisiones por parte del clínico respecto a qué protocolo elegir. El resultado es que muchas personas reciben estos tratamientos eficaces mucho más tarde de lo que sería deseable, cuando ya los problemas han afectado de forma importante a sus vidas o incluso se han cronificado. En suma, los tratamientos basados en la evidencia suponen retos importantes respecto a su diseminación. Es necesario diseñar estrategias para que todas las personas que necesitan ayuda de hecho la reciban.

Una aproximación que puede ayudar a lograr este objetivo es la perspectiva transdiagnóstica. En los últimos años, estamos siendo testigos de iniciativas importantes en la conceptualización y clasificación de los trastornos mentales. La cruda realidad es que ha transcurrido casi medio siglo desde la publicación del DSM-III y todavía no ha sido posible validar los diferentes síndromes, y delimitar etiologías específicas para síndromes específicos. Además, la investigación pone de manifiesto con notable claridad las altas tasas de comorbilidad existentes entre distintos síndromes y la falta de especificidad de las intervenciones. Todo esto está dando lugar a nuevas propuestas de clasificación e intervención basadas en *modelos transdiagnósticos*. Esta perspectiva

asume que los distintos TE comparten características importantes y se propone que este solapamiento emerge de vulnerabilidades biológicas y psicológicas comunes. Barlow (1988) apela a tres tipos de vulnerabilidad diferentes pero relacionadas entre sí. La vulnerabilidad biológica general (heredable), la vulnerabilidad psicológica general, asociada a cambios en la función cerebral a causa de experiencias tempranas adversas, y la vulnerabilidad psicológica más específica, también en gran medida aprendida, que explica por qué se desarrolla un trastorno emocional en lugar de otro. Existe evidencia acerca de que las dos vulnerabilidades generalizadas están implicadas en el desarrollo y expresión de los TE. Desde esta misma perspectiva, Brown y Barlow (2009) han propuesto un nuevo sistema de clasificación para los TE que enfatiza las características comunes e incluye una variedad de fenotipos, es lo que se denomina perspectiva transdiagnóstica. Estos autores consideran dos dimensiones básicas de temperamento unidas a la etiología y curso de los TE: neuroticismo/afecto negativo y extraversión/afecto positivo. Estas dimensiones estarían relacionadas con los constructos neuropsicológicos señalados por Gray (p. ej., Gray y McNaughton, 2000): el sistema de inhibición comportamental y el sistema de activación comportamental. En el nivel superior, un individuo experimentará varios niveles de gravedad respecto al neuroticismo/inhibición comportamental y la extraversión/activación comportamental. El neuroticismo está relacionado con estrés crónico que incluye el eje hipotalámico-pituitario-adrenocortical, percepción de incontrollabilidad respecto a acontecimientos futuros, hipervigilancia y percepción de baja autoeficacia respecto a la habilidad de poder afrontar acontecimientos estresantes en el futuro. Los individuos con alto neuroticismo tenderán a mostrar conductas de evitación. Por otra parte, el bajo afecto positivo daría lugar a bajo entusiasmo, bajo interés y pesimismo y estaría asociado a una actividad reducida del sistema de activación comportamental. Esta vulnerabilidad, asociada a estresores vitales, puede llevar a la aparición de distintos síntomas: ataques de pánico, síntomas somáticos, pensamientos intrusivos, etc. En resumen, esta perspectiva considera que los TE comparten una misma vulnerabilidad que, asociada a factores de estrés psicosocial, puede dar lugar a diferentes manifestaciones de la misma vulnerabilidad.

La perspectiva transdiagnóstica enfatiza el papel de la regulación emocional como un concepto clave para entender y tratar los TE. El concepto de regulación emocional se refiere a las estrategias que las personas realizan para influir/modificar las experiencias emocionales que experimentan, esto es, estrategias dirigidas a mantener, aumentar o suprimir un determinado estado emocional. Se ha comprobado que estrategias de regulación emocional inadecuadas como la rumiación y la supresión desempeñan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de ansiedad y depresión comunes en los TE.

El grupo del Dr. Barlow ha trabajado en los últimos años en el desarrollo del Protocolo Unificado (PU), un programa de tratamiento transdiagnóstico común para los

TE. Dicho protocolo ha sido sometido a prueba en distintos estudios y está recibiendo apoyo empírico. Precisamente, la traducción del PU se presenta en este libro. El lector está ante el resultado de largos años de investigación y de práctica clínica de un excelente equipo. Sin duda, el Dr. Barlow es uno de los *grandes autores* de la Psicología Clínica. No estaríamos en el lugar en el que nos encontramos en estos momentos, no habríamos avanzado en la misma medida, ni dispondríamos de las estrategias y técnicas con las que contamos en Psicología Clínica para ayudar a nuestros pacientes sin la inteligencia, la sensibilidad, la dedicación y el ingente trabajo llevado a cabo por el Dr. Barlow. El PU es un claro reflejo de toda esa sabiduría, interés, mimo e investigación controlada que ha realizado el Dr. Barlow en su larga trayectoria académica y clínica.

Jorge Osma y Elena Crespo son grandes conocedores de los planteamientos cognitivo-comportamentales y los tratamientos basados en la evidencia. Se han formado como clínicos e investigadores en nuestro grupo de investigación y saben bien que nuestro objetivo fundamental es, por una parte, intentar mejorar los tratamientos psicológicos y, por otra, hacer que estén disponibles para todas aquellas personas que los necesitan. Es una satisfacción comprobar que, tras su paso por el grupo, estos mensajes han calado y ambos continúan trabajando y se siguen esforzando para intentar mejorar la atención psicológica de las personas con TE. Sin duda, su sensibilidad clínica y el rigor científico les llevaron a identificar rápidamente la importancia que el PU podría tener para promocionar su aplicación en población de habla hispana, sobre todo en ámbitos donde los recursos son limitados como la salud mental pública. Además de traducir el PU, Jorge Osma y Elena Crespo están llevando a cabo estudios para explorar la viabilidad de la aplicación del PU en formato grupal en el ámbito público. El PU está indicado para pacientes con TE que presentan tanto trastornos *puros* como trastornos comórbidos, así como los que se incluyen en la categoría de No Especificados. Es decir, este mismo protocolo se puede aplicar a una variedad importante de pacientes, y en formato grupal. Además, el entrenamiento de los terapeutas es menos costoso ya que no tienen que aprender un programa para cada uno de los TE, sino que con un solo protocolo pueden tratar distintos perfiles psicopatológicos.

Estamos seguras de que el gran esfuerzo que ha supuesto la traducción de un programa de tratamiento de la importancia del PU se verá ampliamente recompensado por la aceptación que va a tener en España y América Latina, por parte de clínicos e investigadores y, sobre todo, por la repercusión que la utilización del PU puede tener en el gran número de personas que sufren TE.

Cristina Botella  
Azucena García Palacios

Departamento de Psicología Básica,  
Clínica y Psicobiología. Grupo Labpsitec  
Universitat Jaume I  
Castellón

## Referencias bibliográficas

- Barlow, D. H. (1988): Anxiety and its disorders. *The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009): A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Gray, J. A. y McNaughton, N. (2000): *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system* (2.<sup>a</sup> ed.). Oxford: Oxford University Press.

**Primera parte**  
**Conocimientos previos para el terapeuta**

# Capítulo 1.

## Información introductoria para los terapeutas

### 1. Programa unificado transdiagnóstico para el tratamiento de los trastornos emocionales

A lo largo de muchas décadas, se han conseguido algunos avances en el tratamiento psicológico de la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Numerosos protocolos individuales de tratamiento han ganado apoyo empírico en el tratamiento de trastornos específicos. No obstante, las investigaciones actuales sobre los principales trastornos emocionales enfatizan más las similitudes que las diferencias entre ellos, apuntando a una considerable superposición en la fenomenología del trastorno, una base común sobre la diátesis, o vulnerabilidad, para desarrollar trastornos emocionales (ver una explicación más amplia en el capítulo 2) y que la respuesta al tratamiento sea generalizable a un trastorno a partir del tratamiento de otro. Por lo tanto, considerando esos puntos en común, los estudios empíricos apoyan un enfoque unificado y aplicable a todo el conjunto de trastornos emocionales.

Sobre la base de estos avances, hemos desarrollado un tratamiento aplicable a los trastornos de ansiedad y a los trastornos afectivos; y potencialmente, a otros trastornos con fuerte componente emocional, como son los trastornos somatoformes y disociativos. El Protocolo unificado (PU) aprovecha las aportaciones realizadas por las teorías cognitivo-conductuales para condensar e incorporar los principios comunes de los tratamientos avalados de forma empírica, en concreto, la reevaluación de las interpretaciones negativas, modificar las conductas desadaptativas, prevenir la evitación emocional y utilizar procedimientos de exposición emocional. Así también, aborda los déficits en la regulación emocional, comunes en los trastornos emocionales.

Durante décadas, hemos descrito los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo como trastornos emocionales (Barlow, 1988, 1991, 2002). La regulación emocional es un proceso que influye en la aparición, intensidad, expresión y experiencia de las emociones (p. ej. Gross y Thompson, 2007) y este proceso parece ser un componente importante para desarrollar y mantener la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo. Un déficit en las habilidades de regulación emocional es el principal rasgo de esas alteraciones. Las personas con trastornos emocionales utilizan estrategias desadaptativas de regulación emocional que contribuyen al mantenimiento de los síntomas. Por tanto, incrementar la

atención en la regulación emocional durante el tratamiento es consistente con los hallazgos actuales en los que se enfatizan aspectos comunes subyacentes y queda justificado por los resultados de las investigaciones recientes.

## **2. Eficacia del PU**

La última versión del protocolo fue puesta a prueba en un ensayo con pacientes entre 18 y 65 años con diversos trastornos de ansiedad, que buscaban tratamiento en el Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados (CARD) en Boston. Los resultados de este ensayo se describen en Ellard *et al.* (2010). En este ensayo, el PU produjo diferencias significativas en una serie de medidas relacionadas con estos trastornos respecto al pre y postratamiento. Se utilizó una adaptación conservadora de algoritmos para determinar la importancia clínica de los resultados de los ensayos de TCC para la ansiedad (p. ej. Roemer y Orsillo, 2007; para una descripción completa véase Ellard *et al.*, 2010). Un 73% de los pacientes alcanzó una buena respuesta y un 60% un alto funcionamiento. Los resultados mejoraron todavía más a los 6 meses de seguimiento, con un 85% de sujetos con buena respuesta y un 69% con un alto funcionamiento final. Los resultados obtenidos en los análisis preliminares parecen al menos comparables con los reflejados en ensayos similares sobre la evidencia existente de protocolos de TCC (Barlow, 2008; Barlow, Allen, y Basden, 2007; Norton y Price, 2007)

Desde que el primer estudio de caso utilizando el PU fuera publicado (Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard y Barlow, 2010), se han ido acumulando evidencias sobre su eficacia tanto en su aplicación individual como grupal. Respecto a los trabajos en formato individual, destacamos el ensayo con pacientes entre 18 y 65 años con diversos trastornos de ansiedad, que buscaban tratamiento en el Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados (CARD) en Boston. Los resultados de este ensayo se describen en Ellard *et al.* (2010). En este ensayo, el PU produjo diferencias significativas en una serie de medidas relacionadas con estos trastornos respecto al pre y postratamiento. Se utilizó una adaptación conservadora de algoritmos para determinar la importancia clínica de los resultados de los ensayos de TCC para la ansiedad (p. ej. Roemer y Orsillo, 2007; para una descripción completa véase Ellard *et al.*, 2010) y un 73% alcanzó una buena respuesta y un 60% un alto funcionamiento. Los resultados mejoraron todavía más a los seis meses de seguimiento, con un 85% de sujetos con buena respuesta y un 69% con un alto funcionamiento final. Los resultados obtenidos en los análisis preliminares parecen al menos comparables con los reflejados en ensayos similares sobre la evidencia existente de protocolos de TCC (Barlow, 2008; Barlow, Allen, y Basden, 2007; Norton y Price, 2007). Posteriormente, se han ido desarrollando distintos ensayos controlados aleatorizados en nuestro centro con resultados igualmente prometedores (Farchione *et al.*, 2012), manteniéndose los buenos resultados a largo plazo (Bullis, Fortune, Farchione

y Barlow, 2014). Respecto a los trabajos que han sometido a prueba la eficacia del PU en formato grupal, hasta ahora contamos con dos estudios clínicos piloto no controlados, el desarrollado por el grupo del Dr. Barlow (Bullis *et al.*, 2015) y el llevado a cabo en España por los autores de esta traducción (Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, en prensa). En ambos trabajos se incluyen pacientes con diversos diagnósticos de trastornos emocionales y se obtienen resultados preliminares positivos en cuanto a la mejora significativa en la sintomatología clínica (ansiosa y depresiva) y en la reducción del grado de interferencia en la vida. En la actualidad se siguen realizando ensayos controlados aleatorizados en nuestro centro y en todo el mundo.

### **3. ¿Quiénes se beneficiarán del programa de PU?**

Como se ha comentado, el PU fue desarrollado para ayudar a personas que presenten trastornos de ansiedad y depresión unipolar. Mientras que nuestro ensayo controlado aleatorio de PU se centró en el tratamiento de pacientes con trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de ansiedad generalizada, el PU también se ha utilizado con éxito en ensayos para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático, agorafobia, fobia específica, hipocondría y depresión mayor. Esperamos que el PU también pueda ser útil para el tratamiento de pacientes que no cumplen en su totalidad los criterios de trastornos de ansiedad o trastornos afectivos y que se clasifican como trastornos no especificados, así como para sujetos subclínicos, en riesgo de cumplir el trastorno completo.

### **4. ¿Y si hay otros problemas emocionales?**

En la actualidad, la evidencia sugiere una considerable superposición entre los trastornos de ansiedad y afectivos. A nivel diagnóstico, esto se hace evidente con los altos niveles de comorbilidad entre trastornos (p. ej. Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Kessler *et al.*, 1996; 1998). Es frecuente que personas con trastornos emocionales presenten rasgos característicos de otros trastornos, pero esto no las excluye del tratamiento con el PU. De hecho, a diferencia de otros protocolos para el tratamiento de trastornos individuales, el PU se desarrolló para hacer frente a la realidad clínica de la comorbilidad y podemos emplearlo para tratar trastornos que se manifiestan simultáneamente. Esta posición es coherente con nuestros hallazgos iniciales, que apoyan la eficacia del PU para abordar de manera simultánea los problemas adicionales al trastorno principal (Ellard *et al.*, 2010).

## 5. Evaluación y seguimiento

Los profesionales de la salud mental pueden evaluar la presencia de trastornos emocionales con la Entrevista de Trastornos de Ansiedad del DSM-IV (ADIS-IV), la cual fue diseñada para este propósito. Esta entrevista semiestructurada se basa en el diagnóstico de trastornos de ansiedad, junto con los estados de ánimo comórbidos, trastornos somatomorfos y trastornos del consumo de alcohol. La información derivada de la entrevista permite a los clínicos determinar los diagnósticos diferenciales y obtener una mayor comprensión del nivel y gravedad de cada diagnóstico. La ADIS-IV está disponible en la editorial Oxford University Press. Por supuesto, también se recomienda una evaluación médica para descartar alteraciones físicas que puedan explicar o exacerbar la sintomatología presente.

Hay una serie de inventarios y cuestionarios estandarizados que pueden proporcionar información adicional y útil para la formulación del caso, la planificación del tratamiento y para evaluar el cambio terapéutico. Algunos ejemplos de estas medidas podrían ser el cuestionario para el trastorno obsesivo compulsivo de Yale-Brown (Y-BOCS-SR; adaptado por Goodman *et al.*, 1989, adaptado al castellano por Bobes, Bousoño y González, 1989, 1994), la escala de gravedad del trastorno de pánico (PDSS-SR; adaptada por Shear *et al.*, 1997), el cuestionario de preocupaciones de Pensilvania (PSWQ; Meyer, Millar, Metzger, y Borkovec, 1990, adaptado al castellano por Sandín, Chorot, Valiente y Lostao, 2009) y la Escala de Ansiedad Social (SIAS; Mattick y Clarke, 1998, adaptada al castellano por Olivares, García-López e Hidalgo, 2001). Por supuesto, hay muchas otras buenas medidas que pueden ser utilizadas en lugar de estas.

Como medidas generales de los trastornos emocionales, se han empleado el Inventario de la Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996, adaptado al castellano por Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; Beck y Steer, 1990; Steer, Ranieri, Beck y Clark, 1993, adaptado al castellano por Magán, Sanz y García-Vera, 2008) como medidas de síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente. Además, se recomienda el uso de las dos medidas de diagnósticos no específicos de ansiedad y depresión previstas en el capítulo 3 del manual del paciente. Estas medidas, la «Overall Anxiety Severity and Impairment Scale» (OASIS; Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein 2006) [Escala Global de Gravedad e Interferencia de la Ansiedad] y la «Overall Depression Severity and Impairment Scale» (ODSIS) [Escala Global de Gravedad e Interferencia de la Depresión], adaptada del OASIS, fueron desarrolladas como medidas de evaluación continua de la ansiedad y la depresión. Ambas están relacionadas con la gravedad y deterioro y podrían ser utilizadas para múltiples trastornos.

Los terapeutas también pueden utilizarlas para evaluar el deterioro funcional y la calidad de vida. Aunque también existen una serie de medidas fiables y validadas para este propósito, incluyendo la Escala de Trabajo y Ajuste Social (WSAS; modificación de

la escala introducida por Hafner y Marks, 1976), el cuestionario breve de salud de 36 ítems «Rand-modified Medical Outcomes Study» (Rand MOS SF-36; Hays, Sherbourne, y Mazel, 1993, adaptado al castellano por Alonso, Prieto y Antó, 1995) y el Inventario de Calidad de Vida (QOLI; Frisch, Cornell y Villanueva, 1992; adaptado al castellano por Mezzich *et al.*, 2000).

## **6. Tratamiento farmacológico**

Muchos de los pacientes que acuden a tratamiento por problemas emocionales, siguen un tratamiento farmacológico. En nuestra experiencia, los pacientes que acuden a consulta clínica toman dosis bajas de benzodiacepinas de alta potencia, tales como Xanax o Klonopin, o antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), como Paxil o Prozac, Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina-Norepinefrina (ISRN), tales como Effexor, y, en menor medida, los antidepresivos tricíclicos. Hay cuestiones relacionadas con el tratamiento combinado de TCC y el farmacológico que todavía no se comprenden del todo y cuya eficacia empírica no se ha probado. Por tanto, no se recomienda que los pacientes interrumpan su tratamiento farmacológico antes de empezar el PU. Le sugerimos que continúe manteniendo estable su dosis de medicación a lo largo del programa.

A menos que sea clínicamente necesario, recomendaremos a los pacientes que no incrementen las dosis de medicación, o que no empiecen a tomar nuevos fármacos a partir del inicio del tratamiento. Cuando los pacientes comienzan con nuevos tratamientos farmacológicos durante el tratamiento, puede ser difícil determinar si los cambios (positivos o negativos) son atribuidos a uno u otro, o a la combinación de ambos. Esto puede confundir al terapeuta y resultar frustrante para el paciente y, en última instancia, puede conllevar peores resultados del tratamiento. Además, ciertos fármacos, como las benzodiacepinas, pueden tener diversos efectos secundarios. Pueden disminuir la motivación para practicar las habilidades adquiridas y aprendidas en el tratamiento y pueden amortiguar la intensidad de las emociones, impidiendo que los pacientes obtengan el máximo beneficio de las exposiciones al final del tratamiento. Si estos fármacos se utilizan para reducir la intensidad emocional (p. ej. en el momento álgido de un ataque de ansiedad), se pueden convertir en respuesta emocional desadaptativa que actuaría como refuerzo negativo en una respuesta. Para algunos pacientes, llevar la medicación consigo puede convertirse en una conducta de seguridad que puede interferir en su capacidad para reevaluar sus interpretaciones sobre el peligro. Así también, en función del aprendizaje, puede que las habilidades adquiridas bajo la influencia de un fármaco no se generalicen cuando no esté presente. La mayoría de estos problemas están asociados a las benzodiacepinas de alta potencia, pero no a los antidepresivos. Por último, los pacientes pueden atribuir los cambios del tratamiento a los fármacos, por lo que es difícil

que ganen confianza en su propia eficacia para enfrentarse a las situaciones temidas. A su vez, esto puede limitar su capacidad para reducir o interrumpir la medicación una vez que el tratamiento se ha completado.

En nuestra experiencia, muchos de los pacientes que completan con éxito el programa de tratamiento reducen o dejan la medicación por sí mismos, sin necesidad de que el terapeuta les diga que lo hagan. Sin embargo, el capítulo 14 de esta guía (que corresponde con el capítulo 13 del manual del paciente) contiene información para ayudar a los pacientes que quieran dejar de tomar su medicación.

## **7. ¿Quién debe aplicar el programa?**

Todos los conceptos y las técnicas del tratamiento se describen con suficiente detalle en el manual del paciente para que los profesionales de la salud mental puedan supervisar la aplicación del programa. Sin embargo, hacemos una serie de recomendaciones sobre unos requisitos mínimos. Creemos que es importante que los terapeutas estén familiarizados con los principios básicos de las intervenciones cognitivo-conductuales. Además, los terapeutas deben comprender en sentido amplio los principios básicos de las técnicas que se presentan en el cuaderno de trabajo del paciente. Esto hará que el terapeuta cuente con las mejores condiciones para adaptar el material a las necesidades de cada paciente y superar las dificultades que puedan surgir en el tratamiento. Por último, y lo más importante, se recomienda que los terapeutas se familiaricen con la naturaleza de los trastornos emocionales; la información básica se presenta en el capítulo 2 de esta guía, con recomendaciones para lecturas adicionales.

## **8. Beneficios del uso del Manual del paciente**

La primera «revolución» en el desarrollo de tratamientos psicológicos eficaces ha sido la «manualización» de tratamientos llevada a cabo durante la última década. Estos programas estructurados fueron escritos con el suficiente detalle como para proporcionar la información necesaria a los terapeutas para administrarlos de la manera en la que se ha demostrado que son eficaces. Lo mismo sucede con el PU, aunque este protocolo se centra más en la administración de los ingredientes terapéuticos eficaces y validados de forma empírica, en contraposición a proporcionar instrucciones específicas para tratar los síntomas de un diagnóstico o trastorno particular. Esto no quiere decir que las habilidades del terapeuta ya no sean necesarias para lograr resultados óptimos. De hecho, estas habilidades son muy valiosas a medida que avanza el paciente a lo largo del programa.

La segunda etapa de esta «revolución» es la creación de una versión del programa estructurado adaptado para entregárselo directamente a los pacientes que estén

trabajando bajo supervisión terapéutica. Se ha hecho un esfuerzo para que el manual del paciente sea un buen ejemplo de una guía con base científica, escrito para que pueda ser entendido por el paciente. Constituye un valioso complemento a los programas ofrecidos por los profesionales de distintas disciplinas. Este manual tiene diversas ventajas, como se describe a continuación.

### **8.1 Progreso a su propio ritmo**

La disponibilidad del manual del paciente permite que los pacientes avancen a su propio ritmo. Algunos pacientes progresan con más rapidez al programar sesiones más frecuentes, mientras que otros pueden avanzar más lentamente por las necesidades de su trabajo y por el tiempo que se invierte en los traslados a la consulta. Que el paciente disponga del manual puede ser muy beneficioso para los casos de sesiones irregulares o para repasar el programa.

### **8.2 Referencia disponible**

Es posible que los pacientes comprendan de forma correcta el material durante la sesión; sin embargo, es común que se olviden de los puntos importantes, o se confundan más tarde, cuando ya están en casa. Uno de los mayores beneficios del manual del paciente es que ofrece la oportunidad de revisar los conceptos clave del tratamiento, explicaciones e instrucciones entre sesiones. Además, proporciona una referencia inmediata disponible cuando están experimentando emociones intensas. Esto puede ser importante para el proceso de aprendizaje, ya que tener la información a mano y poder aplicar las habilidades aprendidas en sesión «en el momento» puede facilitar un mayor entendimiento de los conceptos del tratamiento y una mejor apreciación de la eficacia con la que se pueden aplicar.

### **8.3 Disponibilidad de familiares y amigos**

Las investigaciones realizadas en nuestro centro han demostrado que existe un beneficio significativo si el paciente tiene miembros de la familia, especialmente la pareja, que son conocedores del programa y a veces (bajo recomendación terapéutica) implicados en el tratamiento (p. ej. Barlow, O'Brien y Last, 1984; Cerny, Barlow, Craske e Himadi, 1987). Por ejemplo, en un estudio con pacientes con Trastorno de Pánico con Agorafobia, los pacientes cuyos compañeros (familiares o parejas) se incluían en el tratamiento mejoraban más a los dos años de tratamiento que los pacientes cuyas parejas no se incluían. Del mismo modo, la investigación de Chambless y Steketee (1999) mostraba que mayores niveles de hostilidad expresada por parte de los familiares hacia el paciente antes del inicio de la terapia predecían una respuesta más pobre al tratamiento.

Por otro lado, la crítica no hostil, o criticar conductas específicas sin despreciar, predecían una mejor respuesta al tratamiento. Un estudio más reciente de Zinbarg, Lee y Yoon (2007) ofrecía los mismos resultados.

La participación de los familiares en el programa de tratamiento parece ser beneficiosa en diferentes aspectos. En primer lugar, cuando se familiarizan con la naturaleza del problema y el tratamiento subyacente, esto puede suponer una importante ayuda en la superación de las conductas de evitación. En segundo lugar, teniendo estos conocimientos, los familiares también pueden ayudar a eliminar conductas propias que pueden ser perjudiciales para el tratamiento, como por ejemplo, permitir conductas de evitación del paciente. Tercero, proporcionar información a los miembros de la familia puede ayudar a corregir los conceptos erróneos con respecto a los trastornos emocionales y, de este modo, reducir la hostilidad, fomentar una mayor empatía, comprensión y compasión. Por supuesto, puede ser que algunos pacientes prefieran que su pareja o familiar esté relativamente desvinculado y desinformado acerca de su problema y que no se involucren en su programa de tratamiento. En estos casos, el terapeuta puede hablar con estos pacientes para identificar cualquier preocupación que puedan tener acerca de compartir el problema con sus parejas y discutir las posibles ventajas (y desventajas) de que sus familiares tengan esta información disponible. Aunque en general hemos encontrado que es beneficioso involucrar a miembros de la familia, compañeros o amigos, ya sea al comienzo o durante todo el tratamiento, puede haber momentos en los que sería inapropiado hacerlo (p. ej., graves problemas matrimoniales). En estos casos, no recomendamos la participación significativa del otro.

#### **8.4 Los pacientes pueden consultar el manual una vez que finalice el programa**

El manual del PU ayudará a los pacientes a hacer frente con eficacia a las dificultades emocionales una vez que el tratamiento haya finalizado. Ya que es probable que muchos pacientes experimenten una reaparición de los síntomas en algún momento después del tratamiento, por lo general, en momentos de más estrés, pueden encontrar de utilidad volver al manual para encontrar información sobre el manejo de sus síntomas y prevenir una escalada de estos que provoque una recaída completa. El capítulo 14 del manual del paciente describe específicamente conductas para que los pacientes mantengan el progreso y eviten una recaída. Para muchos, el manual también les ayudará a aumentar los beneficios una vez que el tratamiento haya finalizado. A medida que siguen adelante con nuevos retos y continúan trabajando en el cumplimiento de sus objetivos de tratamiento, pueden encontrar un nuevo significado al manual y, en última instancia, desarrollar una mayor comprensión de los conceptos trabajados durante el programa.

## **9. Manual completo frente a capítulos**

Algunos terapeutas prefieren distribuir el PU por capítulos en vez de suministrarlo en su totalidad. Esto evita que los pacientes avancen más de lo que correspondería y supone un enfoque más organizado para el aprendizaje de los procedimientos de tratamiento. Sin embargo, una posible desventaja consiste en que, cuando se les pide a los pacientes que junten todo el manual, es más probable que los capítulos sueltos se extravíen. Si esto ocurre, los pacientes pueden terminar con el manual incompleto al final del tratamiento, lo que hace difícil utilizar el manual como referencia durante la parte final del tratamiento o una vez finalizado. Además, a algunos pacientes les resulta útil leer el capítulo correspondiente antes de la sesión, con el fin de obtener una mayor comprensión de cómo los conceptos anteriores se relacionan con los posteriores y así proporcionarles una visión más general del programa de tratamiento. En general, cuanto más tiempo pasen los pacientes leyendo el manual o pensando sobre los conceptos del tratamiento, mayor comprensión y beneficios obtendrán. Durante la sesión, si los pacientes mencionan materiales que han leído de los capítulos posteriores, el terapeuta puede tan solo redirigir su atención al material y a las tareas actuales. No obstante, no desanimamos a los terapeutas a que entreguen el manual por capítulos, si lo prefieren.

## Capítulo 2.

# La naturaleza de los trastornos emocionales

Los estudios empíricos basados en datos de trastornos de ansiedad y trastornos emocionales sugieren hacer más hincapié en los puntos que tienen en común en vez de en sus diferencias (Barlow, 2002; Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009). Los principales avances en distintos campos apoyan esta afirmación porque, en primer lugar, hay una considerable superposición en el diagnóstico de estos trastornos, tal y como se evidencia en las altas tasas de comorbilidad (p. ej., Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Kessler *et al.*, 1996, 1998, 2005; Kessler, Berglund y Demler, 2003). Además, el tratamiento psicológico para un trastorno de ansiedad dado, produce cierta mejoría en otros problemas de ansiedad o afectivos asociados que no se abordan específicamente en el tratamiento (Allen *et al.*, 2010; Borkovec, Abel y Newman, 1995; Brown, Antony y Barlow, 1995; Tsao, Lewin y Craske, 1998; Tsao, Mystkowski y Zucker, 2002).

En segundo lugar, la investigación actual sobre la estructura latente de las características dimensionales de los trastornos emocionales revela una estructura jerárquica que pone énfasis en dos dimensiones del temperamento: afectividad negativa/neuroticismo y afectividad positiva/extraversión (p. ej., Barlow, 2002; Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009; Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Gershuny y Sher, 1998; Kash, Rottenberg, Arnow y Gotlib, 2002; Watson, Clark y Carey, 1988). Gran parte de la literatura científica pone de relieve el papel de estos constructos en el inicio, el solapamiento fenotípico y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (p. ej., Barlow, 2002; Brown, 2007; Brown y Barlow, 2009; Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Gershuny y Sher, 1998; Kasch, *et al.*, 2002, Watson *et al.*, 1998). Además, investigaciones recientes del campo de la neurociencia sobre aspectos relacionados con la afectividad apoyan la importancia de reconocer un síndrome más amplio de base, más fundamental. Los resultados de estos estudios sugieren que la hiperexcitabilidad de las estructuras límbicas, junto con el control inhibitorio interrumpido o limitado por las estructuras corticales caracteriza a las personas con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y pueden diferenciarles de los controles sanos. Estos procesos neurobiológicos subyacen al aumento de la intensidad y la frecuencia de la experiencia emocional negativa en la ansiedad y el trastorno de estado de ánimo (para ver más, Etkin y Wager, 2007; Shin y Liberzon, 2010).

Por último, hay evidencia que apoya la existencia de una etiología común de la

ansiedad y otros trastornos emocionales determinados, que ha sido resumido en un modelo etiológico denominado modelo de «triple vulnerabilidad» (Barlow, 1991, 2000, 2002; Suárez, Bennett, Goldstein y Barlow, 2009). Este modelo se describe con mayor detalle a continuación.

## 1. Etiología

La teoría de la triple vulnerabilidad postula un conjunto de vulnerabilidades o diátesis para desarrollar ansiedad, trastornos de ansiedad y trastornos emocionales relacionados (Barlow, 1991, 2000, 2002). De acuerdo con este modelo, hay una contribución genética común a los trastornos emocionales. Gran parte de la investigación sobre esta «vulnerabilidad biológica generalizada» se ha centrado en la base genética de temperamentos etiquetados como *ansiedad*, *neuroticismo*, *afecto negativo* o *conducta inhibida*, pero esta vulnerabilidad genética permanecerá inactiva o latente, a menos que se active por estímulos o circunstancias ambientales.

Además, existen ciertas experiencias tempranas que contribuyen a una «vulnerabilidad psicológica generalizada» a experimentar ansiedad y estados afectivos negativos relacionados (Chorpita y Barlow, 1998). Este conjunto de experiencias, aunque no siempre sean perjudiciales o de naturaleza traumática, son las que producen una sensación de falta de control e incertidumbre que parece estar en la base del afecto negativo y los estados de ansiedad y depresión.

Si estas dos vulnerabilidades se agrupan o coinciden, el sujeto tiene mayor riesgo de experimentar ansiedad y depresión ante los acontecimientos estresantes de la vida, los cuales pueden activar estas vulnerabilidades generalizadas (Chorpita y Barlow, 1998; Suárez *et al.*, 2009).

Por último, una tercera diátesis entra en juego: la denominada «vulnerabilidad psicológica específica», la cual hace referencia a la forma de aprender una respuesta particular ante la ansiedad, o saber que algunas situaciones, objetos o estados internos son potencialmente peligrosos, cuando objetivamente no lo son. Estas experiencias de aprendizaje temprano pueden adquirirse por ver a los padres que actúan como modelos de temores graves hacia objetos o situaciones, como a animales pequeños (p. ej., como una fobia específica) o más sutiles, como experimentar sensaciones somáticas inexplicables (p. ej., trastorno de pánico con agorafobia o hipocondría). Nosotros consideramos que estas manifestaciones específicas de ansiedad representan los síntomas concretos del trastorno, y pueden ser variaciones relativamente triviales en la manifestación de un síndrome subyacente más amplio.

## 2. El papel de la regulación de las emociones

Un concepto importante para entender los trastornos emocionales es la regulación emocional. Por eso, abordamos las estrategias que las personas utilizan para influir en la aparición, la experiencia, la intensidad y la expresión de una amplia gama de emociones (p. ej., Gross, 2007; Kring y Sloan, 2010; Richards y Gross, 2000). La regulación y la desregulación emocional parecen jugar un papel importante en el mantenimiento de los trastornos emocionales, convirtiéndose así en nuestro objetivo de tratamiento. En concreto, los trastornos emocionales parecen caracterizarse, en cierto modo, por el intento de controlar en exceso las emociones positivas y negativas. Las personas preocupadas por la expresión y la experiencia de sus emociones pueden intentar estrategias de regulación de las emociones desadaptativas tales como la supresión o la evitación, ocultándolas o ignorándolas, produciendo así consecuencias no deseadas (Gross, 2007; Campbell-Sills y Barlow, 2007). Intentar en exceso controlar la experiencia emocional provoca, paradójicamente, un incremento de dichas emociones. Es este patrón el que puede desencadenar un círculo vicioso de aumento de la excitación fisiológica y emocional, dando lugar a más intentos fallidos de supresión o evitación, que a su vez contribuye a la creciente angustia psicológica.

Existe evidencia de que muchos de los trastornos emocionales se caracterizan, en cierta medida, por los intentos de regular (evitar) experiencias emocionales. Los ejemplos de este proceso en el contexto de la depresión, la ira y la manía se ofrecen en Barlow (2002). La integración de los conceptos de la regulación y desregulación emocional en la teoría y en la práctica del PU se revisó y actualizó en Campbell-Sills y Barlow (2007), Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich y Barlow (2009) y Wilamowska *et al.* (2010).

# Capítulo 3.

## Principios básicos y esquema del tratamiento

### 1. Principios básicos del tratamiento

Aunque el Protocolo Unificado (PU) se basa en principios tradicionales cognitivo-conductuales, su énfasis en la forma en que los individuos con trastornos emocionales experimentan sus emociones y responden a ellas es único, mostrando los procesos cognitivos y emocionales implícitos, haciéndolos explícitos y poniéndolos a disposición de los mecanismos psicológicos fundamentales de cambio. Estos mecanismos no solo cambian el comportamiento o la experiencia emocional, sino que también producen cambios en las funciones cerebrales (y crean nuevos recuerdos) (Craske y Mystkowski, 2006; Monfils, Cowansage, Clan y LeDoux, 2009). La premisa principal del tratamiento es que los individuos con trastornos emocionales utilizan estrategias de regulación emocional desadaptativas, (en concreto, intentos para evitar o disminuir la intensidad de las emociones incómodas) las cuales, en última instancia, resultan contraproducentes y contribuyen al mantenimiento de sus síntomas. Por tanto, el PU es un enfoque centrado en el tratamiento de la emoción, es decir, está diseñado para ayudar a los pacientes a que aprendan cómo afrontar y experimentar emociones incómodas, y para responder a sus emociones de una manera más adaptativa. Este tratamiento tiene como objetivo reducir la intensidad y la incidencia de las experiencias emocionales desadaptativas y mejorar el funcionamiento de los pacientes mediante la modificación de sus hábitos de regulación emocional. Es importante, sin embargo, entender que el PU no trata de eliminar las emociones incómodas, sino que más bien intenta llevar las emociones a un nivel funcional de modo que incluso las emociones incómodas puedan ser adaptativas y útiles.

En los primeros capítulos del manual del paciente, se les presenta el modelo de los tres componentes de las emociones, lo que les ayuda a comprender mejor la interacción que los pensamientos, emociones y conductas tienen en la generación de experiencias emocionales internas. Además, a los pacientes se les enseña a realizar un seguimiento de sus experiencias emocionales de acuerdo con este modelo. Esto ayuda a que los pacientes tengan un mayor conocimiento de su experiencia emocional (incluyendo los factores desencadenantes y las consecuencias de su conducta) y les ayuda a tener una visión más objetiva de sus emociones, en lugar de quedar «atrapados» en su respuesta emocional. En el capítulo 7 se trabaja la habilidad de «Conciencia Emocional», la cual se

centra en practicar la conciencia centrada en el presente y sin juzgar de la experiencia emocional. Esta toma de conciencia es una importante habilidad básica, que sirve para mejorar la comprensión de los siguientes conceptos del tratamiento. El PU insiste en la naturaleza adaptativa y funcional de las emociones y ayuda a facilitar una mayor tolerancia de las mismas.

Un segundo pilar básico en el PU consiste en desafiar las interpretaciones negativas y ansiosas relacionadas con las amenazas externas e internas, así como las sensaciones físicas y emocionales e incrementar la flexibilidad cognitiva. Se adaptan e innovan las intervenciones cognitivas existentes, como las de Aaron T. Beck (Beck, 1972, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) para centrarse en dos interpretaciones negativas: en primer lugar, la probabilidad de un suceso negativo (sobrestimación de la probabilidad) y, en segundo lugar, las consecuencias de ese hecho negativo si sucediera (catastrofización) (Barlow y Craske 2000; Zinbarg, Craske y Barlow, 2006). Además, a diferencia de otras terapias cognitivas, el PU no hace hincapié en la eliminación o supresión de pensamientos negativos y reemplazarlos por interpretaciones más adaptativas o realistas, sino en el aumento de la flexibilidad cognitiva como una estrategia de regulación emocional adaptativa. Se anima a los pacientes a utilizar estrategias de reevaluación no solo antes, sino también durante y después de situaciones emocionales intensas. Además, resalta la importancia de la interacción entre cogniciones, sensaciones físicas y conductas, como un componente importante de las experiencias emocionales emergentes. En el capítulo 8 del manual del paciente se hace una introducción a la evaluación y la reevaluación de las cogniciones emocionales negativas y se practica en el resto del tratamiento. Aunque la reevaluación cognitiva podría ser utilizada como una técnica de tratamiento independiente, nuestra experiencia es que es especialmente importante para ayudar a los pacientes en las exposiciones interoceptivas y en las exposiciones emocionales delimitadas situacionalmente que se realizan más tarde en el tratamiento.

La tercera habilidad básica en el PU es identificar y modificar tendencias de acción desadaptativas o conductas impulsadas por la emoción (CIE), que es también un objetivo principal durante los ejercicios de exposición. De hecho, como se sugirió por primera vez en 1988 (Barlow, 1988) en relación con el tratamiento de los trastornos fóbicos, es posible que uno de los objetivos cruciales sea la exposición para evitar CIE y facilitar comportamientos alternativos. Esto es consistente con las teorías y la evidencia científica sobre la emoción, que indican que centrarse en las acciones y la modificación de estas puede ser un medio eficaz para regular las emociones. Como Izard señaló en 1971, «el individuo aprende a actuar a su manera a través de una nueva forma de sentir» (p. 410). La idea de reducir los patrones de evitación y el cambio de las conductas desadaptativas se introduce al principio del tratamiento, durante la discusión inicial sobre la naturaleza de las emociones, y se describe con mayor detalle en los capítulos 9 y 10 del manual del paciente.

Aumentar la conciencia y la tolerancia a las sensaciones físicas a través de la

exposición interoceptiva representa una cuarta habilidad básica en el PU. A todos los pacientes, con independencia de su diagnóstico o alteraciones específicas de ansiedad, se les pide participar en una serie de ejercicios interoceptivos, diseñados para evocar sensaciones físicas análogas a las que normalmente se asocian con la ansiedad y el estrés. En un primer momento, nos centramos en la exposición interoceptiva tal y como se aplicaba en el tratamiento del trastorno de pánico (Barlow, 1988; Barlow y Cerny, 1988), en el que las sensaciones físicas sirven tanto como un disparador directo, como un foco específico de la ansiedad. Sin embargo, en el PU, la exposición interoceptiva se aplica de forma «transdiagnóstica» (al margen de que las sensaciones físicas sean un componente principal en la ansiedad del paciente o no) para aumentar la conciencia de las sensaciones físicas como componente básico de las experiencias emocionales y también para aumentar la tolerancia a estas sensaciones. A través de ejercicios de exposición interoceptiva, los pacientes comienzan a reconocer el papel de las sensaciones físicas en las experiencias emocionales, la identificación de la forma en que estas sensaciones somáticas podrían influir en los pensamientos y conductas y entender cómo los pensamientos y conductas pueden intensificar estas sensaciones.

Todos estos aspectos básicos del tratamiento se unen en la fase final del tratamiento de PU mediante ejercicios emocionales, un quinto componente importante del PU. Estos ejercicios hacen hincapié en la evocación y exposición a las experiencias emocionales internas y situacionales. Consistente con otras terapias cognitivo-conductuales (TCC) que utilizan la exposición, los ejercicios de exposición se producen de una manera gradual, «paso a paso», de modo que los pacientes se enfrentan a situaciones menos difíciles (y menos aversivas emocionalmente) antes de pasar a situaciones que provocan emociones más intensas. Sin embargo, es importante informar de que no hay ninguna razón para realizar las exposiciones de este modo. Las situaciones más difíciles provocan reacciones emocionales de mayor intensidad, pero no son más peligrosas que otras emociones. En todas las exposiciones, la atención se centra en reconocer completamente la situación, de modo que se identifican patrones de evitación y otras conductas de seguridad, para luego reducirlos o eliminarlos a través de los ejercicios de exposición y facilitar el nuevo aprendizaje y la creación de nuevos recuerdos. De esta manera, las conductas de evitación o supresión emocional se sustituyen por comportamientos de aproximación.

## **2. Descripción de los módulos de tratamiento**

Basándose en las cinco habilidades básicas que acabamos de mencionar, el PU se compone de cinco módulos de tratamiento que se dirigen a aspectos clave para la transformación y regulación de las experiencias emocionales:

1. Conciencia de la emoción centrada en el presente.
2. Flexibilidad cognitiva.

3. Evitación emocional y las CIE.
4. Conocimiento y tolerancia de las sensaciones físicas.
5. Exposición interoceptiva y a las emociones.

Basado en los enfoques tradicionales de la TCC, estos módulos están vinculados al modelo de los tres componentes de la emoción (pensamientos, emociones y conductas), incidiendo en el aumento de la conciencia del paciente en la interacción de estos componentes, así como la función de las emociones y de los comportamientos en el contexto de la experiencia en el momento presente. Colocar las experiencias emocionales en el momento presente con todos sus componentes permite al paciente identificar patrones de respuestas y estrategias de regulación emocional que son inconsistentes o incompatibles con las demandas situacionales o motivacionales. Por lo tanto, el PU se aleja de la focalización en síntomas específicos del trastorno y se orienta hacia los mecanismos subyacentes que existen a lo largo de todo el «espectro neurótico» (Barlow, 2002; Krueger, Watson y Barlow, 2005; Brown y Barlow, 2009). Estos cinco módulos principales son precedidos por un módulo centrado en la mejora de la motivación, la disposición para el cambio y el compromiso con el tratamiento, así como un módulo de introducción para explicar a los pacientes la naturaleza de las emociones y proporcionar un marco para la comprensión de sus experiencias emocionales. Asimismo, el último módulo consiste en revisar el progreso en el tratamiento y el desarrollo de estrategias de prevención de recaídas. A medida que avanza el tratamiento, los pensamientos, emociones y conductas se analizan con detalle, centrándose de manera específica en las estrategias disfuncionales de regulación emocional que el paciente ha desarrollado con el tiempo en cada uno de estos campos y en enseñarles habilidades de regulación emocional más adaptativas. Para más detalles sobre el desarrollo del manual y las modificaciones específicas de las versiones anteriores, remitimos al lector a Ellard *et al.* (2010).

Los módulos fueron construidos uno a partir del otro y diseñados para aplicarse de forma secuencial. Sin embargo, la flexibilidad del PU permite que cada módulo se complete dentro de un rango preestablecido de sesiones, permitiendo así las diferencias individuales en las aplicaciones. Por ejemplo, los individuos con excesiva e incontrolable preocupación podrían beneficiarse de una aplicación más intensa de la conciencia emocional sin juzgar centrada en el presente (Módulo 3), mientras que los individuos con comportamientos compulsivos repetitivos pueden beneficiarse de una mayor práctica y atención a la evitación emocional y a las CIE (Módulo 5).

A continuación mostramos una descripción de los módulos de tratamiento de PU y unas orientaciones generales sobre el número de sesiones que el terapeuta puede llevar a cabo en cada módulo. Como se señaló con anterioridad, el número de sesiones para cada módulo puede variar de un paciente a otro, dependiendo de lo que parece ser clínicamente útil para cada paciente en particular, y el terapeuta puede modificarlo según considere necesario. Le recomendamos que cada paciente complete todos los módulos de

tratamiento, si es posible, incluso si el módulo no parece que se relacione directamente con el problema que presenta. Por ejemplo, algunos pacientes no parecen experimentar sensibilidad significativa a las sensaciones físicas y por tanto, a priori, la exposición interoceptiva no parecería estar indicada. Sin embargo, a lo largo de nuestra experiencia, muchos de estos pacientes obtienen algún beneficio tras la aplicación de estas técnicas, ya que les da la oportunidad de reconocer las sensaciones físicas como un componente importante de las experiencias emocionales. De nuevo, la flexibilidad de la duración de las sesiones de cada módulo proporciona el terapeuta cierta libertad en cuanto al tiempo que ha de centrarse en las técnicas del tratamiento para un paciente particular.

## **MÓDULO 1**

### **MEJORAR LA MOTIVACIÓN Y EL COMPROMISO CON EL TRATAMIENTO**

Duración: 1 sesión

Capítulo correspondiente en el Manual del terapeuta: 5

Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 4

Este módulo se centra en el aumento de la disposición y motivación para el cambio de comportamiento del paciente, y el fomento de la autoeficacia, o la creencia en su capacidad para alcanzar con éxito el cambio. A los pacientes se les da la oportunidad de sopesar los pros y contras de cambiar o de permanecer igual. También se les da la oportunidad de establecer los objetivos de tratamiento, con especial atención en hacerlos más concretos, e identificar posibles pasos para el logro de sus objetivos de tratamiento. Además, el capítulo que acompaña a este módulo que se encuentra en el capítulo 5 de esta guía incluye una serie de principios terapéuticos que se describen para el terapeuta y que se pueden utilizar durante todo el tratamiento para mejorar la adherencia al tratamiento y mantener la motivación del paciente para el cambio de conducta. Este módulo se incorporó en el PU tras la investigación llevada a cabo por Westra y cols. que muestra la eficacia de estas técnicas como complementarias en el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Westra y Dozois, 2006; Westra, Arkowitz, y Dozois, 2009) y se fundamenta en los principios y técnicas utilizadas en la *Motivational Interviewing* [*Entrevista motivacional*, 2012] (Miller y Rollnick, 2002).

## **MÓDULO 2**

### **ENTENDIENDO LAS EMOCIONES**

Duración: 1-2 sesiones

Capítulos correspondientes en el Manual del terapeuta: 6-7

Capítulos correspondientes en el Manual del paciente: 5-6

Los conceptos clave de este módulo incluyen la psicoeducación sobre la naturaleza de las emociones, los principales componentes de la experiencia emocional y el concepto de las respuestas aprendidas. En este módulo se espera que los pacientes desarrollen una mayor conciencia de sus propios patrones de respuesta emocional, incluyendo posibles factores de mantenimiento (desencadenantes comunes y/o contingencias ambientales), comenzando a observar y registrar estas experiencias.

### **MÓDULO 3**

#### **ENTRENAMIENTO EN CONCIENCIA EMOCIONAL: APRENDIENDO A OBSERVAR LAS EXPERIENCIAS**

Duración: 1-2 sesiones

Capítulo correspondiente en el Manual del terapeuta: 8

Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 7

El módulo de conciencia emocional está diseñado para ayudar a los pacientes a identificar mejor cómo reaccionan y responden a sus emociones y entrenen la conciencia emocional centrada en el presente y sin juzgar. En este módulo, se espera que los pacientes comiencen a desarrollar habilidades que les permitan observar objetivamente sus experiencias emocionales cuando se están dando, en el momento presente, permitiéndoles así trabajar en la identificación de pensamientos específicos, sensaciones físicas y conductas que pueden estar contribuyendo a su malestar. Estas habilidades se desarrollan mediante la práctica de ejercicios breves de mindfulness y de inducción de emociones.

### **MÓDULO 4**

#### **LA EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN COGNITIVA**

Duración: 1-2 sesiones

Capítulo correspondiente en el Manual del terapeuta: 9

Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 8

En el módulo 4, se discute el primer componente de los tres presentados en el módulo 2. A los pacientes se les enseña a considerar el papel desadaptativo de las evaluaciones automáticas en las experiencias emocionales que vayan surgiendo. En este módulo, los pacientes aprenden a identificar sus patrones de pensamiento, a practicar formas de modificar los patrones de pensamiento desadaptativos y aumentar la flexibilidad en la valoración de diferentes situaciones.

### **MÓDULO 5**

#### **EVITACIÓN EMOCIONAL DE CONDUCTAS IMPULSADAS POR LA EMOCIÓN (CIE)**

Duración: 1-2 sesiones  
Capítulos correspondientes en el Manual del terapeuta: 10-11  
Capítulos correspondientes en el Manual del paciente: 9-10

Este módulo se centra en el componente conductual de la experiencia emocional. En esta parte del tratamiento, el terapeuta ayuda a los pacientes en la identificación de patrones de evitación emocional y las conductas impulsadas por la emoción CIE desadaptativas. Cuando los pacientes tienen una mayor comprensión acerca de cómo estos comportamientos mantienen el malestar, se trabaja para cambiar los patrones de respuesta emocional actuales.

## **MÓDULO 6**

### **CONCIENCIA Y TOLERANCIA DE LAS SENSACIONES FÍSICAS**

Duración: 1 sesión  
Capítulo correspondiente en el Manual del terapeuta: 12  
Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 11

Este módulo se centra en aumentar la conciencia sobre el papel de las sensaciones físicas en las experiencias emocionales. El terapeuta realiza una serie de ejercicios de exposición interoceptiva diseñados para evocar sensaciones físicas análogas a las que normalmente se asocian con la ansiedad y el malestar. El propósito de estos ejercicios es permitir que el paciente comience a identificar cómo las sensaciones físicas influyen en los pensamientos y comportamientos, así como los pensamientos y comportamientos pueden influir en las sensaciones físicas. A través de exposiciones interoceptivas, los pacientes también comienzan a desarrollar una mayor tolerancia a estas sensaciones.

## **MÓDULO 7**

### **EXPOSICIÓN EMOCIONAL INTEROCEPTIVA Y SITUACIONAL**

Duración: 4-6 sesiones  
Capítulo correspondiente en el Manual del terapeuta: 13  
Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 12

Este módulo se centra en la exposición a ambos activadores emocionales: internos (incluyendo sensaciones físicas) y externos, que ofrecen al paciente la oportunidad de aumentar su tolerancia a las emociones y permite un nuevo aprendizaje contextual. El foco de la exposición está en la experiencia emocional que surge en esas situaciones y puede realizarse en sesión, en imaginación o en vivo. En este módulo, el terapeuta ayuda al paciente a diseñar una jerarquía de evitación emocional, que contiene un rango de

situaciones de modo que las exposiciones pueden realizarse de manera gradual durante el resto del tratamiento.

## MÓDULO 8

### MANTENIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Duración: 1 sesión

Capítulo correspondiente en el Manual del terapeuta: 15

Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 14

El tratamiento concluye con una revisión general de los conceptos de tratamiento y un análisis de la evolución del paciente. El terapeuta ayuda al paciente a identificar maneras de mantener los logros del tratamiento y anticipar futuras dificultades, y anima al paciente a utilizar las técnicas de tratamiento para progresar en la consecución de objetivos a corto plazo y a largo plazo.

### **3. Resumen de las técnicas utilizadas en el tratamiento**

El tratamiento está diseñado para ser llevado a cabo en 12-18 sesiones de 50-60 minutos de duración aproximadamente. Las sesiones se deben realizar cada semana, aunque hacia el final del tratamiento el terapeuta puede optar por realizar sesiones cada 2 semanas para que los pacientes tengan más tiempo para experimentar, practicar y superar los problemas residuales.

Los cuatro primeros capítulos de esta guía proporcionan información introductoria y general sobre el programa de tratamiento. Los capítulos siguientes proporcionan instrucciones paso a paso para facilitar el tratamiento y la realización de las sesiones. Cada uno de estos capítulos corresponde a un capítulo en el manual del paciente, como se indica y se organiza a continuación:

- Una lista de materiales (o registros).
- Objetivos.
- Un resumen de la información correspondiente al capítulo del manual del paciente.
- Un resumen de conceptos clave.
- Una descripción de los principios subyacentes a los procedimientos particulares del tratamiento.
- Casos prácticos que ilustran las preguntas más frecuentes o problemas que puedan surgir y ejemplos de las respuestas del terapeuta.
- Sugerencias para el manejo de las respuestas atípicas o problemáticas del paciente.
- Descripción de las tareas para casa.

Le recomendamos que lea el (los) capítulo(s) correspondiente(s) del manual del paciente antes de la sesión de la semana, además de la lectura de la información pertinente en esta guía. Algunos terapeutas prefieren que los pacientes lean el (los) capítulo(s) antes de la sesión, para que el terapeuta pueda plantear cuestiones y tareas, así como responder a sus dudas. Otros terapeutas prefieren que los pacientes lean cada capítulo(s) una vez que la sesión haya terminado y así consolidar los puntos tratados durante la sesión. Los autores seguimos en general esta última estrategia y asignamos la lectura del (de los) capítulo(s) del manual del paciente después de cada sesión.

La tabla 3.1 proporciona un ejemplo de cómo el terapeuta podría trabajar a través de los capítulos en el manual del paciente. Una vez más, el número de sesiones para cada uno de los módulos principales del PU y, por tanto, el número total de sesiones de tratamiento pueden variar de un paciente a otro, según el criterio del terapeuta. Por ejemplo, un paciente que se preocupa constantemente y tiene dificultades para «anclarse en el presente» puede pasar más tiempo desarrollando habilidades de conciencia, mientras que un paciente que tiene, sobre todo, pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos pueden beneficiarse de pasar más tiempo en los módulos de tratamiento posteriores, ya que están más directamente enfocados a contrarrestar la evitación de situaciones temidas y modificar las conductas desadaptativas.

**Tabla 3.1 Ejemplo de esquema del programa**

Semana(s) de tratamiento y módulo	Capítulo Manual del paciente	Capítulo Manual del terapeuta
Semana 1 Introducción	Capítulo 1: ¿Cuáles son los trastornos emocionales? Capítulo 2: ¿Es este tratamiento el adecuado para tí? Capítulo 3: Aprender a registrar tus experiencias.	Capítulo 4: Resumen del formato y los procedimientos del tratamiento general.
Semana 2 Módulo 1	Capítulo 4: Motivación para el cambio y establecimiento de los objetivos del tratamiento.	Capítulo 5: Mejorar la motivación y el compromiso con el tratamiento.
Semanas 3 y 4 Módulo 2	Capítulo 5: Comprensión de tus emociones. Capítulo 6: Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales.	Capítulo 6: Comprender tus emociones. Capítulo 7: Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales.
Semanas 5 y 6 Módulo 3	Capítulo 7: Aprender a observar tus emociones y las reacciones a tus emociones.	Capítulo 8: Aprender a observar experiencias.
Semanas 7 y 8	Capítulo 8: Comprender los pensamientos: Pensar lo peor y sobrestimar el riesgo.	Capítulo 9: Evaluación y reevaluación cognitiva.

Módulo 4

Semanas 9 y 10 Módulo 5	Capítulo 9: Comprendiendo tus conductas 1: evitación emocional. Capítulo 10: Comprendiendo tus conductas 2: Conductas impulsadas por la emoción (CIE).	Capítulo 10: Evitación de emociones. Capítulo 11: Conductas impulsadas por la emoción.
Semana 11 Módulo 6	Capítulo 11: Comprender y hacer frente a las sensaciones físicas.	Capítulo 12: Conocimiento y tolerancia de las sensaciones físicas.
Semanas de la 12 a la 17 Módulo 7	Capítulo 12: Puesta en práctica: afrontar tus emociones en las situaciones en que se producen.	Capítulo 13: Exposición emocional, interoceptiva y situacional.
Semana 18 Módulo 8	Capítulo 13: Medicación para la ansiedad, depresión y trastornos emocionales relacionados. Capítulo 14: Pasos a partir de aquí: reconociendo tus logros y mirando hacia el futuro.	Capítulo 14: Medicación para la ansiedad, depresión y trastornos emocionales relacionados. Capítulo 15: Logros, mantenimiento y prevención de recaídas.

## **Capítulo 4.**

# **Visión general del formato y del procedimiento a seguir en el tratamiento**

### **1. Presentación del programa al paciente**

Los objetivos de este programa de tratamiento son ayudar a los pacientes a aprender a entender mejor sus experiencias emocionales, comprender el contexto en el que se están produciendo y modificar las estrategias desadaptativas para el manejo de las experiencias emocionales desagradables; siempre intentando aprender cómo tolerar mejor las emociones «incómodas» o desagradables. Al presentar el programa de tratamiento a los pacientes, es importante transmitir que el objetivo no es eliminar las emociones de miedo, ansiedad, tristeza, ira, etc. De hecho, la eliminación de estas emociones no sería adecuado, porque las emociones nos proporcionan mucha información importante cuando son funcionales, adaptativas. En cambio, este tratamiento se centra en conseguir una mayor conciencia y comprensión de cómo las experiencias emocionales y las respuestas a estas experiencias están contribuyendo a los síntomas. Este tratamiento también ayudará a los pacientes a tomar conciencia de todo el conjunto de experiencias que provocan emociones desagradables, las cuales pueden incluir eventos tanto positivos, como negativos, y ayudarles a aprender maneras más adaptativas de responder a esos desencadenantes emocionales.

Es importante tener en cuenta que muchas personas presentan trastornos del estado del ánimo y de ansiedad, con emociones incómodas que, a veces, no solo se limitan a las emociones negativas, sino que también pueden incluir emociones positivas. Las emociones positivas pueden ser experimentadas, en ocasiones, como una amenaza en las que el paciente se siente «en guardia» o vulnerables a una catástrofe imprevista. Por ejemplo, algunas personas tienen dificultad en dejar de lado sus preocupaciones y sentirse felices cuando algo bueno les está pasando porque creen que «no puede ir todo tan bien» y que algo malo va a suceder. Dejar de lado sus preocupaciones y sentirse feliz hace que algunas personas se sientan vulnerables. Otros pueden tener dificultades para disfrutar de sensaciones agradables porque piensan que no lo merecen o se sienten indignos y, como tal, la experiencia de estas sensaciones agradables se vuelve incómoda. Por lo tanto, este tratamiento está diseñado para ayudar a los pacientes a ser más conscientes de todas sus experiencias emocionales, aprender a hacer frente y

experimentar una gran variedad de emociones incómodas, tanto negativas como positivas, y aprender a responder a sus emociones de una manera más adaptativa. Este tratamiento ayudará a los pacientes a modificar las estrategias desadaptativas que han utilizado para evitar emociones, estrategias que en última instancia, son contraproducentes, que sirven para prolongar y exacerbar las emociones incómodas y que, además, contribuyen al mantenimiento de los síntomas. En resumen, ayudará a los pacientes a tener más control sobre sus *respuestas* emocionales, para evitar que lleguen a ser excesivas o abrumadoras.

Es conveniente explicar a los pacientes que la modificación de las respuestas podría ser difícil, sobre todo al principio, ya que el progreso no es un proceso lineal. La fluctuación de los síntomas es normal en el curso del tratamiento, en especial cuando se pide a los pacientes que participen en tareas que constituyen retos, desafíos, para ellos. Sin embargo, el resultado final debe ser una mejora sustancial del funcionamiento global y de las respuestas emocionales. Informar a los pacientes que, en las primeras sesiones, ellos explorarán las consecuencias que tienen las emociones y los diversos componentes de una experiencia emocional. También se introducirán registros a través de los cuales, los pacientes pueden empezar a analizar sus propias experiencias emocionales y la manera en que responden a estas experiencias. A medida que avanza el tratamiento, los pacientes explorarán sus experiencias emocionales y sus reacciones con mayor detalle, centrándose en identificar las respuestas que no son útiles y reemplazándolas por respuestas más adaptativas.

## **2. Su papel como terapeuta**

Es conveniente que su papel sea el de un colaborador en lugar de una «autoridad». Tanto usted como el paciente deben trabajar juntos durante todo el programa para diseñar un plan de tratamiento lo más efectivo posible. Los cambios en los patrones de conducta son difíciles y los pacientes tendrán que dar su opinión sobre lo que es útil para ellos y lo que no, con el fin de poder diseñar e implementar un plan de tratamiento más efectivo. Hay que tratar de tener un conocimiento amplio y profundo sobre los problemas que tiene el paciente y trabajar para establecer una buena relación terapéutica; ambos aspectos son cruciales para establecer una base sólida sobre la que añadir conceptos nuevos del tratamiento y llevar a cabo, con éxito, ejercicios cada vez más complejos, que se irán introduciendo en las siguientes sesiones.

## **3. Estructura de la sesión**

Al igual que en la mayoría de los protocolos de tratamientos cognitivo-conductuales, las

sesiones suelen comenzar con una revisión de las tareas asignadas en la sesión anterior. Con la revisión de las tareas, se brinda la oportunidad de repasar de forma breve con el paciente el contenido de la sesión anterior y enlazarlo con lo que el paciente ha experimentado durante la semana desde la última sesión. También debería utilizar la revisión de tareas para evaluar el progreso del paciente e informar sobre el material incluido en la sesión actual. Tras la revisión de las tareas, se presentarán los conceptos clave y se llevarán a cabo los ejercicios de la sesión para ayudar al paciente a comprender las habilidades del tratamiento que va a aprender. Esta explicación didáctica e interactiva del desarrollo de habilidades constituye el núcleo principal de la sesión. Al final de cada sesión se ayudará al paciente a consolidar lo que haya aprendido, pidiéndoles que resuma con qué se ha quedado de la sesión o los puntos clave que se han visto en la sesión y si hay algo de la sesión que le haya producido alguna reacción negativa o que le «haya chocado». Finalmente, se asignan las tareas para casa que ha de hacer durante la semana.

#### **4. Tareas para casa y prácticas de la sesión**

Cada semana se asignan a los pacientes tareas para casa y se les pide que practiquen las habilidades nuevas que han aprendido con el fin de reforzar los conceptos de la sesión de la semana anterior. Los estudios científicos indican que la realización de las tareas facilita la práctica de las habilidades adquiridas en el tratamiento, y es necesaria para maximizar los beneficios del tratamiento. Por tanto, es importante transmitir a los pacientes que:

1. Acudir a las sesiones y prestar atención a los conceptos facilita el cambio.
2. La aplicación y práctica de los conceptos «en la vida real» es lo que va a dar lugar a cambios notables y duraderos.
3. Todas las semanas, los pacientes recibirán registros para realizar las tareas, los cuales deben ser llevados a la siguiente sesión para facilitar la discusión de los problemas, dificultades y obstáculos.
4. Supervisar el gráfico de progreso de las escalas OASIS y ODSIS ayudará al paciente a evaluar su evolución a lo largo del tratamiento. Los registros pueden servir como un poderoso motivador y una fuente importante de discusión durante las sesiones, así como para normalizar los sentimientos que un paciente puede tener si ha «dado marcha atrás», recordando que el progreso no se produce de forma lineal.

Al final de cada sesión, se recomienda a los pacientes que lean los capítulos del manual del paciente correspondientes al material que se ha abordado en la sesión. Los pacientes a menudo consideran este repaso muy útil para consolidar lo aprendido ese día. Además, aunque continúe trabajando los siguientes módulos, es posible que algún

paciente necesite continuar con las tareas de los anteriores, si está justificada esta práctica adicional. Por ejemplo, una vez que el paciente comienza a practicar la «conciencia centrada en el presente», en el capítulo 3, puede seguir practicándola durante el resto del tratamiento, si está indicado clínicamente.

## **5. Revisión de las tareas para casa**

A partir de la segunda sesión (o a partir de cuando se les diga que hay que revisar los «deberes») es conveniente comenzar la sesión revisando las tareas para casa. Comenzar cada sesión de esta manera cumple tres funciones importantes:

1. La rutina de iniciar la sesión con el repaso de las tareas para casa refuerza el papel que desempeñan para el éxito del programa. Si el paciente tiene dificultad para llevarlas a cabo, abordaremos el problema de inmediato, ayudando al paciente a identificar los obstáculos para el cumplimiento de las tareas, diseñando un plan para que pueda realizarlas.
2. Revisar las tareas para casa les permite corregir cualquier malentendido acerca de los conceptos tratados en la sesión anterior y proporciona la oportunidad al paciente de hacer cualquier pregunta o expresar cualquier inquietud.
3. En último lugar, revisando las tareas para casa se obtiene importante información sobre las experiencias actuales del paciente y se pueden utilizar para ilustrar conceptos posteriores.

## **6. Compromiso del paciente**

Con el fin de que este tratamiento sea eficaz, se espera que los pacientes se comprometan y saquen tiempo para venir a la sesión cada semana. Es necesario recomendar a los pacientes acudir a las sesiones semanales de tratamiento y priorizar las tareas para casa. Recordar a los pacientes que el tratamiento tiene un periodo de duración relativamente corto y priorizarlo les permitirá aprovechar todas las ventajas del programa y darles la oportunidad de alcanzar con éxito sus objetivos de tratamiento.

## **7. Hacer frente a la ambivalencia y resistencia del paciente**

Una de las dificultades más comunes que surgen al trabajar con los pacientes es la ambivalencia que sienten en la realización de ciertas técnicas del tratamiento, incluyendo la ejecución de algunas tareas. Cuando los pacientes no cumplen con ciertos métodos seguidos en el tratamiento, los terapeutas pueden asumir que el paciente carece de

motivación para el cambio. Sin embargo, es importante tener en cuenta que en el tratamiento les estamos pidiendo a los pacientes que realicen las mismas cosas en las que han tenido dificultades en el pasado y que se enfrenten a sensaciones físicas y a otras situaciones que les producen emociones intensas e incómodas. Esto puede suponer un reto. Como se ha señalado, la resolución de la ambivalencia y fomentar un mayor compromiso con el cambio, se trata con mayor detalle en el capítulo 5 de este manual.

## **8. Revisión del motivo de consulta del paciente**

Antes de iniciar el tratamiento, es necesario realizar una evaluación funcional detallada de la naturaleza del motivo de consulta que presenta el paciente. A pesar de que suele ser un proceso continuo que implica una serie de iteraciones, se comienza preguntando a los pacientes cuáles son sus preocupaciones actuales. Si se dispone, puede ser útil el uso de una entrevista de diagnóstico, como la que se describe en el capítulo 1 de esta guía, para examinar las áreas específicas de las preocupaciones.

Durante la realización de una evaluación funcional, hay que asegurarse de identificar los siguientes componentes clave:

1. Las principales experiencias emocionales que tienen a diario los pacientes (por ejemplo: miedo, ansiedad, tristeza, ira, culpa, remordimiento, vergüenza, etc.) y cómo estas experiencias emocionales afectan a sus vidas.
2. Cómo estas emociones pueden estar interfiriendo en el funcionamiento del paciente (p. ej., cómo los pacientes están limitados a causa de emociones incómodas o incontrolables).
3. Las consecuencias físicas asociadas a las emociones demasiado intensas (fatiga, problemas de sueño, dolor estomacal...).
4. Las técnicas o estrategias que los pacientes utilizan para manejar las emociones incómodas.

Durante las primeras sesiones de tratamiento, es importante obtener una clara comprensión de las quejas que presentan los pacientes y las principales áreas de dificultad, presentar a los pacientes el modelo de tratamiento y comenzar a construir una sólida alianza terapéutica. Además, se empezará ayudando a los pacientes a identificar las contingencias que mantienen sus actuales patrones de respuesta emocional y los factores desencadenantes comunes. Todavía no es importante analizarlo y discutirlo de forma detallada, sino simplemente hay que hacerle ver el tipo de estrategias que utiliza para reducir la intensidad de las emociones hasta el momento. Es posible que los pacientes empiecen a tener dudas cuando se les sugiera que estas estrategias no han sido muy efectivas hasta el momento. Entonces, por ejemplo, se podría preguntar: «¿Ha sido efectiva la estrategia?» o «¿Para qué le ha servido esta estrategia?»». A medida que el

tratamiento avanza y el paciente comienza a explorar sus experiencias emocionales y cómo reacciona a ellas de manera más detallada, se puede empezar a trabajar con ejemplos más específicos en los que el paciente parece quedar atrapado en respuestas desadaptativas a las experiencias emocionales.

**Segunda parte**  
**Módulos de tratamiento**

# Capítulo 5. Módulo 1.

## Mejora de la motivación para un compromiso con el tratamiento

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 4)

### MÓDULO 1

#### MEJORAR LA MOTIVACIÓN Y EL COMPROMISO CON EL TRATAMIENTO

##### MATERIALES NECESARIOS

- Hoja de balance decisional.
- Hoja para el establecimiento de objetivos de tratamiento.

##### OBJETIVOS

- Introducir el concepto de motivación y analizar su importancia para el cambio.
- Ayudar a los pacientes a analizar los costes y beneficios de cambiar.
- Ayudar a los pacientes a analizar los costes y beneficios de permanecer igual.
- Ayudar a los pacientes a establecer objetivos específicos de tratamiento.
- Ayudar a los pacientes a establecer pasos alcanzables para conseguir los objetivos de tratamiento.

##### RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 4 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- La ambivalencia es una parte natural del proceso de cambio de conducta. La motivación para participar en el tratamiento fluctuará a lo largo del mismo. Explorar los pros y contras para cambiar, así como para permanecer igual, puede ayudar a resolver parte de esta ambivalencia.
- Los objetivos hacen referencia a estados o situaciones futuras que las personas están interesadas en que ocurran o esperan evitar que ocurran. Algunos objetivos son alcanzables en cuestión de horas («ir al gimnasio esta tarde»), mientras que otros pueden costar más tiempo de conseguir («hacer más amigos»), y algunos son objetivos para los que las personas están continuamente trabajando (p. ej., «sentirse más feliz»).
- Establecer objetivos específicos y alcanzables ha demostrado, sistemáticamente, que mejora las posibilidades de un cambio de conducta exitoso. Identificar objetivos específicos y establecer los pasos para alcanzar esos objetivos ayuda a mantener alta la motivación y aumenta las posibilidades de lograr nuestros objetivos.

##### CONCEPTOS CLAVE

En esta sección, los objetivos para el paciente son:

- Entender que la incertidumbre acerca del cambio de conducta es una parte natural del proceso de tratamiento.
- Identificar pros y contras del cambio.
- Definir objetivos de tratamiento a corto y largo plazo.

## **1. Motivación**

La motivación y el compromiso son fundamentales para los pacientes que comienzan el proceso de tratamiento para los trastornos emocionales. La realización de las tareas para casa y el compromiso con el tratamiento están fuertemente asociados con la respuesta al tratamiento y con mejores resultados del mismo. Este módulo ofrece un conjunto de habilidades o principios terapéuticos que han demostrado de forma empírica que pueden ayudar a que los pacientes resuelvan su ambivalencia para el cambio, y fomentar así la motivación para participar en el tratamiento. Este trabajo se basa en gran medida en la literatura que evalúa la eficacia de la entrevista motivacional en personas con trastornos por consumo de alcohol y sustancias (Miller y Rollnick, 2002), y en la reciente investigación que ha adaptado los principios de la entrevista motivacional para pacientes con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Westra y Dozois, 2003, 2006).

En este módulo se ayudará al paciente a incrementar su preparación y motivación para el cambio de conducta a través de dos ejercicios de motivación: el ejercicio de balance decisional, en el que los pacientes sopesan los pros y contras de cambiar o permanecer igual, y un ejercicio para establecer las metas u objetivos de tratamiento, en el que los pacientes tienen la oportunidad de definir sus objetivos de tratamiento, y son guiados para hacerlos más concretos. Ambos ejercicios se exponen con mayor detalle más tarde en este capítulo. Probablemente, los pacientes se beneficiarán de la utilización de estos ejercicios como una intervención inicial, administrándose antes de comenzar los módulos de tratamiento básicos que se presentan en esta guía. De todas formas, la mayoría de los pacientes se beneficiarán también del manejo de los principios básicos para aumentar la motivación a lo largo del tratamiento. Por ejemplo, antes de iniciar las exposiciones emocionales, los pacientes podrían beneficiarse de un breve repaso de sus motivaciones para el cambio, o si los pacientes experimentan algún retroceso durante el tratamiento, probablemente se beneficiarían de los beneficios terapéuticos de recuperar la creencia en su capacidad para cambiar. Por lo tanto, antes de realizar los ejercicios de motivación con el paciente, y con el fin de continuar utilizando estos principios durante todo el tratamiento, es importante que el terapeuta tenga una clara comprensión de los principios básicos para mejorar la motivación. Se expone esto con más detalle en la siguiente sección.

## **2. Principios para mejorar la motivación**

Como se describe en Miller y Rollnick (2002) hay cuatro principios generales que subyacen a las terapias para mejorar la motivación: 1) Expresar empatía, 2) Desarrollar discrepancia, 3) Darle un giro a la resistencia y 4) Fomentar la autoeficacia. A continuación analizaremos cada principio.

### **Principio 1. Expresar empatía**

Derivado del enfoque centrado en el cliente de Carl Rogers, el primer principio terapéutico es crear un estilo terapéutico empático para sentar las bases para el cambio. Este principio considera la ambivalencia como una parte natural del proceso de cambio, y alienta al terapeuta para responder a esta ambivalencia sin juzgar, con empatía por la lucha del paciente. Esta respuesta sirve para distintos propósitos, incluyendo el permitir al terapeuta modelar la conciencia sin juzgar de la experiencia del paciente, y ayudar a alinear al terapeuta al lado del paciente permaneciendo, durante el curso del tratamiento, juntos como colaboradores. Las habilidades terapéuticas clave para la aplicación de este principio son el uso de preguntas abiertas y la escucha reflexiva. Reflejar la lucha del paciente demuestra, hacia él o ella, que el terapeuta es consciente *tanto* de la ambivalencia *como* del deseo de cambio del paciente.

### **Principio 2. Desarrollar discrepancia**

La propia naturaleza de los trastornos emocionales sugiere al menos cierta ambivalencia sobre cambiar las respuestas a los síntomas depresivos y ansiosos, ya que el paciente es, al menos parcialmente, consciente de cómo los síntomas han afectado de manera negativa su vida. Sin embargo, el cambio de estas respuestas por parte del paciente ha sido probablemente difícil, si no imposible. Por ejemplo, un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) podría reconocer que su conducta compulsiva es excesiva, pero al mismo tiempo creer que si *no* realiza la compulsión aumentará la probabilidad de que el resultado temido, o ciertas consecuencias catastróficas (el contenido de la obsesión) ocurrirán. Por otro lado, un paciente con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) podría sentirse muy angustiado por la preocupación, pero también cree que la preocupación ofrece un importante sentido de control sobre la ansiedad. Como se mencionó con anterioridad, esta ambivalencia es una parte natural del proceso de cambio de conducta. El trabajo del terapeuta es tratar de ayudar a los pacientes a impulsar el equilibrio de la balanza hacia el cambio de conducta ampliando la discrepancia entre la situación actual del paciente y su situación ideal o deseada. Si una persona considera su conducta actual como una interferencia con sus objetivos y valores personales más importantes, la posibilidad de modificar la conducta aumenta. Influir en el grado en que una determinada conducta se percibe como discrepante con los propios objetivos o valores aumenta la probabilidad de que la conducta sea cambiada. Una serie de técnicas

específicas para ayudar a los pacientes a desarrollar discrepancia e inclinar el balance decisional hacia el cambio de conducta se presentan en el capítulo 4 del manual del terapeuta. Las habilidades terapéuticas clave para aplicar este principio incluyen la identificación y reflejo selectivo de estados o sentimientos que apoyan el cambio de conducta.

### **Principio 3. Darle un giro a la resistencia**

Un problema frecuente en el que los terapeutas algunas veces caen es el de argumentar a favor del cambio de conducta. Por desgracia, a menudo esto tiene un efecto no deseado en el paciente que presenta argumentos *en contra* de dicho cambio. El tratamiento puede entonces convertirse en una lucha entre el terapeuta y el paciente, en lugar de en un proceso de colaboración. Para evitar este problema, el terapeuta responde a la resistencia o a la ambivalencia del paciente no con confrontación sino con la aceptación de la misma, e intenta generar perspectivas alternativas para el paciente. Un principio fundamental de las técnicas para mejorar la motivación es que el cambio proviene y es iniciado por *el propio paciente*. Desde esta perspectiva, la resistencia de los pacientes es una señal para que el terapeuta les ayude a explorar su ambivalencia. Esto involucra al paciente de forma activa en el proceso de solución de problemas y le permite iniciar su propio cambio de comportamiento. Las habilidades terapéuticas clave para la aplicación de este principio incluyen validar las preocupaciones del paciente y utilizar preguntas abiertas para generar nuevas perspectivas y facilitar la solución de problemas de los pacientes.

### **Principio 4. Fomentar la autoeficacia**

La investigación ha demostrado que, más allá de la intención de cambiar una conducta, creer en la propia capacidad para cambiar con éxito esa conducta predice el cambio actual de la misma. Por lo tanto, la creencia de un paciente en su capacidad de cambiar con éxito la conducta en cuestión, o la *autoeficacia*, es una variable fundamental para mejorar la motivación. Los pacientes que participan en un tratamiento a menudo sienten que no son capaces de cambiar su conducta por sí mismos, o que ya han tratado de cambiarla en distintas ocasiones y no lo han conseguido. Por lo tanto, es importante que el terapeuta preste especial atención a fomentar la autoeficacia para un cambio de conducta exitoso, además de aumentar la motivación para ese cambio. Este principio se emplea a lo largo de todo el tratamiento, reforzando tanto las afirmaciones de cambios de conducta positivos, como los pasos realizados o intentos hacia ese cambio. Una serie de técnicas o ejercicios más específicos para mejorar la autoeficacia se discuten en la siguiente sección.

### **3. Fases para mejorar la motivación**

Como regla general, la mejora de la motivación se desarrolla en dos fases (ver Miller y Rollnick, 2002). Los cuatro principios se utilizan a lo largo de las dos fases de este proceso. La primera fase se centra en *desarrollar la motivación* para el cambio de conducta, utilizando los cuatro principios básicos para el aumento de la motivación descritos con anterioridad. Esta fase consiste en técnicas diseñadas para identificar metas personales importantes, resaltar la discrepancia entre la conducta actual y las metas personales, y explorar los costes y beneficios asociados con el cambio de conducta. Utilizamos la Hoja del Balance Decisional para ayudar a los pacientes a construir su motivación para el cambio. La segunda fase se centra en mejorar las creencias de los pacientes acerca de su capacidad para cambiar con éxito su conducta (de nuevo, basándose en los cuatro principios de la mejora de la motivación). Esta fase aprovecha el impulso del ejercicio del balance decisional para aumentar la autoeficacia del paciente para el cambio de conducta exitoso. Las técnicas utilizadas en esta fase incluyen el establecimiento de objetivos para el cambio de conducta específicos y concretos, generar y explorar planes diferentes para el cambio de conducta, y comprometerse a llevar a cabo un plan de cambio de conducta. Utilizamos la Hoja para el Establecimiento de Objetivos de Tratamiento para ayudar a los pacientes a fortalecer su autoeficacia para cambiar su conducta.

#### **3.1 El desarrollo de la motivación. Hoja de balance decisional**

Este ejercicio ayuda a los terapeutas y a los pacientes a responder directamente a la ambivalencia respecto al cambio mediante el análisis de los pros y contras de permanecer igual y cambiar. Una vez que el paciente ha comprendido lo que conlleva el tratamiento, él o ella puede sentirse abrumado por la idea de implicarse en el tratamiento, lo que provoca, como es natural, ambivalencia. Incluso de los pacientes más motivados se puede esperar que experimenten fluctuaciones en sus niveles de motivación durante el curso del tratamiento. Por estas razones, es útil que los pacientes completen un ejercicio para que les ayude a comenzar a concienciarse y aprender cómo abordar algunas fuentes potenciales de su propia ambivalencia, completando la Hoja de Balance Decisional en el capítulo 4 del manual del paciente.

#### **3.2 Mejorar la autoeficacia. Hoja para el Establecimiento de Objetivos de Tratamiento**

Este ejercicio ayuda a los pacientes a aumentar las creencias en su capacidad para alcanzar con éxito el cambio mediante el establecimiento de objetivos para el cambio de conducta específicos y concretos. La investigación ha demostrado que una de las formas

más efectivas para lograr el éxito en el cambio de conducta es a través del establecimiento de objetivos. Los objetivos se refieren a estados o eventos que una persona está interesada en que ocurran, o espera poder evitar que ocurran, en el futuro. Todos los pacientes tendrán objetivos relacionados con el tratamiento, así como otros objetivos vitales generales. Los objetivos pueden incluir aspectos más inmediatos, como «ir al gimnasio esta noche», «terminar las tareas para casa del tratamiento» o «llegar al trabajo a tiempo», y otros a más largo plazo como «hacer más amigos», «sentirse más satisfecho en la vida» o «encontrar la profesión que deseo».

Algunos de estos objetivos podrían ser alcanzables en cuestión de horas («ir al gimnasio esta noche»), mientras que otros puede costar más tiempo conseguirlos («hacer más amigos»), y otros podrían ser cosas que requieran que los pacientes estén constantemente trabajando para lograrlos («sentirse más satisfecho en la vida»). Todo el mundo tiene metas que son alcanzables en diferentes plazos temporales. La investigación ha demostrado que el establecimiento de objetivos específicos, concretos y factibles para el cambio de conducta mejora de forma notable las posibilidades de éxito. Por lo tanto, el objetivo de «ir al gimnasio esta noche» es mucho más probable que conduzca a un cambio de comportamiento exitoso, que el objetivo de «sentirse más satisfecho en la vida». Antes de iniciar el tratamiento, es beneficioso para los pacientes identificar los objetivos más generales, y entonces proponer pasos más concretos y factibles para alcanzar esos objetivos, completando la Hoja para el Establecimiento de Objetivos de Tratamiento en el capítulo 4 del manual del paciente.

## 4. Resumen

La motivación del paciente es un componente necesario para el éxito de cualquier tratamiento psicológico. Los cuatro principios para mejorar la motivación que se describen en este capítulo ayudarán a mantener la motivación del paciente durante todo el curso del tratamiento. Es importante transmitir a los pacientes que la motivación no es estática ni fija, sino que, más bien, fluctuará a lo largo del curso del tratamiento. Es útil recordar a los pacientes que la baja motivación no es un signo de que han fracasado, sino que es una oportunidad para emplear las dos técnicas de mejora de la motivación: explorar los pros y contras de cambiar y de permanecer igual, y el establecimiento de los objetivos de tratamiento. Estos dos ejercicios ayudarán a los pacientes a mantener una alta motivación, o incluso aumentarla en momentos en que podrían estar menos motivados.

Para más información sobre la entrevista motivacional, puede consultar una o varias de las siguientes lecturas adicionales:

Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. y Rollnick, S. (2007): *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. Nueva York: Guildford

- Press.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002): *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guildford Press [ed. cast.: *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós, 2012].
- Rosengren, D. B. (2009): *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook*. Nueva York: Guildford Press.
- Westra, H. A., Arkowitz, H. y Dozois, D. J. A. (2009): Adding a motivacional interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1184.
- y Dozois, D. J. A. (2006): Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of motivacional interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 481-498.

## 5. Casos prácticos

### Caso práctico 1

A continuación se muestra un diálogo terapeuta/paciente en el que el terapeuta trabaja con el paciente para completar la Hoja de Balance Decisional mediante el análisis de los pros y contras de no conseguir un cambio de conducta (p. ej., mantenerse igual).

Terapeuta —OK, ahora echemos un vistazo a los pros de permanecer igual. ¿Qué conseguirías?

Paciente —Me he quedado en blanco. La verdad, no creo que haya ningún beneficio en permanecer igual.

Terapeuta —No es raro que te sientas de esta manera. Sin embargo, ¿qué crees que te impidió cambiar esto antes de comenzar el tratamiento?

Paciente —Bien, el cambio por mi cuenta fue, simplemente, demasiado trabajo.

Terapeuta —Cambiar la propia conducta es un trabajo muy duro. Sobre todo cuando es algo que hemos practicado durante tantos años. Parece que uno de tus pros de permanecer igual podría ser que resulta más fácil permanecer igual. Ahora bien, ¿cuáles son algunos de los contras de permanecer igual?

Paciente —Bien, la forma en la que hago las cosas apesta. Quiero decir, que no puedo hacer muchas de las cosas que me gustaría ser capaz de hacer como viajar o salir con mis amigos.

Terapeuta —Entonces, algunos de los contras incluyen ser incapaz de viajar y salir con amigos. ¿Qué más cosas puedes proponer?

Paciente —Sobre todo eso. Todas las cosas que no puedo hacer por mi pánico.

Terapeuta —Has mencionado que uno de los beneficios de permanecer igual fue que era

más fácil. ¿Cuánto trabajo te supondría ahora tratar de manejar tu pánico?

Paciente —Supone mucho trabajo. De hecho, es bastante agotador estar en guardia siempre en situaciones que van a producirme pánico.

Terapeuta —Suenas como si permanecer igual requiriera mucha energía y esfuerzo por tu parte.

## Caso práctico 2

Se muestra el diálogo entre terapeuta/paciente donde el terapeuta trabaja con el paciente para establecer los objetivos de tratamiento.

Paciente —Sí, realmente me gustaría tener más amigos.

Terapeuta —OK, bien. Entonces, ¿cómo te verías cuando hayas conseguido ese objetivo? ¿Qué cosas estarías haciendo?

Paciente —Hmmm, supongo que hablaría por teléfono con mis amigos cuando esté conduciendo a casa desde el trabajo, vería películas nuevas con amigos, tendría amigos para ir a cenar, llamaría a amigos para animarme cuando tenga un mal día, y no me quedaría solo en casa los sábados por la noche nunca más.

Terapeuta —OK, esos son algunos de los objetivos específicos que puedes trabajar a lo largo del tratamiento. ¿Cuáles son esos pequeños pasos que podemos dar para alcanzar esos objetivos?

Paciente —No estoy seguro. Supongo que, ¿podría pedir el número de teléfono a alguien?

Terapeuta —Eso parece una buena idea. ¿Qué puedes hacer antes de eso para ayudarte a hacer ese paso más fácil?

Paciente —Bueno, supongo que podría empezar por establecer una pequeña conversación con gente del trabajo o del gimnasio.

## 6. Gestión de problemas

Cuando revise la Hoja de Balance Decisional con los pacientes, es importante asegurarse de que se han explorado sinceramente los pros y contras de ambas situaciones, cambiar y permanecer igual. Como se ilustra en la primera parte del caso práctico 1, una dificultad que suele surgir es que los pacientes, en ocasiones, dejan en blanco los contras para el cambio o los pros de permanecer igual. Sin embargo, es importante reconocer que *hay* beneficios en permanecer igual, e identificar esos obstáculos potenciales al inicio del tratamiento permitirá al paciente ser consciente de ellos y avanzar en el tratamiento. Una vez que se hayan revisado los beneficios potenciales de permanecer igual, es importante iniciar la revisión de los contras de seguir igual. También puede utilizar algún beneficio

que el paciente propone para ayudarlo a generar contras adicionales de mantenerse igual, como se ilustra en la segunda mitad del caso práctico 1. Aquí el terapeuta fue capaz de ayudar al paciente a identificar y responder a su propia ambivalencia, así como a generar razones adicionales en contra de permanecer igual. Esta técnica puede ser útil para superar la ambivalencia del paciente y seguir desarrollando su motivación.

Cuando revise la Hoja para el Establecimiento de Objetivos de Tratamiento con los pacientes es importante asegurarse de que los objetivos que han identificado son razonables y alcanzables. Los pacientes, en ocasiones, tienen problemas al identificar pasos concretos hacia los objetivos generales que han propuesto. Es importante asegurarse de que los pasos enumerados en la sección *Establecer los pasos necesarios* de la hoja de trabajo son en realidad factibles. Esto se ilustra en el caso práctico 2. El terapeuta respondió a una dificultad muy común, ayudando al paciente a generar pasos intermedios en los que trabajar para lograr su objetivo final de hacer más amigos. Además de modelar el proceso de solución de problemas o de establecimiento de objetivos del paciente, el terapeuta también ayudó a mejorar la autoeficacia del paciente mediante el refuerzo de los intentos previos de solución del problema.

## **7. Tareas para casa**

- Indicar al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el registro de progreso.

# Capítulo 6. Módulo 2.

## Entender las emociones

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 5)

### MÓDULO 2

#### ENTENDER LAS EMOCIONES

##### MATERIALES NECESARIOS

- Modelo de los tres componentes de la emoción.

##### OBJETIVOS

- Proporcionar una visión general de la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones.
- Presentar los tres componentes de las experiencias emocionales (pensamientos, sensaciones físicas y conductas).
- Introducir el concepto de conductas impulsadas por la emoción (CIE).

##### RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 5 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- Todas las emociones, ya sean positivas o negativas, tienen un propósito adaptativo y funcional en nuestras vidas. Ellas nos proporcionan información sobre lo que está sucediendo a nuestro alrededor, lo que nos permite dirigir nuestro mundo y nos motiva a hacer cosas que son adecuadas o útiles para nuestra supervivencia.
- Nuestras emociones nos impulsan a realizar conductas específicas o tendencias de acción, lo que llamamos Conductas Impulsadas por la Emoción o CIE. Estas son a menudo automáticas y adaptativas.
- Las experiencias emocionales pueden ser mejor entendidas si las descomponemos en sus tres componentes principales: pensamientos, sentimientos/sensaciones físicas y conductas. Estos tres componentes están presentes en todas las experiencias emocionales.

##### CONCEPTOS CLAVE

Los conceptos clave de este módulo incluyen psicoeducación sobre la naturaleza adaptativa y funcional de las emociones, y una introducción a los componentes principales de una experiencia emocional (pensamientos, sensaciones físicas y comportamientos). Los objetivos para el paciente son:

- Desarrollar una mayor conciencia del importante papel funcional que todo el rango de emociones desempeña en la vida cotidiana, incluyendo tanto las emociones positivas como las negativas.
- Comenzar a observar las experiencias emocionales desde sus tres componentes.
- Empezar a observar sus propias experiencias emocionales, identificar sus respuestas a las situaciones y factores desencadenantes en los tres dominios, y registrar los posibles factores de mantenimiento de tales experiencias.

## **1. Psicoeducación. La naturaleza de las emociones**

Cuando se habla de la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones, es importante hablar de los siguientes dos aspectos principales:

1. Las emociones no son necesariamente «malas» o «peligrosas», aunque a veces pueden sentirse así. A menudo, cuando las personas acuden para ser tratadas por un trastorno emocional, quieren que el terapeuta «elimine» o «detenga» las emociones negativas o «apague el interruptor» del circuito del miedo en sus cerebros. Sin embargo, es importante que el paciente reconozca que esto no sería útil ni adaptativo. Los pacientes deben entender desde el principio del tratamiento que, en el fondo, todas las emociones, positivas y negativas, son importantes y necesarias en su esencia, incluso las que podrían ver como incómodas o desagradables. Los pacientes analizarán más adelante en el tratamiento cómo esto ocurre, que las emociones adaptativas puedan convertirse en desadaptativas o desmesuradas, pero por ahora es importante para ellos ver cómo funcionan de manera adaptativa.
2. Las emociones funcionales primarias (miedo, ansiedad, depresión, ira) sirven para alertarnos de hechos o situaciones externas o internas importantes, y para motivarnos a actuar en respuesta a ellos. Llamamos a las conductas que se producen en respuesta a emociones Conductas Impulsadas por la Emoción, o CIE, porque se dejan llevar por la emoción misma y con frecuencia son difíciles de resistir (o cambiar) cuando sentimos emociones.

## **2. Definiciones de emociones y ejemplos de CIE**

Para ilustrar la función adaptativa y funcional de las emociones, es conveniente que usted analice con el paciente en la sesión las definiciones y ejemplos de emociones que aparecen en el capítulo 5 del manual del paciente. Es habitual que los pacientes no consideren estas emociones (miedo, tristeza, depresión, ansiedad e ira) como positivas o funcionales en sus propias vidas y, en su lugar, pueden sentir que estas emociones se interponen en el camino de su funcionamiento. Utilizando los ejemplos para comenzar la conversación, pregunte al paciente si él o ella ha tenido alguna experiencia en la que las emociones «negativas» le han ayudado o le han sido útiles.

### **Nota para el terapeuta**

*Si el paciente tiene dificultad para identificar ejemplos en los que las emociones desagradables han sido*

*adaptativas en su propia vida, es posible que pueda utilizar los ejemplos de emociones y CIE de las experiencias que el paciente ha compartido con usted en la valoración inicial de su funcionamiento.*

### **3. El modelo de los tres componentes de las experiencias emocionales**

A menudo, los pacientes experimentan las emociones como una gran «nube» de sentimientos intensos, y les resulta difícil determinar qué información (sobre el entorno, la situación, etc.) están tratando de proporcionarle esas emociones. Las experiencias emocionales pueden dividirse en tres partes principales: lo que pensamos, lo que hacemos y cómo nos sentimos físicamente. Al ayudar a los pacientes a identificar cada una de estas partes, se consigue que empiecen a sentir sus emociones de una manera menos abrumadora.

Los tres componentes de las emociones son los siguientes:

1. Fisiológico (qué siento en mi cuerpo): se trata de las respuestas físicas inherentes a los estados emocionales. Para ilustrar este componente, puede preguntar al paciente las siguientes cuestiones: «¿Qué sensaciones físicas se producen cuando se siente excitado? ¿Y cuando experimenta pánico? ¿Se dan respuestas físicas similares en diferentes estados emocionales? ¿Qué sensaciones físicas se asocian con la depresión o con la tristeza? ¿Y con la fatiga, la tensión muscular, etc.?».
2. Cognitivo (qué pienso): estos son los pensamientos a menudo provocados o relacionados con estados emocionales. Para ilustrar este componente, puede realizar las siguientes preguntas a los pacientes: ¿Qué tipo de pensamientos tienes cuando te sientes deprimido o ansioso? ¿Y cuando te sientes feliz?
3. Conductual (qué hago): estas son acciones que realiza la persona o que tiene el impulso de realizar como respuesta a un estado emocional. A menudo, las personas responden a un sentimiento sin pensar sobre él. Esto es porque parece que nuestros cuerpos «conocen» la mejor manera de gestionar estas situaciones. Como se ha señalado anteriormente, estas conductas en respuesta a las emociones se denominan conductas impulsadas por la emoción, o CIE. Para ilustrar este componente, puede ofrecer al paciente algunos ejemplos. Por ejemplo, alguien que está deprimido puede permanecer en la cama todo el día o tan solo ver la televisión, porque el pensamiento de salir y «afrontar» el día es demasiado abrumador. O alguien que está ansioso en situaciones sociales, que de repente se encuentra entre una multitud de personas en la que se espera que interactúe podría salir de la situación y escapar de ese aterrador encuentro social.

### **4. Casos prácticos**

## Caso práctico 1

En el siguiente caso práctico, el terapeuta está ayudando al paciente a identificar los principales componentes de la emoción y considerar la función adaptativa para la que podría haber servido.

Paciente —Supongo que puedo entender cuándo la ansiedad puede ayudarme a prepararme para algo, pero cuando estoy ansioso o muy estresado yo no siento que pueda conseguir nada en absoluto.

Terapeuta —¿Puedes ponerme un ejemplo?

Paciente —Como la semana pasada, cuando tuve que prepararme para la entrevista de trabajo. Necesitaba obtener más información sobre la empresa, y quizá debería haber practicado lo que iba a decir en la entrevista, pero en cambio estaba tan ansioso que tuve que dejarlo, y no pude hacer nada.

Terapeuta —Así que la ansiedad por la entrevista te motivó a querer prepararla investigando acerca de la empresa y practicando lo que podrías decir en la entrevista, pero también provocó que te sintieras ansioso. ¿Te sentiste tenso?

Paciente —Sí, mis hombros y mi cuello se pusieron tensos y rígidos.

Terapeuta —¿Y qué ocurrió cuándo «lo dejaste»?

Paciente —Empecé a preocuparme acerca de si les parecería lo bastante inteligente, o si parecería que sabía de lo que estaba hablando. Entonces me quedé abrumado y no podía pensar absolutamente en nada.

Terapeuta —Así que, ¿tuviste algunos pensamientos sobre lo que podría suceder, algunas dudas, algunas preocupaciones?

Paciente —Sí.

Terapeuta —Y ¿qué acabaste haciendo?

Paciente —Nada. Me sentí paralizado. Al final terminé preparando la entrevista la noche anterior y leyendo solo algunas cosas de su página web. No me sentía preparado para nada.

Terapeuta —Así que reaccionaste a tu ansiedad aplazando y sin hacer nada hasta el último minuto. Parece que también reaccionaste preocupándote mucho y teniendo muchas dudas, y con tensión física. Así, mientras que la ansiedad inicial te llevó a querer investigar y a prepararte para la entrevista, también surgió todo un conjunto de pensamientos, sentimientos y conductas. Vamos a hablar más sobre estas otras respuestas durante las sesiones posteriores, pero por ahora déjame preguntarte esto: ¿crees que la experiencia inicial de ansiedad que te produjo la idea de prepararte para la entrevista buscando información de la empresa y practicando qué decir, fue algo positivo o negativo?

Paciente —Bien, supongo que una parte de ella era positiva, pero enseguida me hizo estar ansioso y abrumado.

Terapeuta —Entonces, en su esencia, la ansiedad sirvió para un buen propósito, al

menos al principio, a pesar de que terminó desencadenando una experiencia incómoda para ti. Cómo este propósito inicial y funcional de tu ansiedad se convirtió en una experiencia que encontraste incómoda y poco útil, es en lo que nos centraremos a lo largo de este programa.

## **Caso práctico 2**

En el siguiente caso, el terapeuta está ayudando al paciente a considerar la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones.

Paciente —Supongo que entiendo lo que estás diciendo, pero yo no quiero sentir esas cosas. Estoy cansado de sentirme ansioso y triste, por eso es por lo que acudí a ti.

Terapeuta —Está bien. Nadie quiere tener dificultades o sufrir en la vida, y eso es lo que te trajo aquí, para tratar de poner fin a esas dificultades. Pero, por mucho que no te guste sentirte triste o ansioso, ¿puedes pensar en un momento en que esas emociones han podido ser de ayuda para ti? ¿Alguna vez perdiste o rompiste tu juguete preferido cuando eras niño?

Paciente —No lo sé, supongo. Recuerdo que una vez se cayó mi muñeco preferido en una alcantarilla.

Terapeuta —¿Puedes recordar cómo te sentiste entonces?

Paciente —Sí, obviamente me quedé muy disgustado. Yo solo tenía 6 o 7 años. Recuerdo que corrí llorando a casa.

Terapeuta —Así que te sentiste muy triste. ¿Qué pasó cuando llegaste a casa? ¿Había alguien para recibirte?

Paciente —Mi madre estaba allí.

Terapeuta —¿Te acuerdas de cómo reaccionó?

Paciente —Bueno, probablemente me dio un gran abrazo. Recuerdo que ella intentó ayudarme a rescatarlo con la caña de pescar de mi padre, pero no funcionó.

Terapeuta —¿Parece que tu tristeza motivó a tu madre a consolarte y ayudarte a hacerle frente de alguna manera, intentando rescatar tu muñeco de nuevo?

Paciente —Supongo, nunca lo pensé de esa manera, pero sí.

## **5. Gestión de problemas**

A pesar de que algunos pacientes son capaces de ver cómo las emociones, incluso las negativas, pueden resultar adaptativas, pueden tener dificultades para identificar en qué momentos de su vida las emociones negativas han sido adaptativas o útiles para ellos. Si el paciente tiene dificultad identificando ejemplos de cuándo las emociones negativas fueron adaptativas, usted puede relacionarlo o enlazarlo con ejemplos de emociones y

CIE de experiencias que él o ella compartió con usted durante la evaluación funcional inicial. Como se muestra en el caso práctico 1, utilizando un ejemplo concreto de la propia experiencia del paciente, y acompañándolo a lo largo del ejemplo fragmento a fragmento, puede ayudarle a identificar formas en las que la respuesta emocional inicial puede, en realidad, haber sido adaptativa. No es importante en esta etapa del tratamiento enfatizar la distinción entre los aspectos adaptativos y desadaptativos de la experiencia del paciente, ni es importante identificar los pensamientos específicos, sentimientos o conductas que han podido ser reacciones desadaptativas. En esta etapa, el objetivo principal es ayudar al paciente a analizar su experiencia con el fin de identificar en qué momento su respuesta emocional ha podido ser funcional y adaptativa.

## **6. Tareas para casa**

- Indicar al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el Registro de progreso.
- Que el paciente complete el Registro del modelo de los tres componentes de la emoción en el capítulo 5 del manual del paciente, seleccionando al menos una experiencia emocional que se produzca a lo largo de la semana y la descomponga en pensamientos, sensaciones físicas/sentimientos y comportamientos. Este ejercicio ayudará al paciente a aumentar la conciencia sobre sus experiencias emocionales, dividiendo las experiencias con el objetivo de ayudarle a sentirse menos abrumado y descontrolado.

# Capítulo 7. Módulo 2.

## Reconocimiento y análisis de la respuesta emocional

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 6)

### MÓDULO 2

#### RECONOCIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA RESPUESTA EMOCIONAL

##### MATERIALES NECESARIOS

- Registro «Análisis contextual de emociones y CIE».
- Registro «Modelo de los tres componentes de la emoción».

##### OBJETIVOS

- Revisar las tareas para casa de la sesión anterior.
- Introducir el ARC de las experiencias emocionales.
- Hablar sobre las respuestas aprendidas.

##### RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 6 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- Un primer paso para la comprensión de las experiencias emocionales es mediante el análisis del «ARC» de las experiencias emocionales. El «ARC» de las experiencias emocionales se refiere a los *antecedentes* o desencadenantes que preceden a las emociones; a las *respuestas*, o pensamientos, sentimientos y conductas que se producen en respuesta a los desencadenantes emocionales; y a las *consecuencias* que estas respuestas provocan tanto a corto como a largo plazo.
- Las conductas aprendidas son conductas llevadas a cabo reiteradamente, con el fin de manejar experiencias desagradables. Dichas conductas a menudo tienen consecuencias beneficiosas a corto plazo, ya que tienden a reducir la ansiedad y la angustia, sin embargo, estas conductas a menudo también tienen consecuencias negativas a largo plazo, como puede ser la interferencia causada en el funcionamiento diario.

##### CONCEPTOS CLAVE

Los conceptos clave de esta sesión incluyen un análisis de los antecedentes (o desencadenantes), respuestas y consecuencias de las experiencias emocionales, también llamado «ARC» de las emociones. Además, los pacientes verán que estamos diseñados para aprender de nuestras experiencias emocionales y observarán cómo estas experiencias influyen en nuestras conductas. En este capítulo, los objetivos para el paciente son:

- Comenzar a identificar los factores desencadenantes de las experiencias emocionales, así como sus respuestas a estas emociones y las consecuencias a corto y largo plazo de dichas respuestas.

- Entender la manera en que las experiencias emocionales influyen en las conductas actuales y futuras.

## **1. Revisión de las tareas para casa**

Comenzar con una revisión del OASIS, ODSIS y el Registro del Progreso del paciente. A continuación, repasar el Registro del modelo de los tres componentes de la emoción del paciente. ¿Fue el paciente capaz de identificar los pensamientos, sentimientos/sensaciones físicas y comportamientos? Si el paciente ha tenido dificultades con alguno de ellos, hay que ayudarlo a generar ejemplos. Empezar a demostrar al paciente la forma en que cada componente influye sobre los otros. Dibujar flechas como ejemplo, que conecten esos tres componentes para demostrar visualmente este punto.

## **2. Introducir el análisis de las experiencias emocionales. El ARC de las emociones**

El primer paso para ayudar a los pacientes a entender sus propias experiencias emocionales, y para hacer que sus experiencias emocionales sean menos intensas o incómodas y más manejables, es a través de una mayor comprensión de cuándo, dónde y por qué están ocurriendo. Esto significa comenzar a mirar más de cerca sus experiencias, analizando lo que está sucediendo en el mismo momento en el que se producen, así como tomar nota de lo que ocurrió antes y lo que sucede después.

La identificación del ARC de las emociones pretende introducir a los pacientes en el proceso de análisis de sus experiencias con el objetivo de lograr una mejor comprensión de lo que sucede durante una experiencia emocional. Esto permitirá a los pacientes trabajar para responder de una forma más adaptativa y realista. Todavía no es importante supervisar los aspectos específicos de las experiencias de los pacientes, como los esfuerzos para evitar las emociones. Más bien, el objetivo es simplemente analizar las experiencias emocionales y llegar a ser más consciente del contexto en el que las experiencias se producen.

Para ilustrar el ARC de las emociones, es importante trabajar mediante un ejemplo con los pacientes, como los que aparecen en el capítulo 6 del manual del paciente. Al introducir el ARC de las emociones, asegúrese de comentar los cuatro puntos siguientes:

1. Las emociones no aparecen de la nada, aunque a veces pueda parecer así. Cada experiencia emocional se activa por algún evento o situación, lo que causa que la persona reaccione y responda. A su vez, esas respuestas tienen consecuencias. A veces es difícil identificar los factores desencadenantes, pero con la práctica repetida puede hacerse.

2. El «A», o *antecedentes*, son los eventos o situaciones que desencadenan experiencias emocionales. Los desencadenantes pueden ser algo que acaba de ocurrir, algo que ocurrió al principio del día, o incluso algo que ocurrió la semana pasada. Para ilustrar este punto, puede hacer referencia a los ejemplos de ARC del capítulo 6 del manual del paciente. Si la persona del ejemplo (tenía planeado hacer una presentación oral) discutió o fue rechazada por un ser querido por la mañana, esto podría influir en la manera en que se aborda la presentación del trabajo al final del día. Puede tener más dificultades para concentrarse en la tarea, o molestarse con más facilidad cuando el público parece distraído. La persona podría no haber reaccionado de la misma manera si este suceso no se hubiera producido esa mañana. La «A» en este caso sería a la vez inmediata y lejana en el tiempo, por ejemplo, la planificación para hacer la presentación «perfecta» y la discusión con un ser querido.
3. Las «R», o *respuestas* a las experiencias emocionales, incluyen todas las respuestas que se dan en los tres componentes de las experiencias emocionales: pensamientos, sentimientos/sensaciones físicas y conductas. Los pacientes a menudo tienen dificultades al principio para identificar sus respuestas en los tres dominios, por lo que es conveniente trabajar con ejemplos durante la sesión.
4. Las «C», o *consecuencias*, pueden ser a corto y largo plazo. Las consecuencias a corto plazo de las respuestas emocionales a menudo se refuerzan negativamente, haciendo que el paciente realice conductas similares en el futuro. Por ejemplo, cuando alguien sale de una fiesta antes de tiempo porque está experimentando una gran cantidad de ansiedad social, esta respuesta da lugar a una reducción inmediata de ansiedad, que refuerza esta conducta en el futuro. Del mismo modo, realizar la conducta de comprobación, para una persona que tiene pensamientos intrusivos de duda, produce un alivio inmediato de la ansiedad causada por la duda.

Sin embargo, en ambos casos, las consecuencias a largo plazo son también evidentes. En el primer caso, el comportamiento de abandonar pronto las fiestas, o de ni siquiera acudir, da lugar a la sensación de soledad y aislamiento. En el segundo caso, llevar a cabo conductas de comprobación refuerza la creencia de que los pensamientos de duda deben ser neutralizados con la comprobación, y pueden convertirse en intrusivos, además, se prolonga el tiempo que se consume en las conductas de comprobación y, por tanto, se alargan los pocos minutos que la persona necesita para salir de casa.

Es importante que los pacientes vean estas dos consecuencias de sus respuestas — el efecto positivo a corto plazo y el efecto tan perjudicial a largo plazo— que a menudo están en conflicto entre sí y representan un claro ejemplo de la desconexión entre la vida que a los pacientes les gustaría llevar y la vida que están llevando al servicio del control de su angustia emocional.

## Nota para el terapeuta

*De nuevo, no es importante discutir de manera crítica las conductas de evitación emocional que el paciente podría estar practicando en esta fase del tratamiento. Se tratará la evitación emocional con más detalle en el capítulo 10. En su lugar, puede que solo desees reflexionar con los pacientes acerca de los efectos a corto plazo de esas estrategias, la reducción de la intensidad de las emociones en ese preciso momento. Es posible también que quieras empezar a crear discrepancia en los pacientes sugiriendo que estas estrategias no han sido muy eficaces hasta ahora a largo plazo. Por ejemplo, podrías preguntar: «¿Cómo de eficaz ha sido la estrategia?» o «¿Qué resultados estás obteniendo con esta estrategia?».*

## 3. Comprender las emociones y la conducta. Respuestas aprendidas

Los conceptos del apartado anterior deberán proporcionar al paciente una mejor comprensión de cómo pueden desarrollarse las experiencias emocionales, la importancia de aumentar la conciencia de cómo se desencadenan las emociones, cómo los desencadenantes influyen en las respuestas y cuáles son las consecuencias a corto y largo plazo de esas respuestas. Esta sección amplía la información sobre las consecuencias (o «C») de las formas en las cuales el paciente responde a los acontecimientos y situaciones emocionales, introduciendo el concepto de respuestas aprendidas.

Cuando se habla de conductas aprendidas, es importante comentar estos cuatro puntos principales:

1. Aprendemos de nuestras experiencias. Cuando experimentamos emociones fuertes, estas dejan una huella duradera. Lo que desencadena nuestras emociones, y lo que sucede cuando las tenemos, permanece con nosotros e influye en cómo experimentamos situaciones similares en el futuro. Aprendemos a repetir las cosas que nos hacen sentir bien, y a evitar las cosas que nos hacen sentir mal. Esto es, en su esencia, adaptativo, pero puede convertirse en desadaptativo cuando la conducta aprendida es excesiva o incongruente con el contexto actual.
2. También aprendemos a hacer ciertas cosas con el fin de protegernos de sentimientos *potencialmente* negativos. Por ejemplo, si los alimentos picantes nos dan acidez, la persona puede evitarlos. Alguien que no quiere esperar en las colas largas del supermercado del fin de semana puede ir a comprar a última hora o por la tarde entre semana. Del mismo modo, si las grandes reuniones sociales hacen que una persona esté ansiosa, evitará ir a fiestas u otros eventos sociales. Si una persona no quiere sufrir un ataque de pánico en el tren, puede ir andando a trabajar en lugar de coger el tren.
3. A veces, cuando las situaciones implican emociones fuertes e intensas, aprendemos a hacer cosas para manejar estas emociones y luego continuamos haciéndolas hasta que se convierten en un hábito. Por ejemplo, si la participación en conversaciones causa ansiedad, la persona apartará su mirada con el fin de evitar el

contacto visual con la persona con la que está hablando. Apartar la mirada es una CIE sutil que sirve como forma de escape y puede reducir de forma temporal la ansiedad. Evitar de manera reiterada la mirada de la otra persona durante las interacciones sociales sirve para reforzar esta respuesta, de modo que la persona ahora desvía habitualmente su mirada durante las conversaciones. Del mismo modo, alguien podría comprobar las cerraduras o electrodomésticos como CIE con el fin de manejar la ansiedad provocada por los pensamientos de duda. Comprobar de forma reiterada refuerza esta CIE, de tal manera que ahora la persona se siente obligada a comprobar cada vez que sale de casa.

4. Aunque realizar CIE aprendidas pueda parecer adaptativo, es un problema porque el uso de CIE para reducir la intensidad de las emociones intensas puede dar lugar a un círculo vicioso en el que las CIE se fortalecen y quedan mejor establecidas, siendo contraproducentes e insensibles al contexto real en el que la conducta está produciéndose. Evitar estos sentimientos fuertes e intensos impide que se produzca cualquier *nuevo* aprendizaje, como el descubrimiento de que la persona tiene habilidad para hacer frente a la situación, u observar que las emociones intensas y estresantes pueden, finalmente, disminuir y desaparecer.

### **Nota para el terapeuta**

*Es una buena idea asegurarse de que los pacientes tienen una clara comprensión de las dificultades asociadas a evitar las emociones incómodas, y que tratar de eliminar las sensaciones incómodas quizá no sea la mejor solución. Es importante que los pacientes comiencen a pensar acerca de estos conceptos y aumenten su conocimiento de cómo los patrones de conductas aprendidas están funcionando en su vida cotidiana, sobre todo en lo que respecta a la gestión de las emociones negativas.*

## **4. Casos prácticos**

### **Caso práctico 1**

En el siguiente caso, paciente y terapeuta están trabajando juntos para identificar los antecedentes de la respuesta emocional del paciente.

Paciente —¿Cómo puedo saber lo que es la «A»? No siempre sé por qué me siento ansioso o irritado, algunas veces simplemente lo estoy.

Terapeuta —¿Puedes ponerme un ejemplo?

Paciente —Sí, como la otra mañana. Me desperté y no me sentía «muy bien» y no estaba seguro de por qué.

Terapeuta —¿Puedes recordar qué estaba sucediendo aquella mañana?

Paciente —Era sábado, en realidad no estaba pasando nada. No estoy seguro.

Terapeuta —¿Puedes recordar qué estaba pasando cuando te despertaste? ¿Te levantaste

de inmediato o te quedaste en la cama un rato más?

Paciente —No me levanté de inmediato, me quedé más tiempo en la cama después de despertarme.

Terapeuta —¿Puedes recordar qué hacías durante el tiempo en el que estabas en la cama, además de estar allí tumbado?

Paciente —Hmm, no estoy seguro. Supongo que estaba pensando un poco en el trabajo. Tuve una reunión el día anterior, y estaba repasándola de nuevo en mi mente.

Terapeuta —¿Recuerdas algún pensamiento concreto sobre la reunión?

Paciente —Me preguntaba si algo de lo que dije pudiera haber sido malinterpretado por mi compañero de trabajo. Supongo que estaba un poco preocupado de que ocurriera algo cuando volviera a trabajar el lunes.

Terapeuta —¿Entonces estabas preocupado por los resultados de la reunión del día anterior? ¿Algo más?

Paciente —Supongo que me preguntaba también si debía llamar a mi amigo para hacer planes para ese día, o si iba a ser demasiado tarde para localizarlo.

Terapeuta —¿Cómo te hicieron sentir esos pensamientos?

Paciente —Supongo que empecé a sentirme solo, y comencé a darle vueltas.

Terapeuta —¿Qué hiciste a continuación?

Paciente —No llamé a mi amigo y estuve en la cama.

Terapeuta —Entonces, en esta situación, si tu «R» o la respuesta fueron los pensamientos negativos sobre ti mismo, emociones de ansiedad y soledad, y la decisión de quedarse en la cama, ¿cuál crees que podría haber sido la «A»?

Paciente —Supongo que pensar en cómo lo hice el día anterior en la reunión.

Terapeuta —¡Correcto! En esta situación, estuviste rumiando sobre tu actuación, y preocupándote por las posibles implicaciones de la misma, lo que provocó que te sintieras ansioso y autocrítico, dando lugar a más pensamientos negativos sobre ti mismo, y llevándote a quedarte en casa en lugar de llamar a tu amigo. Así que, en este caso, despertarte rumiando y con preocupación sirvió como un poderoso desencadenante, o «A».

## **Caso práctico 2**

En el siguiente caso, el terapeuta está trabajando para ayudar al paciente a entender por qué sus CIE aprendidas no son útiles a largo plazo.

Paciente —No veo qué hay de malo en irme de una situación, si eso me hace sentir mejor.

Terapeuta —Así que, ¿has salido de situaciones en el pasado, en lugar de permanecer en ellas y sentirte mal?

Paciente —Sí.

Terapeuta —Y, ¿cómo te hizo sentir el irte?

Paciente —¡Que me libré de mi ansiedad!

Terapeuta —Bien! Y después de eso, ¿qué pasó cuando estuviste en una situación similar a esta?

Paciente —Bueno, me he ido de muchas situaciones si no me he sentido cómodo en ellas.

Terapeuta —¿Y tu ansiedad ha desaparecido cada vez que te fuiste?

Paciente —Sí.

Terapeuta —Parece una estrategia muy eficaz, al menos a corto plazo. Esto es lo que queremos decir con conducta aprendida, parece que funciona, por lo que aprendes a hacerlo de nuevo la próxima vez. ¿Y las consecuencias a largo plazo? ¿Hay situaciones en las que te gustaría permanecer?

Paciente —A veces. Como en la fiesta de graduación de mi hermana... Realmente quise estar allí con ella, pero no conocía a sus amigos y estaba muy incómodo, así que no me quedé.

Terapeuta —¿Te querías quedar?

Paciente —¡Sí! Por mi hermana; me sentí como si la hubiese decepcionado de verdad. Yo quise estar con ella para celebrarlo.

Terapeuta —Entonces, mientras que la consecuencia a corto plazo de abandonar la fiesta fue librarse de la ansiedad, parece que también hubo otras consecuencias a largo plazo, ¿no?

Paciente —Sí. Siento que la decepcioné y me perdí su día más importante.

## **5. Gestión de problemas**

A aquellos pacientes que sienten cómo sus emociones tan solo «suceden», o que aparecieron de la nada, puede resultarles difícil identificar los desencadenantes emocionales. Ayude a los pacientes a identificar sus desencadenantes emocionales utilizando ejemplos de su propia vida y trabaje con ellos para hacerlos más concretos y específicos. Por ejemplo, si un paciente informa de que se sintió «mal» un día determinado, ayúdele a identificar ejemplos más concretos de su experiencia preguntando qué estaba haciendo en un momento determinado, o que relate cualquier intercambio que pudiera haber tenido ese día con otras personas. Utilice uno de estos escenarios más específicos para analizar el ARC de la experiencia del paciente. Cuando esté tratando de identificar el desencadenante, recuerde que los «A» puede ser algo que sucedió mucho antes, en el inicio del día, incluso a principios de semana, y puede ser algo externo o interno (p. ej.: sensación de cansancio después de una noche en la que ha dormido mal). Pida al paciente que describa la experiencia con detalle, y trabaje retrospectivamente con el paciente para reconstruir la experiencia hasta que sea capaz de identificar los ARC.

Del mismo modo, algunos pacientes encuentran muy difícil identificar las consecuencias de la experiencia. Pregunte a los pacientes para poder identificar sus respuestas a los desencadenantes emocionales, y cómo esas respuestas les hizo sentir justo después. Con frecuencia, los pacientes responderán que sus acciones tuvieron un efecto positivo, como el alivio de la ansiedad. Es importante reconocer este resultado inicial, a menudo positivo, ya que es la clave para comprender mejor las respuestas aprendidas y el refuerzo. Además, debido a que el resultado es a menudo tan positivo, es difícil para algunos pacientes dar un paso más allá e identificar modos por los que estas respuestas aprendidas son negativas, o por lo menos sirven para perpetuar sus síntomas. A veces, identificando cuáles son los valores de los pacientes (como ser una hermana comprensiva en el caso práctico 2), resulta más fácil que el paciente sea capaz de identificar cómo la respuesta a sus emociones impide vivir de acuerdo a su valor a largo plazo. Es importante que el paciente entienda estos conceptos, ya que sirven para explicar, por una parte, por qué la tentación de llevar a cabo evitaciones emocionales es tan fuerte, y por otra, para ilustrar por qué este planteamiento no necesariamente les funciona.

## **6. Tareas para casa**

- Indicar al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el Registro de progreso.
- Que el paciente registre al menos una experiencia en el Registro del modelo de los tres componentes de la emoción del capítulo 5 del manual del paciente.
- Que el paciente utilice el Registro para el análisis contextual de emociones y CIE del capítulo 6 del manual del paciente, para identificar las consecuencias a corto y largo plazo de sus respuestas a situaciones o eventos emocionalmente negativos, así como cualquier patrón de conductas aprendidas.

# **Capítulo 8. Módulo 3.**

## **Entrenamiento en conciencia emocional.**

### **Aprendiendo a observar las experiencias**

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 7)

#### **MÓDULO 3**

#### **ENTRENAMIENTO EN CONCIENCIA EMOCIONAL. APRENDER A OBSERVAR LAS EXPERIENCIAS**

##### **MATERIALES NECESARIOS**

- Ordenador o equipo de música, archivo de música o CD y auriculares para el ejercicio de inducción de emociones.
- Conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar.
- Hoja de anclaje en el presente.
- Hoja de registro de inducción de estado de ánimo.
- Registro de análisis contextual de emociones y CIE.

##### **OBJETIVOS**

- Revisar las tareas para casa de la sesión anterior.
- Introducir la conciencia emocional sin juzgar.
- Introducir la conciencia centrada en el presente.
- Llevar a cabo en la sesión un ejercicio de conciencia emocional.
- Practicar con el paciente técnicas de inducción del estado de ánimo con música.

##### **RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 7 DEL MANUAL DEL PACIENTE**

- Habilidades de conciencia emocional para aprender a observar los pensamientos, sentimientos / sensaciones físicas y conductas que se producen en respuesta a las emociones.
- Aceptar la emoción permitiendo que ocurran sin tratar de cambiarlas o controlarlas de alguna manera, observándolas y experimentándolas tal y como son.
- Conciencia centrada en el presente como una habilidad importante que permite observar las reacciones emocionales (pensamientos, sentimientos/sensaciones físicas y conductas) cuando se producen en el contexto actual/presente, en lugar de centrarse en lo que pudo haber sucedido cuando la emoción se produjo en el pasado, o lo que podría suceder en el futuro.
- Atención plena, se introducen ejercicios de conciencia centrada en el presente para permitir que el paciente comience a practicar la observación de sus experiencias.

El concepto clave de este capítulo es la conciencia centrada en el presente, objetiva y sin juzgar, de las experiencias emocionales. En este capítulo, los pacientes aprenderán a desarrollar una mayor conciencia de cómo se despliegan sus experiencias emocionales, con especial énfasis en la identificación de las reacciones afectivas a las emociones o juicios acerca de las mismas. Los pacientes aprenderán a identificar las emociones primarias y secundarias, y practicarán la adopción de una actitud —hacia sus experiencias emocionales— sin juzgar y centrada en el presente, utilizando ejercicios breves de mindfulness (atención o conciencia plena) e inducción de emociones. En este capítulo, los objetivos para el paciente son:

- Aprender a observar sus experiencias emocionales de una manera objetiva, sin juzgar.
- Desarrollar habilidades para ayudarle a observar las experiencias emocionales en el contexto del momento presente.
- Empezar a desarrollar una señal condicionada para ayudarle a trasladar su atención al momento presente.

## **1. Revisión de las tareas para casa**

Comenzar con una revisión del OASIS y ODSIS del paciente, del Registro de su progreso, así como del Registro del modelo de los tres componentes de la emoción. ¿El paciente ha sido capaz de identificar los factores desencadenantes de sus emociones? ¿Ha registrado los pensamientos, sentimientos y comportamientos? Puede resultar útil trabajar con los pacientes a través de ejemplos y ayudarles a identificar respuestas en estos tres dominios, si están teniendo dificultades al hacerlo por su cuenta. Revise también el Registro de análisis contextual de emociones y CIE del paciente. ¿Fue el paciente capaz de identificar las consecuencias de sus respuestas tanto a corto como a largo plazo? Es posible que quiera utilizar estos registros para comenzar a tratar los conceptos de este capítulo, y hacer referencia a los ejemplos del paciente para ilustrar y reforzar los conceptos principales.

## **2. Introducción a la conciencia emocional centrada en el presente, sin juzgar**

### **2.1 Importancia de la conciencia emocional**

En esta sesión se introduce el concepto de conciencia emocional para el paciente. El paciente puede sentir que él o ella ya es consciente de sus emociones, pero las emociones pueden parecer confusas, o parecer que «ocurren» de forma automática como resultado de alguna situación, acontecimiento o incluso recuerdo. Sin embargo, en esta sesión se analizará un atributo diferente de la conciencia, proporcionando al paciente habilidades para convertirse en un observador más objetivo de sus experiencias. Es importante que el paciente adquiera esta habilidad al principio del tratamiento, ya que facilitará la adquisición de nuevos conceptos que aparecerán con posterioridad en el tratamiento. La

capacidad de observar con objetividad las experiencias emocionales cuando se están produciendo en el momento presente permitirá al paciente identificar mejor pensamientos y comportamientos desadaptativos, así como reconocer cuándo y cómo los sentimientos/sensaciones físicas son provocados por, o son desencadenantes de, pensamientos y comportamientos desadaptativos. Cuando introduzcamos la conciencia emocional, es importante discutir brevemente tres puntos principales, los cuales tratará después con mayor detalle:

1. Las *emociones primarias* son las «primeras» reacciones emocionales a una situación o recuerdo. Estas emociones a menudo son funcionales y están directamente relacionadas con señales en la situación o recuerdo. Sin embargo, las *reacciones secundarias* son las formas en que respondemos a las emociones primarias, y estas reacciones son las que suelen dar lugar a emociones alteradas.
2. Las reacciones secundarias a las emociones tienden a estar cargadas de juicios, por ejemplo, cuando alguien interpreta la ansiedad como una señal de que él o ella no puede hacer frente a la situación actual o interpreta la tristeza como una señal de que él o ella es un fracaso o la situación es desesperanzadora.
3. Las reacciones secundarias a las emociones a menudo no se basan en la información del contexto en el momento presente, sino que suelen estar basadas en lo que sucedió antes, o en pensamientos sobre lo que pasará en el futuro. Esto puede impedir que la persona perciba información potencialmente correcta del contexto actual.

## **2.2 Reacciones a las emociones**

Observa cómo en cada experiencia emocional hay una emoción inicial desencadenada por algún evento o recuerdo, la cual es seguida por una reacción a esa emoción. A menudo este inicio, emoción primaria, surge como un repentino miedo en respuesta a un ruido inesperado, que no es problemático en sí mismo. Sin embargo, la forma en que una persona responde a esa emoción inicial, llamada *reacción secundaria*, puede llegar a ser problemática, como por ejemplo pensar catastróficamente sobre lo que podría haber producido el ruido, lo que hace que aumente la ansiedad, que el corazón lata más rápido, que los músculos se tensen, y lleva a una persona a buscar consuelo. Estas reacciones pueden colorear, influir y motivar diferentes interpretaciones de, y acciones en respuesta a, las experiencias emocionales. Explique al paciente que la conciencia emocional implica no solo prestar atención a las experiencias emocionales, sino también ser consciente de las *reacciones* a estas experiencias emocionales.

## **2.3 Juicios sobre las emociones**

Las reacciones secundarias a menudo llevan consigo un tono evaluativo, crítico, o de juicio, como «la sensación es mala» o «la manera en que me siento significa que soy incompetente en esta situación». Además, es importante reconocer que el rechazo de las experiencias emocionales no siempre se limita a las emociones negativas. A veces, las personas reaccionan de manera negativa también ante las experiencias emocionales *positivas*, encontrándolas aterradoras o generadoras de ansiedad, observándolas como un indicador de que han bajado la guardia, o que son más vulnerables ante algo malo que va a suceder. Cuando los juicios se centran en experiencias emocionales, la persona a menudo pierde el contacto con el propósito original que acompaña a la emoción primaria (p. ej., experimentar la emoción primaria de miedo después de escuchar un sonido inesperado, que a su vez nos alerta sobre algo que a nuestro alrededor puede ser o no amenazante). Las reacciones secundarias pueden llevarnos a ver las emociones primarias como algo amenazante y no deseado, en lugar de ser la manera más natural y sabia para señalarnos qué está ocurriendo en nuestro mundo en estos momentos. Muchas personas con trastornos de ansiedad y depresivos consideran cualquier tipo de emoción, positiva o negativa (miedo, tristeza, ansiedad, alegría), como intrínsecamente amenazadoras y aversivas, interpretando que tienen implicaciones catastróficas, en lugar de verlas como experiencias transitorias. Cultivar una conciencia objetiva, sin juzgar, permite al paciente identificar mejor las interpretaciones catastróficas o desadaptativas de sus emociones, así como las respuestas conductuales desadaptativas.

### **Nota para el terapeuta**

*Es posible que quiera guiar al paciente mediante un ejemplo de una situación que provocó una fuerte respuesta emocional, sobre todo usando un ejemplo de los registros del paciente. Ayude al paciente a identificar la emoción primaria, así como las reacciones secundarias a esta emoción. Use el Registro del modelo de los tres componentes de la emoción para ayudar al paciente a analizar la experiencia emocional, utilizando flechas para mostrar cómo las reacciones en un dominio influyen en las reacciones de otro (p. ej., un pensamiento catastrófico que produce un aumento de la ansiedad y la tensión muscular). Solicite al paciente que describa sus reacciones a las emociones, señalando con mucho tacto cuando se utilicen frases y juicios de valoración.*

*Para ilustrar un enfoque sin juicios sobre las experiencias emocionales, puede servirnos participar con el o la paciente en un ejercicio. Pida al paciente que imagine cómo le respondería a un amigo que le cuenta que siente una emoción particularmente incómoda. ¿Podría el paciente decirle a su amigo que es «estúpido» o «malo» por sentirse así? ¿O mostraría el paciente empatía por la experiencia de su amigo? Sugiera al paciente que practique este mismo enfoque con sus propios sentimientos.*

## **2.4 Importancia de centrarse en el presente**

Además de enfatizar una actitud objetiva sin juzgar sobre las experiencias emocionales, introducir al paciente el concepto de conciencia plena centrada en el presente y ofrezca dos ejercicios para practicar esta habilidad. La justificación del énfasis en la conciencia

centrada en el presente radica en el hecho de que muchas de las reacciones que los pacientes tienen ante sus emociones se basan en los recuerdos y asociaciones con situaciones o eventos pasados, y/o en la anticipación de las posibles consecuencias o resultados futuros. Con frecuencia, los pacientes no están prestando atención al contexto actual en el que se producen las emociones, por lo que se están perdiendo información valiosa de carácter correctivo. Por ejemplo, una paciente con trastorno de pánico que experimenta mareos o aturdimiento puede centrarse en el hecho de que la última vez que tuvo estas sensaciones físicas experimentó un ataque de pánico completo, o podría centrarse en impedir el ataque de pánico que cree que «inevitablemente» seguirá a las sensaciones físicas. Como la paciente no se está centrando en la información del presente que es en potencia correctiva, entonces, a pesar de que ella está experimentando sensaciones físicas similares, en este momento, no está teniendo un ataque de pánico. Del mismo modo, un paciente con trastorno de ansiedad generalizada puede estar tan centrado en un resultado potencialmente catastrófico en el futuro, como por ejemplo estar en la ruina y solo, que olvida el hecho de que, en este momento, no está arruinado ni solo, es más, está sobreviviendo bastante bien. Este proceso de reorientación de la conciencia y de la atención al momento presente se llama ser conscientes de nuestras experiencias (mindful).

Cuando se habla con los pacientes de conciencia centrada en el presente, es importante hacer hincapié en estos tres puntos principales:

1. Practicar la conciencia plena centrada en el presente puede ser incómodo al principio. Algunos pacientes encuentran sobre difícil observar sus pensamientos sin participar o «dejarse llevar» por ellos. Recuerde a los pacientes que el objetivo no es hacer estos ejercicios una manera perfecta: el objetivo es convertirse en un mejor observador de sus experiencias tal y como están ocurriendo en el momento presente. Anime a los pacientes a que intenten practicar formalmente la conciencia plena una vez al día durante al menos una semana, con el fin de sentirse más cómodos. Puede describir esta habilidad como el fortalecimiento de un nuevo músculo: solo a través de la práctica repetida se gana fuerza muscular y el proceso se vuelve automático.
2. Además de la práctica formal a través del Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar del capítulo 7 del manual del paciente (que se describe con mayor detalle más adelante), anime a los pacientes a participar en ejercicios breves de conciencia plena a lo largo del día, tal y como se describe en el Registro anclaje en el presente (también en el capítulo 7 del manual del paciente). Los pacientes deben utilizar estos ejercicios para ayudar a desarrollar un hábito que se puede utilizar para cambiar con rapidez su atención al momento presente en situaciones de malestar. Para facilitar este proceso, ayude al paciente a identificar algunas «señales» que pueda usar junto a estos breves ejercicios, que con el

tiempo se asociarán con ese modo de anclarse en el momento presente. Una señal muy útil (¡y portátil!) es la respiración. La combinación de respiración profunda con la dirección de la atención a algo tangible que ocurra en el momento presente (como escuchar a los coches que pasan o el sonido de un pájaro) puede condicionar la respiración y servir como una poderosa señal para recordar al paciente que se focalice en el momento presente. Asegúrese de indicar al paciente que la respiración no debe ser utilizada como forma de distracción o como una técnica de relajación. Más bien, la respiración debe servir como un recordatorio para que el paciente se concentre en qué está pasando *en ese momento*.

3. Una vez que el paciente ha identificado una señal, anímelo a usar esta señal en situaciones de estrés para ayudar a dirigir la atención al momento presente. Además, justo después de esta señal, y una vez que la atención ha vuelto al contexto actual, los pacientes deben hacer una rápida «revisión de los tres dominios», es decir, de manera objetiva y sin juzgar, deben observar las reacciones actuales en cada uno de los tres dominios de la experiencia emocional. Dígale al paciente que se pregunte a sí mismo: ¿Cuáles son mis pensamientos *en este momento*? ¿Qué emociones y sensaciones físicas estoy experimentando *en este momento*? ¿Qué estoy haciendo *en este momento*? El paciente debe utilizar esta revisión de los tres dominios para identificar cualquier pensamiento, conducta o reacción desadaptativa y reemplazarlos por respuestas más adaptativas. Explique al paciente que estos conceptos —identificando las respuestas desadaptativas en cada dominio y su sustitución por respuestas adaptativas— se tratarán en detalle en las próximas sesiones, pero por ahora el objetivo es practicar el ser un observador objetivo de la experiencia.

### **3. Demostración de la conciencia centrada en el presente, sin juzgar**

Para que los pacientes puedan comprender del todo los conceptos presentados en esta sesión, es esencial que los practiquen, o que «aprendan haciendo». Los pacientes deben participar por primera vez en esta práctica prestando atención a sus experiencias emocionales en el momento presente, sin juzgar, a través de un breve ejercicio de conciencia plena (mindfulness). Esta habilidad se debe practicar luego, cuando esté en un estado emocional determinado, mediante un ejercicio de inducción de emociones, con el fin de permitir a los pacientes utilizar estas habilidades en una situación emocional provocada.

#### **3.1 Practicando la conciencia emocional sin juzgar**

Haga que el paciente practique la conciencia centrada en el presente sin juzgar a través de un breve ejercicio de mindfulness. Elija el ejercicio que le parezca más adecuado para el paciente. Puede optar por elegir el ejercicio del manual del paciente, u otro de los ejercicios propuestos en la página web [www.oup.com/us/ttw](http://www.oup.com/us/ttw). Indique al paciente que durante la realización de este ejercicio debe practicar el prestar atención a lo que está sucediendo en ese momento, tanto dentro como fuera de él o ella, *en ese mismo momento* de manera objetiva, reconociendo cualquier pensamiento, sentimiento y conducta tal y como son, dejando de lado la necesidad de juzgar críticamente, cambiar o evitar la experiencia. Si el paciente encuentra complicado permanecer focalizado en el momento presente, o su mente deambula, anime al paciente a practicar utilizando la señal elegida (como la respiración) para ayudarlo a redirigir la atención al presente y volver a observar con objetividad la experiencia.

Si elige utilizar el ejercicio del manual del paciente, trate de mantener un ritmo constante, cómodo, hablando despacio y deteniéndose con frecuencia para que el paciente tenga la oportunidad de observar su experiencia. Asegúrese de analizar el ejercicio con el paciente después de su realización. Es posible que desee utilizar el Registro del modelo de los tres componentes de la emoción para ayudar al paciente a describir sus reacciones y respuestas durante el ejercicio. Muestre al paciente cualquier juicio o respuesta desadaptativa, sin corregirlas en este momento. Recuerde al paciente que en las próximas semanas trabajarán juntos para explorar cada uno de los tres dominios (pensamientos, sentimientos y conductas) con mayor detalle, pero que por ahora el objetivo es observar y darse cuenta de la experiencia.

### **3.2 Ejercicio de inducción de la emoción**

Una vez que el paciente ha tenido la oportunidad de practicar la conciencia objetiva centrada en el presente mediante un ejercicio formal de mindfulness, es beneficioso que practique esta misma habilidad en el contexto de una experiencia emocional. El propósito de aprender esta habilidad es ser capaz de utilizarla en momentos de angustia para obtener una perspectiva objetiva sin juicios y acceder a información potencialmente correctiva del contexto actual para ayudar a modificar las respuestas desadaptativas.

A continuación os mostramos un ejemplo de un ejercicio que pueden utilizar: Haga que el paciente identifique una pieza de música que genere emociones, recuerdos o reacciones fuertes. Si el paciente no es capaz de identificar una pieza de música, puede elegir alguna de la lista de sugerencias que se ofrecen online en [www.oup.com/us/ttw](http://www.oup.com/us/ttw). En nuestro centro, hemos realizado este ejercicio de dos maneras:

1. El paciente trae un CD o reproductor de música (p. ej., iPod) que conectamos a unos altavoces o auriculares durante la sesión.

O bien,

2. A través de iTunes u otro lugar para descargar música, la canción seleccionada se descarga en el ordenador del terapeuta y se reproduce durante la sesión.

Utilizando la pieza de música seleccionada, haga que el paciente entrene la observación de su experiencia identificando los pensamientos, sentimientos y reacciones, del mismo modo que durante el ejercicio de mindfulness. Recuerde a los pacientes que el objetivo de este ejercicio es practicar el ser plenamente conscientes de sus experiencias emocionales, *tal y como están ocurriendo ahora mismo en el momento presente*, sin etiquetar ni juzgar. Recuerde también a sus pacientes que si se bloquean pueden utilizar su respiración (u otra señal elegida) para ayudarse a anclarse en el presente. Al finalizar la música, anime a los pacientes a comentar pensamientos, sensaciones, u otras reacciones, ayudándoles a observarlas de manera objetiva y sin juzgar.

## **4. Casos prácticos**

### **Caso práctico 1**

En el siguiente caso práctico, el terapeuta presenta al paciente el concepto de conciencia plena o mindfulness.

Paciente —Esto suena un poco a *new age*. En realidad, yo no estoy muy metido en este tipo de cosas.

Terapeuta —Es cierto, la idea de la meditación mindfulness tiene sus orígenes en el budismo, y la idea de practicar algo relacionado con el misticismo oriental puede hacer sentir incómodo a algunas personas. Lo que estamos pidiendo que haga aquí no es que te conviertas en budista, o incluso en un «meditador» formal o en alguien en el que no te sientas cómodo. (Aunque algunas personas encuentran la práctica de la meditación tan útil que empiezan a practicarla en su vida cotidiana). En cambio, hemos encontrado que el principal objetivo del mindfulness —dirigir tu atención desde estar inmerso «en tu mente» hacia un objetivo, observando con perspectiva tu experiencia— es increíblemente útil, tanto para la comprensión de tu experiencia, como para el reconocimiento de cuándo y cómo podrías estar reaccionando a tu experiencia de una manera que empeora las cosas. Por ejemplo, cuando te sientes ansioso, y entonces comienzas a tener muchos pensamientos críticos y duros contigo mismo por estar ansioso, esos pensamientos te están haciendo sentir peor. Adoptar una actitud objetiva y sin juzgar te ayudará a empezar a separar tu ansiedad de la reacción autocrítica y dura hacia ti mismo, dándote la oportunidad de parar el círculo antes de que empiece. Hacer estos ejercicios formales de mindfulness te permite

practicar qué se siente al observar tu experiencia de esta manera, proporcionándote una poderosa herramienta para hacer frente a las experiencias emocionales desagradables.

## Caso práctico 2

En el siguiente caso práctico, el terapeuta está ayudando al paciente a comprender los beneficios de observar las experiencias en el momento presente.

Paciente —No me gusta permanecer quieto, me hace sentir más ansioso.

Terapeuta —Cuéntame más, qué sucede cuando estás quieto.

Paciente —No lo sé. Yo solo siento que debería estar haciendo algo. Siento que, si dejo de pensar en todo lo que necesito hacer, mi día entero se derrumbará. También temo que empezaré a pensar en cosas en las que preferiría no pensar.

Terapeuta —Entonces, cuando permaneces quieto y focalizado en el presente, ¿tienes miedo a perder el control de las cosas que supuestamente ocurrirán durante el día, y puede que empieces a pensar en las cosas que han sucedido en el pasado?

Paciente —Sí, y eso me pone todavía más ansioso.

Terapeuta —Dime en qué cosas estás pensando que necesitas hacer en el día de hoy.

Paciente —Bueno, estoy preocupada por si llego tarde a la cita con el médico, y que no llegue a tiempo para devolverle el coche a mi marido esta tarde, y que él llegue tarde a la reunión, lo cual sería muy malo.

Terapeuta —¿Y dónde estás ahora?

Paciente —Estoy aquí, en este despacho.

Terapeuta —¿Estás llegando tarde ahora mismo?

Paciente —No, a menos que esto se alargue.

Terapeuta —¿Se está alargando?

Paciente —De momento no.

Terapeuta —Entonces, no estás llegando tarde a ningún sitio en este momento, pero estás focalizada en la posibilidad de que podrías retrasarte más tarde. ¿Cómo te hace sentir el focalizarte en la posibilidad de que después podrías llegar tarde?

Paciente —¡Ansiosa!

Terapeuta —Y ¿qué pasa con la información del presente, en este momento, no estás llegando tarde?

Paciente —Bien, mucho menos ansiosa. Pero todavía podría retrasarme luego.

Terapeuta —Pensar en retrasarse más tarde o centrarse en que no llegas tarde ahora a ningún sitio, ¿va a cambiar lo que pase dentro de tres horas?

Paciente —No lo sé, depende de lo que ocurra más tarde.

Terapeuta —¡Correcto! Por tanto, no tienes la posibilidad de saber realmente lo que sucederá más tarde, ¿no? Puedes encontrarte con un atasco y retrasarte al llegar a la

cita del médico. O puede que no haya tráfico y que tardes 15 minutos en llegar, en lugar de los 30 minutos habituales. En otras palabras, no lo sabes. Lo único que sabes ahora con certeza es que estás en este despacho en este momento, y por el momento no te estás retrasando en hacer nada. Por tanto, la única diferencia acerca de preocuparse por el futuro en lugar de prestar atención al momento presente es que uno te hace sentir más ansioso y el otro menos. ¿Cómo te hace sentir físicamente preocuparte por llegar tarde esta tarde?

Paciente —Agitada, tensa, estresada.

Terapeuta —Y, ¿qué pasa con la idea de que ahora no llegas tarde?

Paciente —Bueno, un poco menos tensa.

Terapeuta —Entonces, permanecer sentada y observar tu experiencia en el momento presente no significa tratar de simular que no estás preocupada por lo que va a ocurrir más tarde, o evitar pensar en los recuerdos del pasado. En cambio, permanecer sentada y observando tu experiencia significa percibir de manera objetiva y curiosa que tus pensamientos están focalizados en situaciones potencialmente negativas que pueden o no pasar en el futuro, y percibir que esos pensamientos además te hacen sentir tensa y ansiosa, y provocan que te sientas inquieta en tu silla. Observar estas reacciones que se están produciendo en el momento presente te permite recibir la información importante que está sucediendo en el aquí y ahora que, de lo contrario, podrías haber perdido. Obsérvate a ti mismo de una manera curiosa, «eh, eso es interesante. Cuando me detengo, mis pensamientos divagan hacia la preocupación por llegar tarde y que algo malo suceda. Cuando pienso en estos pensamientos mis músculos se tensan. Cuando cambio mi foco de atención al despacho, mis pensamientos son que estoy aquí y ahora, y no llego tarde. Cuando pienso en estos pensamientos mis músculos se relajan un poco». Redirigir tu atención desde el futuro al presente te permite empezar a entender mejor tus reacciones, y para ver dónde interactúan esos pensamientos, sentimientos y conductas que podrían estar empeorando la situación.

### **Caso práctico 3**

En el siguiente caso práctico, el terapeuta está explicando al paciente que, aunque la conciencia centrada en el presente es una habilidad difícil de adquirir, se hace más fácil con el tiempo y la práctica.

Paciente —No creo que esté haciendo esto bien. No puedo concentrarme y no puedo dejar de pensar en cosas.

Terapeuta —No hay una manera correcta o incorrecta de practicar la conciencia centrada en el presente. Es una habilidad que puede que estés aprendiendo por primera vez. No estamos acostumbrados a darnos cuenta de nuestra experiencia, estamos

acostumbrados a estar justo en el «medio» de nuestra experiencia. Así que, como con cualquier cosa que se aprende por primera vez, esperar de ti mismo que seas capaz de hacerlo «perfectamente» desde el principio no es realista. La primera vez que subiste en una bicicleta, nada más subirte ¿ya pedaleaste hasta el atardecer? ¿o te caíste, quizá incluso varias veces, antes de mantenerte en equilibrio? Lo mismo puede decirse de practicar la observación de tus experiencias de esta manera. Puedes encontrar que tus pensamientos te llevan lejos cientos de veces, pero también puedes «volver a la bicicleta» cien veces reconduciendo tu atención cada vez que notes que tus pensamientos divagan, hasta que por fin te resulte más fácil permanecer en el presente. Y el mero hecho de darse cuenta de que te dejas llevar por tus pensamientos significa que ¡estás observando con éxito tu experiencia!

## Caso práctico 4

En el siguiente caso práctico, el terapeuta está explicando al paciente la importancia de practicar los ejercicios de este capítulo.

Paciente —No tengo tiempo de meditar.

Terapeuta —Puede que tengas que hacer malabares para poder añadir «una cosa más» en medio de todo lo que tienes que hacer. De lo que estamos hablando aquí, no obstante, es de comprometerse a practicar por lo menos una semana, durante 10-15 minutos de tu día, una vez por la mañana y otra por la tarde o por la noche, para tratar de practicar esta habilidad. Esto podría significar que durante una semana se programa el despertador 15 minutos antes. O puedes acostar a los niños 15 minutos antes, o empezar a cenar 15 minutos más tarde.

Paciente —Pero no estoy seguro de que hacer esto me ayudará. Estoy muy ocupado. ¿Es totalmente necesario hacerlo todos los días?

Terapeuta —Lo que ganas comprometiéndote a practicar durante una semana es una oportunidad para sentirte más cómodo con la experiencia de redirigir tu atención desde estar «inmerso en tu mente» a observar la experiencia de una manera objetiva, algo que puedes seguir practicando de manera informal durante todo el día a través de los ejercicios de anclaje en el presente. Esta será una importante habilidad que, con el tiempo y con la práctica, empezará a ser más automática, permitiéndote detectar cuándo las reacciones a tus emociones empiezan a añadir malestar y facilitando la ruptura del círculo antes de que comience. Recuerda, este es un músculo nuevo y quizá muy débil, que necesita ejercitarse. No se espera que domines esto en una semana, tan solo date la oportunidad de experimentar lo que podría ser observar tu experiencia, en lugar de estar atrapado por ella. Una vez que te hayas permitido la práctica formal, por lo menos durante una semana, puedes decidir si quieres incluir la práctica formal como un ejercicio habitual en tu día. En cualquier caso, te ayudará a

conseguir poner en marcha tu práctica informal.

## **5. Gestión de problemas**

Algunos pacientes pueden ser resistentes a la idea del mindfulness, encontrándola difícil, o incluso «artificial», como se refleja en el caso práctico 1. Otros pueden sentir que con la simple observación de su experiencia no están «haciendo lo suficiente» para hacer frente a sus síntomas, produciéndoles insatisfacción. En cualquier caso, es importante transmitir a los pacientes la base teórica que sustenta la práctica de la conciencia centrada en el presente, y asegurarnos de que entienden por completo esta fundamentación. La práctica de la conciencia centrada en el presente se ha visto en este programa que es una habilidad importante que mejorará la capacidad del paciente para continuar con el resto del tratamiento. Se considera como un cambio atencional que permite a los pacientes salir de su experiencia, pudiendo identificar pensamientos específicos, sensaciones físicas y/o conductas que le podrían estar llevando por el camino equivocado.

Puede ser útil emplear el Registro del modelo de los tres componentes de la emoción para demostrar cómo las experiencias emocionales surgen como un ciclo de interacción dinámica entre pensamientos, sensaciones físicas y conductas, cada uno de los cuales se influye y «alimenta» de los otros. Los pacientes dan ejemplos de sus experiencias recientes y dibujan flechas que muestran cómo cada dominio está influyendo en los demás. Explique a los pacientes que la mayoría de las veces estamos en medio del caos. Esto hace que sea muy difícil de encontrar la forma de responder de manera adaptativa. La práctica de la conciencia centrada en el presente nos permite dar un paso fuera de este caos, permitiéndonos adoptar una visión más objetiva de la situación. Puede mostrarlo, dibujando un círculo alrededor de los tres dominios, subrayando dónde debería estar la atención del paciente, observando esta interacción como un todo desde la distancia, en lugar de estar atrapado en medio de ella. Desde esta distancia objetiva, los pacientes estarán en mejores condiciones para identificar dónde pueden intervenir para romper ese círculo. Por ejemplo, dando un paso atrás y observando su experiencia, los pacientes pueden ser capaces de reconocer cómo un pensamiento catastrófico influye en la activación del arousal autonómico, lo cual exacerbará los pensamientos catastróficos, produciendo conductas de escape o evitación. En concreto, instruimos a los pacientes a utilizar su respiración u otra señal elegida, para anclarse en el presente, seguido de una rápida «revisión de los tres dominios», observando sus pensamientos, sensaciones físicas y conductas actuales, e identificando cualquier cosa que esté ocurriendo dentro de los tres dominios y que pueda estar aumentando su malestar. Por tanto, la conciencia centrada en el presente es un primer paso importante para romper los círculos de respuesta desadaptativos.

## 6. Tareas para casa

- Indique al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el Registro de progreso.
- Indique al paciente que continúe utilizando el Registro de análisis contextual de emociones y CIE para identificar los desencadenantes emocionales y las respuestas a esos desencadenantes.
- Que el paciente tenga un tiempo, dos veces al día durante al menos una semana, para practicar formalmente la conciencia centrada en el presente sin juzgar mediante el ejercicio del capítulo 7 del manual del paciente. Si eligió un ejercicio diferente para trabajarlo durante la sesión, entréguele una copia al paciente para que practique en casa. El paciente debe registrar sus experiencias en el Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar.
- Después del periodo de práctica formal, anime al paciente a practicar de manera informal la conciencia centrada en el presente, varias veces al día, utilizando su señal elegida, como la respiración, para ayudarse a anclarse en el presente. Que el paciente practique el anclaje en el presente una vez al día y lo anote en el Registro de anclaje en el presente del capítulo 7 del manual del paciente.
- Pídale al paciente que elija, al menos, dos canciones de su propia colección de música que tengan un fuerte significado personal o recuerdos asociados a ellas. Anime al paciente a utilizar su señal elegida para ayudarse a anclarse en el presente, sobre todo si se está «dejando llevar» por sus pensamientos. El paciente tiene que registrar las reacciones a esas canciones en el Registro de inducción de estado de ánimo del capítulo 7 del manual del paciente, para que puedan comentarlo en la próxima sesión. Indique al paciente que realice este ejercicio varias veces en distintos días, y anímele a que perciba cómo las reacciones emocionales pueden ser diferentes, dependiendo de cómo él o ella se sintiera anteriormente. Asimismo, sugiérale que emplee el Registro del modelo de los tres componentes de la emoción para explorar posteriormente esas reacciones.

# Capítulo 9. Módulo 4.

## La evaluación y reevaluación cognitiva

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 8)

### MÓDULO 4

#### LA EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN COGNITIVA

##### MATERIALES NECESARIOS

- Imagen ambigua para un ejercicio de la sesión.
- Registro Observando tus interpretaciones.
- Registro de la técnica de las flechas descendentes.
- Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos.

##### OBJETIVOS

- Revisar las tareas para casa de la sesión anterior.
- Explicar la relación recíproca entre pensamientos y emociones.
- Introducir el concepto de evaluaciones automáticas.
- Introducir y ayudar al paciente a identificar los errores de pensamiento más comunes.
- Introducir y ayudar al paciente a practicar la reevaluación cognitiva para incrementar la flexibilidad de pensamiento.

##### RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 8 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- La naturaleza de la evaluación cognitiva, incluyendo la influencia recíproca entre pensamientos y emociones.
- Las evaluaciones automáticas y los dos errores de pensamiento más comunes que se dan en los trastornos emocionales. El primero es sobrestimar la probabilidad, cuando la persona considera que la probabilidad de que ocurra aquello temido es muy elevada. La segunda es catastrofizar, cuando la aversión y las consecuencias del suceso se exageran y se subestima la capacidad de hacerle frente.
- Se destaca la importancia de la flexibilidad en la evaluación de las situaciones. Los pensamientos no son «erróneos» o «malos»; más bien se convierten en problemáticos cuando se presentan de manera rígida y empiezan a aparecer de forma automática e indiscriminada en el contexto en el que ocurren.
- La reevaluación cognitiva se ofrece como una forma de aumentar la flexibilidad en la evaluación de las situaciones, no como una forma de eliminar esas «defectuosas» o «erróneas» formas de pensar. Contrarrestar la sobrestimación de la probabilidad implica evaluar objetivamente la probabilidad de que el evento esté ocurriendo en realidad, basado en experiencias previas. Descatastrofizar implica la reevaluación de la aversión de las consecuencias del evento temido, y una evaluación objetiva de la capacidad de hacer frente al evento en el caso de que sí ocurriese.

## CONCEPTOS CLAVE

Los conceptos clave de este módulo incluyen una discusión sobre la evaluación y reevaluación cognitiva. Se espera que los pacientes desarrollen una mayor conciencia de la forma en la que interpretan o evalúan las situaciones, y aprendan cómo los pensamientos influyen en el proceso de respuesta emocional. Se trabajará con los pacientes en ayudarlos a desarrollar una mayor flexibilidad de pensamiento. En esta sección, los objetivos para el paciente son:

- Aprender a identificar las evaluaciones automáticas desadaptativas.
- Aprender a reevaluar esas evaluaciones y aumentar la flexibilidad de pensamiento.

### **1. Revisión de las tareas para casa**

Empiece con una revisión de los autoinformes OASIS, ODSIS, y del Registro de progreso de los pacientes, al igual que del Registro del análisis contextual de emociones y CIE. Los pacientes habrán completado el Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar, el Registro de inducción del estado de ánimo, y el Registro de anclaje en el presente. Usted deberá revisar estos registros con el paciente y evaluar su progreso en la capacidad para identificar y evaluar objetivamente su respuesta emocional. Algunos pacientes tienen dificultades para empezar a adoptar una actitud más objetiva hacia sus emociones. También es común para los pacientes informar de las dificultades en trasladar, lo que eran capaces de hacer durante sus primeras prácticas formales (p. ej., Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar), a situaciones más informales del día a día (p. ej., el Registro de anclarse en el presente). Es importante ayudar a los pacientes a reconocer que un ejercicio es un medio para un fin, y el proceso es lo que están practicando, no el ejercicio en sí mismo. En conjunto, estos registros para casa están diseñados para ayudar a los pacientes a empezar a adoptar una actitud más objetiva hacia sus emociones. El primer paso es ayudar a los pacientes a practicar lo que se siente al llevarles al momento presente utilizando la práctica formal de un ejercicio de mindfulness preseleccionado (Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar). Esta suele ser una experiencia nueva, y puede ser difícil para los pacientes cogerle el truco, al igual que desarrollar el sentido del equilibrio cuando se está aprendiendo a ir en bicicleta por primera vez. Usted puede ayudar al paciente a practicar esta habilidad mediante un ejercicio en sesión, y que el paciente se comprometa a realizarlo con una actividad cotidiana (p. ej., darse una ducha) y que se centre en la experiencia sensorial durante esa actividad. Esto puede ayudar al paciente a tener una idea mejor de cómo completar este primer paso de la tarea para casa del módulo 3.

Una vez que el paciente ha desarrollado el sentido del proceso «sentir parecido a», es el momento de comenzar a practicar este proceso mientras se hacen tareas diarias, tales como cenar, lavar los platos, o incluso mientras se está dando un paseo (usando el Registro de anclarse en el presente). Esto ayudará a que el proceso comience a parecer más natural, y en última instancia ayudará a los pacientes a aplicar este proceso en el

contexto de una respuesta emocional. El Registro de inducción del estado de ánimo es utilizado para ayudar a los pacientes a que comiencen a practicar este proceso en el contexto de sus propias emociones. Este es un paso importante para que los pacientes comiencen a consolidar esta respuesta objetiva en el contexto de las respuestas emocionales autorrelevantes. Cuando esté revisando las tareas para casa del módulo 3 con los pacientes, es importante recordarles continuamente que están desarrollando y fortaleciendo un proceso, o una nueva manera de responder cuando se dan cuenta de que están siendo «empujados» por la intensidad de una respuesta emocional. Esta habilidad servirá como base para los componentes de tratamiento posteriores, por lo que algunos pacientes se beneficiarán de continuar con esta práctica mientras se avanza a través de los próximos módulos del tratamiento.

## **2. Introducción a la evaluación cognitiva**

En la explicación de la evaluación cognitiva, se deben discutir los siguientes puntos:

1. Primero, es importante presentar la idea de que hay un gran número de diferentes aspectos (o estímulos) a los que una persona puede atender o en los que se puede centrar, en una determinada situación. Esta es la forma en la que la mente humana trabaja/sirve como filtro, centrándose en ciertos aspectos de la situación y asignándoles significado, con el fin de aumentar la eficiencia y la velocidad de respuesta en una situación dada. Experiencias del pasado también ayudan a interpretar o evaluar situaciones actuales, y posteriormente esas interpretaciones y evaluaciones son usadas para proyectar lo que podría suceder en el futuro. Es importante transmitir que esto ocurre a menudo de manera inconsciente.
2. Qué aspectos de las situaciones en las que nos focalizamos ayudan a determinar el tipo de emociones que experimentamos. El ejercicio de la imagen ambigua (presentada a continuación) puede ser utilizado para ayudar a los pacientes a identificar cómo sus evaluaciones pueden influir en sus sentimientos o estados de ánimo. Esto puede conseguirse pidiendo a los pacientes que describan cómo diversas evaluaciones desencadenan ciertos sentimientos (por ejemplo, «¿Cómo te haría sentir la interpretación X?»). Esta parte del ejercicio ofrece al terapeuta la oportunidad de ejemplificar la conciencia sin juzgar y la aceptación de los sentimientos, mediante la validación de las reacciones emocionales de los pacientes (p. ej., «Por supuesto que se sentiría Y si interpreta la situación de esa manera. Es natural sentirse Y si X fuera cierto»).
3. Es importante ilustrar cómo las emociones pueden influir en los tipos de evaluaciones (o interpretaciones) que se realizan en una determinada situación. El ejercicio de la imagen ambigua también puede ayudar a ilustrar cómo los sentimientos o los estados de ánimo pueden influir en las evaluaciones. Hemos

encontrado que es útil pedir a los pacientes que describan cómo los estados de ánimo o los sentimientos pueden llevarles a evaluar la situación de manera diferente (p. ej., «Si te sintieras Y, ¿cómo piensas que interpretarías la situación?»). También puede ser útil que los pacientes examinen cómo múltiples emociones (p. ej., miedo, ansiedad, tristeza, o ira) pueden influir en sus evaluaciones. Esta parte del ejercicio ayuda a los pacientes a entender cómo sus sentimientos o estados de ánimo pueden determinar cómo evalúan (o interpretan) las situaciones. Este ejercicio, y las preguntas que pueden realizarse, facilita la presentación a los pacientes del concepto clave de evaluación automática.

### **3. Demostración de la evaluación cognitiva. Ejercicio de la imagen ambigua**

El siguiente ejercicio a trabajar en sesión se puede utilizar para mostrar cuántas interpretaciones diferentes se pueden hacer de una situación, y para observar cómo esas evaluaciones están influidas por el estado de ánimo actual. En primer lugar, presente la imagen ambigua (la imagen se proporciona al paciente en el capítulo 8 del manual del paciente). Mientras esté visualizando la imagen, el paciente debe tomarse un tiempo para considerar diferentes evaluaciones (o interpretaciones) sobre la imagen. Después de que hayan pasado 30 segundos aproximadamente, retire la imagen y pregúntele al paciente sobre su interpretación inicial de la imagen ambigua. Después de identificar la evaluación inicial o automática, podemos ayudar a la generación de interpretaciones alternativas sobre lo que podría estar sucediendo en la imagen. Indique al paciente que anote las interpretaciones en el Registro «Observando tus interpretaciones» del capítulo 8 del manual del paciente.

#### **Nota para el terapeuta**

*Animar a los pacientes a generar tantas interpretaciones alternativas como sea posible, aunque algunas parezcan poco creíbles. Algunos pacientes tienen dificultades a la hora de generar evaluaciones alternativas. Valide que esto puede resultar difícil al principio, pero que con la práctica se hace más fácil y puede convertirse en algo «mecánico». Enfatice que no hay respuestas correctas y que el objetivo del ejercicio no es cambiar las evaluaciones de manera que sean más «apropiadas» o «mejores». El objetivo no es conseguir la evaluación «buena». Más bien, el objetivo es demostrar que, a pesar de la velocidad con la que generamos las interpretaciones iniciales, otras interpretaciones son posibles.*

### **4. Evaluación automática y errores de pensamiento**

Las evaluaciones automáticas nos ayudan a filtrar nuestras experiencias y a responder a las situaciones de manera rápida y eficiente. Es adaptativo en algunas situaciones focalizarse en algunas partes clave de la información y excluir información adicional o

evidente. Con el tiempo, las personas desarrollamos una manera o estilo particular de evaluar las situaciones. La investigación ha puesto de manifiesto que las personas con trastornos emocionales son más propensas a aferrarse a las evaluaciones negativas y más pesimistas. Puede ser útil el uso de la interpretación inicial del paciente sobre la imagen ambigua para explicar este punto, o para hacer referencia al ejemplo del jefe/profesor que hay en el capítulo 8 del manual del paciente.

Es importante identificar la evaluación automática principal que está impulsando la respuesta emocional, y no solo las evaluaciones superficiales que a menudo son más fácilmente accesibles. Puede ser de ayuda utilizar la técnica de flechas descendentes para ayudar a los pacientes a identificar sus evaluaciones principales. Por ejemplo, si alguien describe evitando un encuentro social y la evaluación relacionada fue: «No tendré nada que decir a la gente», esto mostrará una desconexión entre la conducta extrema (evitación) y la evaluación automática relativamente moderada. Lo que puede ser más probable es que el paciente interprete la situación como: «No voy a tener nada que decir, la gente me va a rechazar, y nunca tendré amigos durante el resto de mi vida». El Registro de la técnica de las flechas descendentes del capítulo 8 del manual del paciente puede ser útil para ayudar a los pacientes a identificar sus evaluaciones automáticas principales haciéndoles preguntas como «¿Qué pasaría si esto fuera cierto?» o «Si esto fuera cierto (o si esto sucedió) ¿Qué querría decir sobre ti?».

Ceñirse repetidamente a una sola evaluación (o tipo de evaluación) sobre una situación o evento puede crear un poderoso heurístico, y empezar a excluir otras formas de pensar o interpretar situaciones o eventos. Aunque filtrar información innecesaria sea adaptativo y útil, puede convertirse en un problema cuando una persona continúa filtrando información adicional y excluye otras evaluaciones posibles, incluso más realistas, de la situación. Este filtrado puede dar lugar a incrementar las emociones negativas y, a su vez, a evaluaciones automáticas más generales (p. ej., «Nunca haré nada bien», «No valgo nada», etc.). Así pues, tanto las evaluaciones automáticas y las emociones mantienen este ciclo (nuestras evaluaciones influyen en cómo nos sentimos y nuestros sentimientos influyen en las evaluaciones futuras que haremos).

Dos evaluaciones automáticas comunes o «errores de pensamiento» que a menudo encontramos en personas con trastornos emocionales son *Sobrestimar la probabilidad* (o *Saltar a las conclusiones*) y *Catastrofizar* (o *Pensar lo peor*). Puede ser útil usar ejemplos de los registros del paciente (o de la vida diaria) para trabajar los errores de pensamiento. Trate de poner ejemplos específicos de las evaluaciones que pueden ser más rígidas o problemáticas, ya que la evaluación se centra en un aspecto, o la interpretación de una situación, que puede que no sea útil a largo plazo. También es útil comprobar las evaluaciones automáticas de los pacientes que pueden ser adaptativas: aquellas que filtran información innecesaria y se centran en motivar al paciente a hacer frente a un problema o tarea específica. No obstante, invierta la mayor parte del tiempo discutiendo los tipos de evaluaciones que se interponen en su funcionamiento o en su

camino. La información detallada sobre los errores de pensamiento está incluida en el manual del paciente.

## 5. Reevaluación cognitiva

Los errores de pensamiento mantienen los círculos de respuesta emocional problemáticos a través de la disminución de nuestra flexibilidad de pensamiento, e impidiendo que reconozcamos una amplia gama de diferentes interpretaciones o que tengamos en cuenta el contexto en el que algo ocurre. El problema con estas evaluaciones automáticas no es que sean formas «malas» o «erróneas» de pensar sino que nos limitan, ya que representan solo una de las múltiples interpretaciones posibles de la situación. Por lo tanto, el objetivo de la reevaluación cognitiva es incrementar la flexibilidad en la evaluación de las situaciones, *no* reemplazar pensamientos malos o «arreglar» las maneras erróneas de pensar.

Una manera de «escapar» de estos errores de pensamiento es prestar atención a las interpretaciones y evaluarlas no como «verdaderas», sino como una posible interpretación de la situación. En lugar de pensar automáticamente que el peor escenario va a ocurrir, es importante empezar a introducir y considerar otras interpretaciones. Los pensamientos sobre el peor escenario todavía pueden estar ahí, pero ellos pueden «coexistir» con otras posibles interpretaciones de la situación. El objetivo es permitir la flexibilidad en nuestros pensamientos, y permitir evaluaciones alternativas de las situaciones que evocan emociones, evaluaciones que están ancladas en la situación presente y tienen en cuenta el contexto actual en el que ocurre.

Para los pacientes es habitual juzgarse o culparse por las interpretaciones automáticas que hacen. Esto puede crear un obstáculo para generar flexibilidad en las evaluaciones porque cuanto más culpa se atribuyan los pacientes a sí mismos, más afecto negativo experimentarán en respuesta a los pensamientos, y más pensamientos negativos tendrán. Es importante ayudar a los pacientes a practicar el ser conscientes de las evaluaciones automáticas sin juzgar, fijándose en la evaluación y permitiendo que pase por sus mentes, en lugar de aferrarse a ella como la *única* manera de interpretar la situación y «dejándose llevar» por ella. El punto clave es ser consciente del error de pensamiento y, teniendo en cuenta el contexto en el que la emoción está siendo experimentada, no considerar el error como la única verdad, sino como una manera de pensar sobre la situación. Esto permitirá incrementar la flexibilidad en el pensamiento.

La reevaluación cognitiva es una habilidad útil para ayudar a romper los círculos de respuesta emocional problemáticos, y se ha encontrado que es una estrategia eficaz para cambiar la forma en la que se experimenta una emoción o un evento. Aprender a generar interpretaciones más realistas y basadas en la evidencia de las situaciones que evocan emociones, facilita la regulación emocional.

Hay dos estrategias de reevaluación que son útiles para aprender a reevaluar las evaluaciones automáticas y llegar así a interpretaciones alternativas. Estas son: contrarrestar la *sobrestimación de la probabilidad* y *descatastrofizar*. Sobre todo es importante ser empático, tanto en relación con la situación como con la experiencia emocional del paciente durante este proceso. Es difícil reconocer algunos de los principales miedos que los pacientes han estado intentando evitar durante mucho tiempo. La propuesta de la reevaluación cognitiva no es eliminar todos los pensamientos relacionados con las evaluaciones negativas, ni es «castigar» a los pacientes por tener interpretaciones negativas. Las estrategias de reevaluación cognitiva son útiles para ayudar a los pacientes a adquirir cierta perspectiva sobre los pensamientos, de manera que los pensamientos negativos automáticos no se alimenten aún más de los círculos problemáticos de respuesta emocional. Reevaluar las evaluaciones automáticas es también una manera útil de facilitar las posteriores exposiciones emocionales, ya que permite diferentes evaluaciones de las emociones cuando estas son experimentadas. Ayudar a los pacientes a practicar la evaluación realista de sus propias evaluaciones proporcionará algo de motivación cuando se enfrenten con la realización de una exposición emocional difícil. Las estrategias de reevaluación cognitiva se discuten con más detalle en el manual del paciente.

## **6. Casos prácticos**

### **Caso práctico 1**

En el siguiente caso, el paciente está teniendo dificultades a la hora de identificar sus pensamientos.

Paciente —No lo sé. Yo no pensé nada. Quiero decir, yo solo tenía que escapar. ¡Tenía que salir de allí de inmediato!

Terapeuta —¿Qué recuerdas sobre los pensamientos que tenías mientras estabas de pie delante de toda la gente?

Paciente —Estaba pensando en la presentación que se suponía que iba a dar.

Terapeuta —¿Estabas haciendo alguna predicción específica sobre cómo te iba a salir? o ¿Tenías alguna preocupación sobre qué podía suceder?

Paciente —Bueno, yo estaba bastante seguro de que iba a ir mal, al igual que la última vez que traté de hacer una presentación. Estaba muy preocupado de que la gente se diera cuenta de lo ansioso que estaba, y creo que no sabía ni de lo que estaba hablando.

### **Caso práctico 2**

En el siguiente caso, el terapeuta usa la técnica de las flechas descendentes para ayudar a la paciente a identificar las evaluaciones principales que le llevaron a cancelar la cita.

Paciente —Entonces, cancelé la cita que había programado la semana pasada.

Terapeuta —¿Qué pasó?

Paciente —Estaba preparándome para ir a la cita a ciegas y empecé a sentirme muy ansiosa.

Terapeuta —¿Qué notaste mientras te preparabas para la cita?

Paciente —Noté algunos de los síntomas físicos habituales, como el aumento del latido cardíaco y algo de sudoración. Me preocupaba que no tuviese nada que decir. Estaba tan ansiosa que solo llamé y dije que lo sentía, pero que no podía hacerlo.

Terapeuta —Suena como si estuvieses muy preocupada por no tener nada que decir en la cita. Tengo curiosidad. ¿Qué pasaría (o qué querría decir sobre ti) si no tuvieses nada que decir?

Paciente —Bueno, supongo que si yo no tuviese nada que decir, mi cita pensaría que soy aburrida.

Terapeuta —¿Y que pasaría si pensara que eres aburrida?

Paciente —No me invitará a una segunda cita.

Terapeuta —Vale, y si tu cita pensara que eres aburrida y no te invitara a una segunda cita, ¿qué pasaría después?

Paciente —Entonces nadie querrá tener una cita conmigo y estaré sola para siempre.

## **7. Gestión de problemas**

Como se ilustra en el caso práctico 1, algunos pacientes pueden tener dificultades a la hora de identificar sus pensamientos. Muchas veces, estas personas se centrarán tanto en la intensidad de la emoción que, efectivamente, «ignoran» los eventos o momentos que preceden a su reacción. En casos como estos, puede ser útil guiar al paciente «a volver atrás en el tiempo», al momento antes de que él o ella estuviesen en la situación, o cuando él o ella acababan de entrar en la situación, para ayudar al paciente a comenzar a identificar sus evaluaciones automáticas. En el caso práctico 1 el terapeuta ayuda al paciente a identificar qué tipo de pensamientos estaba teniendo antes de la situación (p. ej., hacer una presentación) y su respuesta en la situación (p. ej., el intenso deseo de huir). En casos como este los pacientes se beneficiarán con mayor probabilidad de focalizarse en, y practicar con, la identificación de sus evaluaciones automáticas, antes de pasar a la reevaluación cognitiva.

Otro obstáculo importante que puede surgir mientras se llevan a cabo las intervenciones que se presentan en este capítulo es cuando los pacientes identifican una evaluación, pero hay una notable desconexión entre la naturaleza de la evaluación y la intensidad de la respuesta del paciente en esa situación. La desconexión entre la conducta

del paciente y su evaluación de la situación es una señal de que el paciente no ha identificado su evaluación automática principal. Como se ilustra en el caso práctico 2, el terapeuta usa la técnica de las flechas descendentes para identificar la evaluación principal que está llevando al paciente a tener esa respuesta emocional en esa situación (p. ej., llamar para cancelar la cita). Es muy relevante identificar la evaluación principal para así maximizar el beneficio de la reevaluación cognitiva. La técnica de las flechas descendentes es útil para ayudar a los pacientes a entender esta desconexión.

A veces, las personas que experimentan cogniciones intrusivas (p. ej., obsesiones o preocupaciones) se centran, de manera fija, en evaluar la probabilidad *actual* de que ocurra el evento pudiendo convertirse, en sí mismo, en una forma de evitación cognitiva. En estos casos, es útil redirigir a los pacientes desde la evaluación de las probabilidades a la evaluación de su capacidad para hacer frente a las consecuencias, y al significado que están atribuyendo al evento si este fuese a suceder. Además de reorientar a estas personas a evaluar las consecuencias asociadas a ese evento temido, también puede ser útil establecer un tiempo límite para utilizar la habilidad de reevaluación, y así nos aseguramos de que no quedan atrapados en un círculo de evitación cognitiva.

## 8. Tareas para casa

- Indicar al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el Registro de progreso.
- Pedir al paciente que trate de usar el Registro de las flechas descendentes del capítulo 8 del manual del paciente para identificar las evaluaciones automáticas centrales de registros anteriores (p. ej., el Registro de análisis contextual de emociones y CIE).
- El paciente debe utilizar el Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos para supervisar las evaluaciones y las emociones. Explicar al paciente que debe completar solo las 4 primeras columnas (situación/desencadenantes, evaluación automática, la emoción y la identificación de errores de pensamiento).
- Una vez que el paciente ha identificado las evaluaciones automáticas, él o ella debe iniciar el proceso de reevaluación, si siente que el paciente está preparado (lea la nota para el terapeuta abajo). Entrene al paciente a que genere, al menos una evaluación alternativa para cada una de las evaluaciones automáticas (aunque generar más de una alternativa puede ser útil también) y que lo anote en la última columna del Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos. Recuerde al paciente que el objetivo no es creer completamente en una nueva interpretación, sino más bien dejar que coexistan con las evaluaciones automáticas negativas. Ninguna de las interpretaciones es necesariamente correcta: son ejemplos de una amplia gama de interpretaciones posibles.

## **Nota para el terapeuta**

*Algunos pacientes necesitan más práctica con la evaluación cognitiva que otros, y pueden requerir más tiempo para hacer frente a todo el material en una sola sesión. Por lo tanto, puede asignar las cuatro primeras columnas del Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos, para después de una sesión, y posteriormente asignar la reevaluación cognitiva (la última columna) en la siguiente sesión. Para los pacientes que son capaces de entender todos los conceptos en una sola sesión, puede mandar sin problemas la tarea por completo del Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos.*

Debe recomendar al paciente que continúe practicando las habilidades mencionadas en módulos anteriores. Por ejemplo, puede ser útil para los pacientes que hayan completado el capítulo 7 del manual del paciente que continúen practicando la conciencia centrada en el presente usando el Registro de anclarse en el presente. Mientras que el principal objetivo de las tareas para casa es practicar las habilidades aprendidas en este capítulo, usted tiene la libertad de solicitar uno o dos ejercicios (o registros) de capítulos anteriores, si la práctica adicional es beneficiosa.

# Capítulo 10.

## Módulo 5a. Evitación emocional

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 9)

### MÓDULO 5a

### EVITACIÓN EMOCIONAL

#### MATERIALES NECESARIOS

- Registro de estrategias de evitación emocional.

#### OBJETIVOS

- Revisar las tareas para casa de la semana anterior.
- Introducir el concepto de evitación emocional.
- Presentar varios tipos de estrategias de evitación emocional y comentar cómo estas estrategias contribuyen al círculo negativo de la respuesta emocional.
- Ayudar al paciente a identificar sus propias estrategias de evitación emocional.
- Demostrar los efectos paradójicos de la evitación emocional.

#### RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 9 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- La evitación emocional se refiere a cualquier estrategia que alguien puede usar para evitar sentir emociones fuertes o para impedir que las emociones sean más intensas.
- La evitación emocional ocurre con mayor frecuencia respecto a emociones negativas, pero también puede ocurrir con emociones positivas.
- Aunque las estrategias de evitación emocional pueden ser útiles en algunas situaciones, rara vez funcionan bien a largo plazo.
- Además de la evitación más «evidente», como cuando alguien se niega a entrar en una situación que le pueda producir malestar emocional, las estrategias de evitación pueden dividirse en tres tipos: conductas sutiles de evitación, evitación cognitiva y las llamadas «conductas de seguridad».
- Los intentos de evitar las emociones suelen ser un fracaso y, paradójicamente, es probable que aumenten la frecuencia y la intensidad de los pensamientos y emociones que el individuo está tratando de suprimir.

#### CONCEPTOS CLAVE

En este capítulo, se presenta el concepto de evitación emocional. Tal y como se ha señalado anteriormente, la *evitación emocional* se refiere a cualquier estrategia que puede usarse para evitar sentir emociones fuertes o para impedir que las emociones comiencen a ser más intensas. Usted trabajará en colaboración con el paciente para identificar estas estrategias. La evitación emocional también puede demostrarse en sesión para ayudar a los pacientes a tener una mayor comprensión del concepto. En este capítulo, el objetivo para el paciente es:

- Identificar los patrones de evitación emocional y comprender cómo las estrategias de evitación emocional contribuyen al desarrollo y mantenimiento de emociones negativas.

## **1. Revisión de las tareas para casa**

Como en capítulos anteriores, empezamos con la revisión del ODSIS, OASIS, y el Registro de progreso del paciente, al igual que otros registros adicionales que pudieran haberse solicitado en sesiones anteriores. Los pacientes también habrán completado el Registro de las flechas descendentes, al igual que el Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos. Usted deberá revisar estos registros junto al paciente y evaluar el progreso en su habilidad para identificar las cogniciones principales y evaluar sus pensamientos ansiosos y negativos. Algunos pacientes tienen dificultades al identificar sus interpretaciones automáticas, y pueden necesitar alguna ayuda para completar esta tarea. Además, los pacientes también pueden expresar la dificultad al identificar las evaluaciones (o interpretaciones) y al utilizar las estrategias de reevaluación en el momento en el que están experimentando fuertes emociones. Esto es bastante común. Sin embargo, es importante que los pacientes reconozcan que cierto nivel de procesamiento cognitivo está ocurriendo, aunque esté fuera de su nivel inmediato de conciencia. Las tareas para casa están diseñadas para ayudar a los pacientes a aumentar la conciencia de sus pensamientos, y los pacientes podrán darse cuenta de que el aumento de la conciencia, por sí sola, ayudará a «ralentizar» la respuesta emocional y proporcionará más oportunidades de modificar su experiencia emocional. Se necesita tiempo para desarrollar la capacidad de atrapar algún pensamiento «al vuelo», y los pacientes no deben esperar que vayan a dominar esta capacidad en poco tiempo. Al principio, los pacientes pueden encontrar más fácil identificar y evaluar las interpretaciones automáticas antes o después que durante la respuesta emocional. Practicar esta habilidad de esta forma puede ser un medio útil para modificar la emoción, y puede ayudar a los pacientes a conseguir una mayor conciencia de sus pensamientos como uno de los tres componentes esenciales de la experiencia emocional. Con el tiempo, los pacientes encontrarán más fácil identificar sus pensamientos durante el despliegue de la respuesta emocional.

## **2. Introducción a la evitación emocional**

Las descripciones de los diferentes tipos de estrategias de evitación emocional, incluyendo las conductas sutiles de evitación, la evitación cognitiva, y las conductas de seguridad, se explican en el capítulo 9 del manual del paciente para ayudar a los pacientes a identificar las distintas formas con las que pueden intentar evitar las emociones. Además de esas estrategias de evitación emocional, también debe tener en cuenta la

evitación de las sensaciones físicas asociadas con las emociones (evitación interoceptiva). Esto es muy común en los trastornos emocionales, ya que estas sensaciones pueden desencadenar reacciones intensas. También es importante tener en cuenta que la evitación emocional puede utilizarse tanto para emociones positivas como negativas. Por ejemplo, los pacientes que tienen depresión a menudo expresan dificultad en permitirse sentir emociones positivas. Para estas personas, el tratamiento puede implicar la reducción de la evitación de emociones positivas a través de la promoción de actividades que ofrecen la oportunidad de actuar como refuerzo positivo, y que pueden fomentar un mayor sentido de eficacia. Pedir a los pacientes que participen plenamente en estas actividades, y que «acepten» las emociones positivas que se produzcan, es esencial para cambiar la respuesta emocional.

Tenga en cuenta que los tipos de evitación identificados por los pacientes pueden diferir dependiendo del trastorno emocional que presentan. Así, por ejemplo, los pacientes que experimentan síntomas de pánico y evitación agorafóbica pueden ser más propensos a identificar el uso de señales de seguridad como medio para evitar las emociones que, por ejemplo, un paciente con fobia social, y, en algunos casos, la combinación entre las conductas sutiles de evitación y la evitación cognitiva puede ser lo bastante extensa como para producir un embotamiento emocional. No es esencial para los pacientes que identifiquen todos los tipos de evitación emocional. Sin embargo, debe trabajar con el paciente para desarrollar una lista detallada de las estrategias de evitación emocional que pueden ser modificadas como resultado de los progresos en el tratamiento. Ejemplos de estrategias de evitación emocional, y los trastornos con los que suelen estar más asociadas, se presentan en la tabla 10.1.

**Tabla 10.1 Estrategias de evitación emocional y trastornos asociados**

Estrategia de Evitación emocional	Trastornos más relacionados
<b>Conductas sutiles de evitación</b>	
Evitar el contacto ocular	Fobia social
Evitar beber cafeína	Trastorno de pánico con o sin agorafobia (TPA/TP)
Intentar controlar la respiración	TPA
Evitar hacer ejercicio o otras formas de activación física (evitación interoceptiva)	TPA/Depresión
Evitar tocar el lavabo/inodoro	Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
Procrastinar (evitar las principales tareas emocionales)	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

### **Evitación cognitiva**

Distracción (leer un libro, ver la televisión)	Depresión/TPA
«Desconectar» durante una conversación	Fobia social
Reasegurarse de que todo está bien	TAG
Tratar de evitar que los pensamientos vengan a la cabeza	TOC
Distraerse ante recuerdos de un trauma	Trastorno de estrés postraumático (TEP)
Forzarse uno mismo a «pensar en positivo»	Depresión
Preocuparse constantemente	TAG
Rumiación	Depresión
Supresión de pensamientos	Todos los trastornos

### **Señales de seguridad**

Llevar un teléfono móvil	TPA/TAG
Llevar botes de medicamentos vacíos	TPA
Aferrarse a los amuletos que dan «buena suerte»	TOC
Llevar un mazo en todo momento	TEP
Llevar una botella de agua	TPA
Tener a mano material/libros de oraciones para leer	TAG
Llevar gafas de sol u objetos que ocultan tu cara/ojos	Fobia social

Es importante para los pacientes que entiendan que el uso de la evitación puede contribuir al mantenimiento de los patrones actuales de respuesta emocional. Aunque los pacientes pueden encontrar las estrategias de evitación útiles en algunas situaciones, ya que tienden a inhibir a corto plazo la experiencia de las emociones intensas, rara vez funcionan bien a largo plazo. En primer lugar, la evitación impide la *habitación*, o la reducción de la intensidad de la respuesta a través de la presentación repetida del estímulo temido. Segundo, y más importante, la evitación interfiere con el proceso de *extinción*, o la disminución de la respuesta a través de la repetición de la respuesta sin reforzar: presentaciones repetidas del estímulo temido sin consecuencias aversivas. La evitación también impide que los pacientes desarrollen un sentido de control y eficacia a la hora de hacer frente a aquello que temen. Por último, no permite a los pacientes desafiar las creencias existentes y desarrollar creencias más racionales sobre la situación

temida, incluyendo su habilidad para tolerar emociones negativas.

### **3. Demostración de la evitación emocional**

En el capítulo 9 del manual del paciente, se presentan dos ejercicios para hacer en la sesión para demostrar cómo la evitación emocional a menudo resulta contraproducente, por ejemplo, cuando los pacientes están intentando no pensar en algo importante o tan solo distrayéndose. Estos ejercicios pueden ayudar a los pacientes a obtener una mayor comprensión conceptual de la evitación emocional, y les permite ver cómo trabajan (y no trabajan) estas estrategias con respecto a sus emociones. Si considera estos ejercicios útiles para ayudar a los pacientes a entender el concepto de evitación emocional, quizá desee plantear nuevos ejercicios.

El primer ejercicio para la sesión descrito en el manual del paciente es una adaptación de un experimento realizado por los profesores Daniel Wegner y David Schneider sobre el control mental y la supresión de pensamiento (Wegner, Schneider, Carter y White, 1987). En el segundo ejercicio, de exposición en imaginación, se les pide a los pacientes que no piensen sobre una situación o un recuerdo que sea particularmente emocionante para ellos.

Hemos encontrado útiles estos ejercicios para explicar la idea de que los intentos por suprimir pensamientos (y emociones) son, en general, poco exitosos. De hecho, la supresión puede incrementar la frecuencia y la intensidad de muchos pensamientos y emociones que el individuo está tratando de detener. Tal vez quiera remarcar a sus pacientes que, si han sido capaces de evitar pensar sobre un recuerdo o una situación al menos durante un periodo de tiempo, para asegurarse de que no estaban pensando en ello (que era el objetivo de la tarea), han tenido que «revisar» de vez en cuando que los pensamientos sobre el recuerdo o la situación no estaban en su mente. Este proceso implica pensar acerca de ese recuerdo o situación, y por lo tanto garantiza que tendrán que pensar en ello en cierto grado.

### **4. Preparando el escenario**

Uno de los principales objetivos del tratamiento es ayudar a los pacientes a aprender a tolerar las emociones negativas, y las situaciones que las provocan, sin participar en ningún tipo de evitación. El material que contiene este capítulo es importante para ayudar a los pacientes a participar en los ejercicios de exposición emocional más difíciles, a los que tendrán que hacer frente más adelante en el tratamiento. Para que los pacientes puedan dedicarse plenamente a estos ejercicios, deben ser conscientes y después, reducir o prevenir cualquier intento de desvincularse de la situación o disminuir su respuesta

emocional.

## 5. Casos prácticos

### Caso práctico 1

En el siguiente caso, el terapeuta está ayudando al paciente a entender el concepto de evitación emocional.

Paciente —Si yo sé que evitar es malo, y sirve para mantener mi miedo, ¿por qué sigo haciéndolo?

Terapeuta —Creemos que la evitación se mantiene a través de un proceso de reforzamiento. Cuando hacemos algo que previene la presentación de un estímulo aversivo, la conducta se fortalece o se refuerza. Por supuesto, esto puede ocurrir tanto con estímulos internos —como las sensaciones físicas, los pensamientos o incluso las emociones— como con estímulos externos, como situaciones u objetos específicos que son amenazantes.

Paciente —Pero ¿qué causa la conducta de evitación?

Terapeuta —Puede diferir de una situación a otra, pero normalmente hay un desencadenante que indica la posible aparición de un estímulo aversivo. Una vez que se presenta ese desencadenante, es más probable que evitemos. Es algo que simplemente aprendemos a hacer. En realidad, cumple una función adaptativa.

Paciente —Supongo que es la desventaja de ser tan inteligentes, y aprender a adaptarnos a las cosas que nos rodean.

### Caso práctico 2

En el siguiente caso, el terapeuta está trabajando con el paciente para definir qué conductas de evitación son adaptativas y cuáles no.

Paciente —Normalmente, cuando me preparo para una presentación, paso mucho tiempo preparándome. Creo que estoy evitando la posibilidad de cometer un error. Pero ¿no es eso algo bueno? Quiero decir, sé que hay mucha gente que lo hace. Tal vez mi ansiedad esté ayudándome en esta situación. Solo quiero hacer un buen trabajo.

Terapeuta —Este es un tema importante. Estoy de acuerdo respecto a que la evitación, en ocasiones puede ser adaptativa, y puedo entender por qué no quieres cometer muchos errores durante una presentación importante. Pero ¿crees que la gran cantidad de tiempo que utilizas para prepararte es razonable, teniendo en cuenta la

importancia de las presentaciones? Cuando la presentación se acaba, ¿miras atrás y piensas que deberías haberla preparado más de lo que lo hiciste?

Paciente —Ya sé por dónde vas. Supongo que quizá no necesite prepararme tanto como lo hago. Normalmente las presentaciones no tienen mucha importancia, pero siento que me preparo para todo de la misma manera. E incluso para las conversaciones importantes, intento llevarlas demasiado preparadas.

Terapeuta —¿Tienes alguna idea de por qué te preparas tanto?

Paciente —Tal y como hablamos la semana pasada, creo que me preocupo por hacer un buen trabajo. Tengo miedo de ponerme ansioso, quedarme en blanco y no ser capaz de continuar.

Terapeuta —Creo que estamos de acuerdo en que ir a una presentación importante sin haberse preparado en absoluto no es la mejor estrategia. Pero en este momento parece que la función de su conducta es sobre todo evitar un resultado que es poco probable que ocurra. Es decir, pienso que tu exceso en prepararte sirve para evitar sentir la emoción de ansiedad de esa situación. Tienes miedo de que tu ansiedad interfiera significativamente en tu rendimiento.

Paciente —Estoy de acuerdo con eso.

Terapeuta —Pero no estoy seguro de tener mucha información para apoyar esta idea. Tú mismo has dicho que incluso teniendo ansiedad durante una presentación, sigues haciéndolo bien. Y la semana pasada estuvimos también de acuerdo en que, incluso sin hacer un buen trabajo, al final, estaría bien... que serías capaz de gestionarlo. Por lo que, en esta situación, creo que tu preparación excesiva no es adaptativa para ti. De hecho, pienso que te impide cuestionar algunas de las ideas que tienes sobre experimentar ansiedad en esa situación. Eso no va a hacer que la situación sea más fácil en el futuro.

Paciente —Bien dicho. Tal vez solo debería prepararme cuando la presentación sea realmente importante e incluso entonces podría tratar de ser más moderado. Hay una parte de mí que me dice que lo haría muy bien, incluso sin prepararme.

### **Caso práctico 3**

En el siguiente caso, el terapeuta ayuda a la paciente a ver que ella está utilizando la evitación emocional cuando no permite a su marido abrir las ventanas de su habitación.

Paciente —Anoche hacía mucho calor en el exterior y mi marido quería abrir las ventanas de la habitación. Él se enfadó conmigo porque yo no le dejé hacerlo.

Terapeuta —¿Por qué no le dejaste abrir las ventanas?

Paciente —Los ruidos de la calle pueden molestarme para dormir. Por la mañana, los pájaros están siempre piando. Algunas veces me despiertan.

Terapeuta —Parece razonable. Me pregunto por qué su marido se enfadó tanto.

Paciente —Él piensa que está relacionado con mi ansiedad. Él dijo que estaba paranoica.

Terapeuta —Me pregunto por qué piensa que tú estás paranoica.

Paciente —¿Recuerdas que te dije que hace un par de años entraron a robar a nuestra casa? Bueno, después de eso, me pongo muy ansiosa sobre la posibilidad de que entren de nuevo, especialmente por la noche. Desde entonces, no he querido dejar las ventanas abiertas.

Terapeuta —¿Así que cierras las ventanas por la noche para impedir que entren a robar mientras tú y tu marido estáis durmiendo?

Paciente —No solo por eso...pero sí, supongo que sí. Sé que no es muy probable. Nosotros vivimos en un tercer piso. Pero me pongo ansiosa cuando las dejamos abiertas por la noche. Yo realmente tengo dificultades para conciliar el sueño.

Terapeuta —A veces es difícil saber si estamos llevando a cabo una conducta por elección personal, cuando en realidad podría ser un ejemplo de evitación emocional. ¿Cómo crees que podemos salir de esta situación?

Paciente —Bueno, supongo que no estaba tan preocupada por mirar las ventanas por la noche antes de que nos entraran a robar. Y cuando estoy en casa de otras personas, estoy mucho menos preocupada por ello, a pesar de que el ruido del exterior es muy similar. Así que supongo que estoy evitando la posibilidad de que alguien vuelva a entrar a robar a nuestra casa, aunque sea poco probable que suceda.

## **6. Gestión de problemas**

Los pacientes suelen ser capaces de identificar cuándo los patrones de evitación se han convertido en un problema. Sin embargo, la evitación de situaciones amenazantes puede ser adaptativa algunas veces, y tener una función importante para la supervivencia. Algunos pacientes encuentran esto confuso, y pueden tener dificultades en diferenciar cuándo, y bajo qué circunstancias, la evitación puede ser adaptativa. Tal y como queda reflejado en el caso práctico 2, puede que resulte más beneficioso para el terapeuta trabajar junto con el paciente en la definición de qué conductas de evitación son adaptativas o no, teniendo en cuenta las expectativas del paciente sobre su propia conducta, y las consecuencias con las que se asocia. La habilidad de reconocer cuándo, y bajo qué circunstancias, una conducta debe considerarse adaptativa o no adaptativa es esencial para el cambio de conducta, y ayudar a los pacientes a desarrollar esta diferenciación puede ser una parte importante del tratamiento.

En ocasiones, los pacientes pueden tener dificultades identificando los patrones de evitación. El terapeuta debe trabajar junto con el paciente para identificar las conductas problemáticas y luego considerar la función de esa conducta en relación con las emociones de los pacientes. Posiblemente, algunos patrones de evitación también pueden estar generados por la devolución del diagnóstico al paciente, o por la reflexión del

deterioro funcional actual.

También, como se refleja en el caso práctico 3, algunos pacientes pueden tener dificultades en reconocer una conducta como evitación, aunque parezca evidente. Por ejemplo, un paciente que sufre de ataques de pánico recurrentes puede afirmar que no le gusta el sabor del café o que nunca le han gustado las atracciones de feria. Mientras el paciente puede ver las conductas tan solo como reflejo de sus preferencias personales, en oposición a conductas de evitación, el terapeuta debe trabajar una vez más, de forma respetuosa con el paciente, en considerar la posibilidad de que estas «preferencias» puedan, no obstante, reflejar un miedo subyacente a estímulos internos o externos.

## **7. Tareas para casa**

- Indicar al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el Registro de progreso.
- El paciente debe completar el Registro de estrategias de evitación emocional del capítulo 9 del manual del paciente. Este registro contiene tres columnas que corresponden a los tres tipos de estrategias comentadas en sesión (conductas sutiles de evitación, evitación cognitiva y conductas de seguridad). Con el objetivo de ejemplificar cómo completar este registro, puede que sea útil explicar lo que representa cada columna y demostrar cómo rellenar cada una utilizando algunos ejemplos de la experiencia del paciente (p. ej., «Dices que a menudo te distraes de centrarte en las sensaciones de pánico manteniendo bajada la ventanilla del coche —este es un ejemplo de conducta sutil de evitación—. Cuando coges tu llavero de la «suerte» y lo llevas contigo para sentirte mejor, es un ejemplo de conducta de seguridad»).

# Capítulo 11. Módulo 5b.

## Conductas impulsadas por la emoción

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 10)

### MÓDULO 5b

#### CONDUCTAS IMPULSADAS POR LA EMOCIÓN

##### MATERIALES NECESARIOS

- Registro de cambio de CIE.

##### OBJETIVOS

- Revisar las tareas para casa de la sesión anterior.
- Reintroducir, y discutir más en detalle, el concepto de conductas impulsadas por la emoción (CIE).
- Presentar la justificación para contrarrestar las CIE.
- Identificar las CIE desadaptativas y desarrollar tendencias de acción alternativas.

##### RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 10 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- Las emociones nos dicen que debemos actuar de una determinada manera, o impulsan ciertas conductas. Estas conductas impulsadas por la emoción (CIE) son adaptativas y cumplen una importante función para la supervivencia. Sin embargo, algunas CIE pueden resultar menos adaptativas, o incluso perjudiciales en manejar una situación particular, dependiendo del contexto en el que se producen.
- Las CIE son diferentes de las evitaciones emocionales, las CIE tienden a producirse en respuesta a una emoción que ya ha sido desencadenada, mientras que las estrategias de evitación tienden a ocurrir *antes* de que la emoción haya tenido la oportunidad de producirse.
- Las CIE pueden reducir las emociones perturbadoras a corto plazo, pero no siempre funcionan bien a largo plazo y en realidad pueden contribuir al círculo negativo de las emociones.
- Los pacientes deben practicar la adopción de conductas que promuevan un patrón de aproximación a las emociones intensas, en contraposición al de evitación.
- Una de las formas más eficaces de romper el círculo de las emociones, y de cambiar la forma en la que se experimentan las emociones, es la adopción de conductas alternativas.

##### CONCEPTOS CLAVE

En este capítulo, el concepto de CIE será examinado con mayor detalle. Los pacientes llegarán a darse cuenta de cómo las CIE pueden influir en las experiencias emocionales y contribuir al círculo negativo de las emociones. Los pacientes también aprenderán a identificar las CIE desadaptativas y luego trabajar para contrarrestarlas. En esta sección, los objetivos para el paciente son:

- Aprender sobre las conductas impulsadas por la emoción (CIE) y cómo ellas influyen en las experiencias emocionales.
- Aprender a identificar y contrarrestar las CIE desadaptativas.

## **1. Revisión de las tareas para casa**

Empiece con una revisión del OASIS, ODSIS y Registro de progreso de los pacientes, así como cualquier otro registro que podría haber sido demandado en las sesiones anteriores. A continuación, revise el Registro de estrategias de evitación de la emoción del paciente. Tal vez encuentre útil dedicar un tiempo a comentar cuándo y bajo qué circunstancias estas estrategias de evitación son más probables que se produzcan. Si el paciente no pudo identificar alguna estrategia de evitación específica, ayúdelo en esta tarea. Puede resultarle útil referirse de nuevo a los síntomas que se identificaron durante la evaluación inicial para ayudar a localizar posibles estrategias de evitación emocional.

## **2. Reintroducción de las conductas impulsadas por la emoción**

Al reintroducir el concepto de conductas impulsadas por la emoción (CIE), que se discutió por primera vez en el capítulo 5 del manual del paciente, se deben mencionar varios puntos importantes tal y como se describe en las secciones siguientes.

### **2.1 CIE adaptativas versus desadaptativas**

Una de las funciones importantes de la emoción es dirigir a un organismo hacia un conjunto de conductas específicas que serían más adaptativas en dicha situación. Por ejemplo, si una situación provoca enfado, la emoción nos motivaría a realizar conductas de enfado como amenazas verbales, agresión física, o una exhibición de gestos faciales o corporales que denoten amenaza. Estas conductas generalmente tienen una función adaptativa, que nos permite responder con rapidez a nuestro medio ambiente. Sin embargo, también pueden llegar a ser desadaptativas y contribuir al desarrollo y mantenimiento de emociones perturbadoras. En otras palabras, las mismas conductas pueden ser adaptativas bajo algunas circunstancias o en algunos contextos, pero menos adaptativas en otros. Por ejemplo, una situación de amenaza podría provocar la ira y el miedo, lo que nos motivaría a realizar conductas que fueron diseñadas para ser protectoras. En este caso, los sentimientos de ira y miedo pueden provocar conductas relacionadas con el acto de luchar, huir, o ambas. Estas conductas serían adaptativas en su totalidad si, por ejemplo, hubiera una amenaza presente que podría ocasionar de manera objetiva un grado considerable de daño (p. ej., estábamos a punto de ser asaltados). Sin embargo, si la verdadera amenaza no estaba presente, y estábamos en

realidad experimentando una «falsa alarma», entonces las conductas posteriores provocadas por las emociones quizá serían menos adaptativas en esa situación en particular.

Quizá encontrará más beneficioso definir conjuntamente lo que constituye una conducta adaptativa *versus* desadaptativa, teniendo en cuenta las expectativas del paciente sobre su propia conducta, el contexto específico en el que se produce la conducta y las consecuencias con las que esta se asocia.

## **2.2 Cómo se establecen y se mantienen las CIE**

Como se señaló con anterioridad en el tratamiento, se considera que las CIE se mantienen y se fortalecen en general por un proceso de reforzamiento negativo, incluso si son inapropiadas para la situación. Usted podrá recordar que un proceso similar se utilizó para explicar el mantenimiento de las conductas de evitación. Al igual que con la evitación emocional, los pacientes han aprendido que la realización de ciertas conductas elimina o reduce la intensidad de un estímulo aversivo, tanto si es de naturaleza interna o externa. Como resultado, la frecuencia de las conductas aumenta a lo largo del tiempo. De hecho, podría ser útil recordar al paciente que todo este proceso de aprendizaje es adaptativo, ya que ayuda a proteger al organismo del daño. Desafortunadamente, los pacientes han aprendido a responder de igual manera a los estímulos que no son amenazadores, y por tanto, sus conductas no cumplen una función adaptativa. Hablar de cómo las CIE se establecen y se mantienen a menudo puede ayudar a los pacientes a cambiar su perspectiva sobre estas conductas y darles esperanza en cuanto a su capacidad de cambio. Los pacientes llegan a apreciar la posibilidad de que nuevas respuestas, y de mayor adaptación, pueden también aprenderse.

## **2.3 Fomentar ejemplos personales relevantes de las CIE**

Los ejemplos de las CIE se presentan en el manual del paciente y en la tabla 11.1. Puede que le resulte útil revisar con el paciente estos ejemplos con el fin de generar un mayor debate sobre las CIE, y para encontrar ejemplos que pueden ser más significativos a nivel personal. A fin de que los pacientes cambien con el tiempo sus CIE, primero tienen que identificarlas. Dedique un tiempo para ayudar a los pacientes a identificar sus CIE, es importante ayudarles a cambiar esas conductas como progreso en el tratamiento.

## **2.4 Consecuencias de un afrontamiento desadaptativo**

Será interesante subrayar la relación existente entre las conductas y las emociones que el paciente está experimentando. Puede resultarle útil seleccionar un ejemplo de la propia vida del paciente y ayudarle a clarificar (utilizando una pizarra o una hoja de papel) cómo

le hace sentir realizar las CIE. Por lo general, la realización de CIE hace que el paciente se sienta mejor a corto plazo (p. ej., escapando de una situación que ha provocado un ataque de pánico), sin embargo, con el tiempo, realizar estas conductas puede aumentar la ansiedad del paciente (p. ej., situaciones similares a la anterior pueden desencadenar posteriormente la emoción de ansiedad). Vuelva al modelo de los tres componentes para ayudar al paciente a comprender el papel de las CIE en la contribución de la respuesta emocional.

Al final, los pacientes deben llegar a comprender las consecuencias a corto y largo plazo de la realización de las CIE. De nuevo, mientras que la realización de las CIE podría provocar una reducción de la emoción a corto plazo, estas conductas pueden contribuir también al mantenimiento de las emociones que los pacientes están tratando de cambiar. Esta idea es importante en relación con el tratamiento, y proporciona una justificación para el proceso terapéutico descrito en el siguiente apartado.

Tabla 11.1 Conductas impulsadas por la emoción (CIE), trastornos asociados y conductas alternativas

CIE	Trastornos más relacionados	Conductas alternativas
Llamar a los familiares para comprobar que están bien	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	Reducir el contacto/llamadas a los familiares
Conductas perfeccionistas en el trabajo o en casa	Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	Dejar las cosas desordenadas o sin terminar
Comprobación de cerraduras, estufas u otros aparatos	Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)	Bloquear/desbloquear y encender/apagar repetidamente hasta que la memoria esté confusa
Abandonar (escapar de) un teatro, un servicio religioso, u otra zona muy concurrida	Trastorno de pánico con agorafobia (TPA)	Ir al centro de la multitud; sonreír o realizar expresiones faciales no temerosas
Aislamiento social	Depresión	Activación conductual
Abandonar (escapar de) una situación social	Fobia social	Permanecer en la situación y acercarse a la gente
Atacar de forma verbal y física a alguien durante una discusión	Trastorno de estrés postraumático (TEP)	Retirarse de la situación y/o practicar técnicas de relajación
Hipervigilancia	Todos los trastornos	Centrar la atención en la tarea específica que está haciendo; meditación; relajación

### 3. Contrarrestar los patrones de evitación y las CIE

La identificación de patrones de evitación y CIE, tal y como se describe en el capítulo anterior, ayudará al paciente en la selección de conductas específicas que él o ella querría cambiar durante el curso del tratamiento. Una vez que el paciente tenga una buena comprensión de estos conceptos, y sea capaz de identificar sus propios patrones de evitación y CIE, el paciente será capaz de trabajar para contrarrestar estas conductas. Revise las siguientes dos estrategias terapéuticas principales

1. Los pacientes son instruidos para comenzar a realizar actividades y permanecer en situaciones que puedan suscitar las emociones que están evitando. Esto incluye los ejercicios de exposición que se plantearán de manera más sistemática según avanza el tratamiento.
2. Los pacientes trabajarán contrarrestando las CIE desadaptativas mediante el desarrollo y realización de conductas contrarias a estas respuestas. En otras palabras, los pacientes trabajarán para actuar de una forma alternativa a las CIE. Por ejemplo, si un paciente que experimenta tristeza y depresión identifica el aislamiento y la reducción de actividad como CIE, con el fin de *actuar alternativamente*, él o ella podría aumentar la actividad física y participar en más actividades gratificantes.

Es posible que desee trabajar con el paciente en la identificación de las CIE y las conductas alternativas. Los ejemplos de CIE, los trastornos con los que más a menudo se asocian y conductas alternativas, se presentan en la tabla 11.1.

Si bien estas estrategias de cambio son relativamente fáciles de entender para los pacientes, su aplicación de forma coherente puede resultar mucho más difícil. Durante el resto del tratamiento, tendrá que trabajar con los pacientes en desafiar las conductas de evitación y la implementación de nuevas acciones alternativas.

### 4. Casos prácticos

#### Caso práctico 1

En el siguiente caso, el terapeuta está explicando al paciente la diferencia entre evitación emocional y las CIE.

Paciente —Me encuentro un poco confundido sobre la diferencia entre la evitación emocional y las CIE. Todo me suena a evitación. ¿Cuál es la principal diferencia entre las dos?

Terapeuta —La evitación emocional se diferencia de las CIE en que las estrategias de

evitación tienden a ocurrir *antes* de que una emoción tenga la oportunidad de presentarse, mientras que las CIE tienden a ocurrir en respuesta a una emoción que ya se ha desencadenado. Sin embargo, al igual que en las CIE, las estrategias de evitación emocional también pueden convertirse en hábitos potentes, manteniendo el círculo de las emociones.

## **Caso práctico 2**

En el siguiente caso, el terapeuta está revisando las CIE y cómo se producen.

Paciente —¿Cómo se establecieron por primera vez mis CIE?

Terapeuta —Es una buena pregunta. En primer lugar, las CIE son parte de nuestras emociones, por lo que, en cierto sentido, nacemos con ellas. Siempre que se produce el miedo en cualquier especie, no solo en los humanos, la tendencia es a escapar y huir. En el caso de la ira, la CIE es el ataque. ¿Recuerdas que al principio del tratamiento hablamos un poco sobre el reforzamiento negativo? Quizá aprendiste que, cuando estás sintiendo ansiedad en una fiesta, escapar de la situación te hace sentir mejor. Es decir, se produce una reducción repentina de tu ansiedad. Y, puesto que estás preocupado de que otras personas puedan ver que estás ansioso y, como resultado, te juzguen negativamente, es probable que la conducta de escape se refuerce en sentido negativo tan solo porque disminuyó tu ansiedad... se reduce algo que te hace sentir mal. Debido a que se ha reforzado, es probable que se produzca de nuevo en el futuro, sobre todo la próxima vez que te sientas ansioso, a pesar de que no haya nada sobre lo que sentirse temeroso.

## **Caso práctico 3**

En el siguiente caso, el terapeuta trabaja con el paciente para ayudarle a distinguir entre CIE adaptativas y desadaptativas.

Paciente —Una de las cosas más difíciles para mí es ser capaz de determinar cuándo una CIE es adaptativa y cuándo no lo es. El otro día, alguien que conozco se estaba burlando de mí en el trabajo. Esto hirió mis sentimientos y yo me sentí muy enfadada. Yo le quería decir algo, pero en vez de eso, me levanté y me fui.

Terapeuta —¿Qué harías normalmente en esa situación?

Paciente —Bueno, en el pasado, he llegado a ser muy conflictiva. Me disgusta. Quiero decir, paso de cero a cien. Una vez que llego a cierto punto... no es bueno... no puedo calmarme. Por lo general, exploto... a veces lloro... y otras hago las dos cosas.

Terapeuta —¿Y qué pasó esta vez? ¿Adónde fuiste?

Paciente —Después de un rato empecé a calmarme. Todavía me sentía mal, pero decidí

que tal vez ella no quería decir lo que dijo, o que tan solo interpreté algo de manera equivocada. A veces, tengo esa tendencia. Aunque sigo pensando que podría haber sido un poco más amable.

Terapeuta —Parece que alejarte de la experiencia te dio la oportunidad de procesar la situación un poco más.

Paciente —Sí, pero no quiero ser un felpudo. Todavía quiero defenderme. Al principio, cuando me alejé pensé que, en cierto modo, podría estar evitando mi enfado... como si solo estuviera escapando de la situación.

Terapeuta —Sigo pensando que hiciste un buen trabajo al llevar a cabo una conducta alternativa, tal y como habíamos hablado. En lugar de quedarnos encasillados en la misma vieja respuesta, te diste un momento para observar tus propios pensamientos y procesar cómo te estabas sintiendo, lo cual parece que ha sido bastante efectivo en la reducción de tu ira inicial, o al menos la llevó a un nivel diferente. Puedo entender tu preocupación acerca de ser un felpudo. Me pregunto si podrías haber hecho algo más en esa situación... ¿tal vez después de sentirte más calmada?

Paciente —Pensé en hablar con ella después de lo que ocurrió. Iba a decirle que lo que ella me dijo hirió mis sentimientos y me molestó. Pero luego me preocupaba que ella pudiera pensar que estaba siendo estúpida. Además, me preocupaba volver a enfadarme de nuevo y no ser capaz de controlarlo.

Terapeuta —Ahora *esto* suena mucho más a evitación. Parece que hablar con un compañero de trabajo sobre esta situación, después de que la ira inicial hubiera disminuido, pudo haber sido el camino a seguir.

## 5. Gestión de problemas

Como se describe en el caso práctico 1, algunos pacientes pueden tener problemas en diferenciar entre evitación y CIE. La distinción puede no ser del todo crucial en un sentido práctico, ya que los pacientes tenderán a cambiar los patrones desadaptativos de respuesta (que incluyen ambos evitación emocional y CIE). En teoría, no obstante, consideramos que la diferencia entre evitación emocional y CIE tiene una naturaleza más temporal y pueden ser descritas así. Dicho esto, podría todavía encontrar dificultades para ayudar a los pacientes a diferenciarlas. Una vez más, es más importante que los pacientes reconozcan los patrones de respuesta desadaptativos con respecto a sus emociones, en lugar de empezar a clasificar esas respuestas en conductas de evitación o CIE, con un ciento por ciento de precisión. Usted puede escoger la opción de ayudar al paciente a obtener una comprensión más amplia de por qué ambas, la evitación y las CIE, pueden ser problemáticas, y cómo la alteración de estos patrones de respuesta es esencial para el cambio terapéutico.

Las CIE, en ocasiones, pueden ser difíciles de identificar por los pacientes. Se han

desarrollado algunas formas de registro para ayudar a los pacientes a identificar mejor las CIE. Además, es posible que desee revisar algunos ejercicios/registros que los pacientes completaron en semanas anteriores para poder encontrar ejemplos, o para ayudar al paciente a identificar las CIE habituales asociadas a sus emociones.

Dependiendo de los síntomas que se presentan, el registro de cambio de CIE puede resultar insuficiente para el seguimiento y la modificación de estas conductas. Por ejemplo, para los pacientes que presentan más conductas compulsivas, como comprobaciones o lavarse las manos repetidamente, el seguimiento de las conductas a través del registro puede llegar a ser demasiado tedioso y podría afectar a su realización. En respuesta, puede que desee utilizar un método alternativo para el seguimiento de estas conductas, como un registro de frecuencia. Tan pronto como el paciente tenga una buena comprensión de la conducta que él o ella están intentando modificar, y lo esté haciendo con la consistencia que debe, es probable que vea algún beneficio terapéutico.

Una vez que los pacientes han identificado las CIE que les gustaría cambiar, aún pueden encontrar dificultad en adoptar, de manera persistente, una conducta alternativa, sobre todo al principio. A medida que el paciente haga un seguimiento constante de las CIE, es probable que mejore su capacidad en realizar la acción alternativa. No obstante, puede encontrar útiles también las técnicas para la mejora de la motivación descritas al inicio de este manual.

## **6. Tareas para casa**

- Indicar al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el Registro de progreso.
- Pedir al paciente que complete el Registro de cambio de las CIE del capítulo 10 del manual para el paciente. Este registro puede utilizarse para ayudar a los pacientes a modificar sus CIE desadaptativas en respuesta a las emociones y situaciones que surgen. También es útil para evaluar el grado en que los pacientes están aplicando los conceptos de manera general, y para ayudarles a continuar con tendencias de acción más adaptativas.
- Para prepararse para las exposiciones a las emociones, puede ser útil animar a los pacientes a empezar a participar en situaciones que pueden provocarles emociones difíciles. Esto podría incluir el hablar con un amigo acerca de un tema difícil, ver un programa de televisión o una película angustiante, etc. No es necesario todavía provocar emociones que sean significativas a nivel personal. Es más importante que empiecen a practicar las exposiciones a las emociones que son solo ligeramente amenazantes para tener una idea de qué ocurre en esas situaciones. Anime a los pacientes a practicar el ser conscientes de su experiencia emocional en esas situaciones, incluyendo las evaluaciones automáticas, estrategias de evitación o las

CIE.

# Capítulo 12. Módulo 6.

## Conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 11)

### MÓDULO 6

#### CONCIENCIA Y TOLERANCIA A LAS SENSACIONES FÍSICAS

##### MATERIALES NECESARIOS

- Test de inducción de síntomas.
- Pajita fina para el ejercicio de inducción de síntomas.
- Cronómetro (o reloj con segundero) para los ejercicios.
- Cualquier otro material que pueda ser relevante para la activación fisiológica específica del paciente (p. ej., un cinturón para apretar alrededor de la cintura).
- Registro para la práctica de inducción de síntomas.

##### OBJETIVOS

- Revisar las tareas para casa de la sesión anterior.
- Ayudar al paciente a identificar sus sensaciones físicas internas asociadas con sus emociones.
- Ayudar al paciente a obtener una mayor comprensión sobre el papel que juegan las sensaciones físicas internas en determinar sus respuestas emocionales.
- Llevar a cabo ejercicios de síntomas diseñados para provocar sensaciones físicas incómodas.

##### RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 11 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- De la misma manera que los pensamientos y conductas pueden influir en las experiencias emocionales, también ocurre con las sensaciones físicas. Las emociones influyen en cómo nos sentimos físicamente, y nuestras sensaciones físicas influyen en nuestras emociones.
- Las sensaciones físicas pueden llegar a ser «señales» de que las emociones son más intensas de lo que realmente son y pueden influir en la intensidad de la respuesta emocional.
- Ser más consciente de —y sentirnos más cómodos con— las sensaciones físicas internas puede ayudar a ponerlas en perspectiva y ver cómo contribuyen a la experiencia emocional general.
- Con el fin de entender cómo las sensaciones físicas están contribuyendo a las experiencias emocionales desagradables, es fundamental empezar por ser capaz de entender lo que nos hace sentir una sensación física, al margen de cualquier interpretación de lo que podría significar.

##### CONCEPTOS CLAVE

Lo importante de este capítulo es la exposición a las sensaciones físicas que, en ocasiones, pueden

desencadenar emociones intensas. Los ejercicios que se describen en el capítulo 11 del manual del paciente están diseñados para ayudar a los pacientes a obtener una mayor conciencia de las sensaciones físicas que forman parte de una reacción emocional. Además, estos ejercicios y las exposiciones continuas centradas en las sensaciones físicas ayudarán a los pacientes a aprender a tolerar y pensar de manera diferente acerca de las sensaciones y les proporcionará una oportunidad para romper la asociación condicionada entre las sensaciones y las emociones fuertes como el miedo, la ansiedad y la tristeza. En esta sección, las metas para el paciente son:

- Aumentar su conocimiento sobre el papel que juegan las sensaciones físicas en determinar las respuestas emocionales.
- Identificar sensaciones físicas internas asociadas a sus emociones.
- Participar en repetidas ocasiones en ejercicios diseñados para ayudar al paciente a ser más consciente de las sensaciones físicas y aumentar la tolerancia a las mismas.

## **1. Revisión de las tareas para casa**

Continúe con la revisión del OASIS, ODSIS y el Registro de progreso de los pacientes. Revise que los pacientes completaron el registro de cambio de las CIE, así como cualquier otro registro adicional que haya sido solicitado para aumentar la práctica. En este punto, los pacientes pueden ser capaces de identificar conductas alternativas a sus CIE, pero incapaces de implementar estas nuevas respuestas. Es posible que desee trabajar con el paciente en examinar los motivos concretos por los que él o ella no pudieron llevar a cabo las nuevas conductas. Según nuestra experiencia, los pacientes son reacios a cambiar las CIE porque, al hacerlo, se estarían enfrentando a las mismas emociones con las que tuvieron dificultades en el pasado. Por lo tanto, puede ser útil ayudar a los pacientes a identificar y desafiar las expectativas relacionadas con los resultados que creen que ocurrirán si no realizan las CIE de siempre, en concreto las relacionadas con sus emociones. Por ejemplo, un paciente puede creer que si no realiza una determinada CIE entonces la emoción aumentará en intensidad, o la experimentará indefinidamente. Abordar estas preocupaciones ayudará al paciente a ver sus CIE como desadaptativas, y sobre todo a «despejar el camino» para las nuevas conductas alternativas.

## **2. Sensaciones físicas y respuesta emocional**

De la misma manera que los pacientes aprenden a reconocer pensamientos y conductas como parte de la respuesta emocional, es importante para ellos alcanzar una buena comprensión de cómo las sensaciones físicas también pueden influir en las emociones. Hacer hincapié en la idea de que, dependiendo de la interpretación que los pacientes hagan de las sensaciones físicas y cómo las experimenten, se verá influida la respuesta emocional. Utilice el ejemplo de una persona que está dando un discurso delante de una gran audiencia. Si la persona empieza a experimentar un aumento de palpitations, sudor

de manos, aturdimiento y ligera sensación de irrealidad, y centra su atención en estas sensaciones físicas y las interpreta como una amenaza a su habilidad para continuar con el discurso, él o ella es probable que experimente una intensificación de la respuesta emocional (incluyendo las sensaciones físicas). A su vez, esta intensa respuesta emocional hará que la persona se preocupe cada vez más por sus sensaciones y así sucesivamente. Si, por otra parte, la persona que da el discurso interpreta las sensaciones como una reacción normal que se produce en ocasiones en situaciones de mayor presión y no cree que interfieran de manera significativa en su rendimiento, o está aceptando esta posible interferencia, es más probable que la persona sea capaz de focalizar su atención en el discurso y, después de un corto periodo de tiempo, los síntomas disminuirán por sí solos.

Este comentario inicial sobre el papel de las sensaciones físicas en la respuesta emocional proporciona al paciente una justificación clara para el aumento de las exposiciones a las sensaciones, y prepara el escenario para los ejercicios de inducción de síntomas que se describen a continuación.

### **3. La evitación de las sensaciones físicas**

La evitación de las sensaciones físicas es común en los pacientes que sufren un trastorno de pánico. Sin embargo, según nuestra experiencia, pacientes con otros síntomas ansiosos y depresivos también presentan algún grado de evitación de sensaciones físicas. La evitación más evidente incluye evitar actividades, como el ejercicio físico, las discusiones con los amigos, películas emocionantes, o las relaciones sexuales, que provocan fuertes sensaciones físicas. Los pacientes pueden evitar sustancias que producirían de forma natural sensaciones físicas, como las bebidas con cafeína, chocolate, bebidas energéticas, e incluso medicamentos de venta libre. La evitación también incluye distraerse de los pensamientos acerca de las sensaciones físicas. Por supuesto, la evitación impide el reaprendizaje, y en su lugar, mantiene la vigilancia y una intensa sensibilidad a esas sensaciones. Necesitará trabajar con los pacientes la necesidad de enfrentarse repetidamente a esas sensaciones físicas, para que puedan aprender a tolerar las sensaciones y la ansiedad asociada, y aprender que las sensaciones no son perjudiciales.

A través de la práctica repetida, la ansiedad sobre los síntomas físicos disminuye. Hacer que los pacientes se enfrenten de forma sistemática a las sensaciones temidas es muy diferente a la forma en la que puedan haber experimentado esas sensaciones en el pasado, ya que esas experiencias fueron acompañadas, con mucha probabilidad, por un significativo miedo y evitación. En ese caso, los pacientes trabajarán en aceptar las sensaciones físicas que caracterizan sus experiencias emocionales desagradables, en lugar de evitarlas.

## 4. Ejercicios de inducción de síntomas

Durante esta parte del tratamiento, usted trabajará con los pacientes para que participen en ejercicios de inducción de síntomas diseñados para provocar sensaciones físicas. Estos ejercicios ayudarán a aumentar la conciencia de las sensaciones físicas como parte de la respuesta emocional, a aumentar la tolerancia a estas sensaciones y reducir los patrones de evitación. Una serie de ejercicios específicos se describen en el capítulo 11 del manual del paciente, pero puede ser creativo y plantear ejercicios que sean más significativos para los pacientes en función de los síntomas que presentan. El Registro de inducción de síntomas del capítulo 11 del manual del paciente se puede utilizar para evaluar la respuesta del paciente a estos ejercicios. Después de cada ejercicio, pida al paciente que califique la intensidad con la que ha experimentado las sensaciones físicas, el malestar asociado con los síntomas y la similitud de los síntomas con los que se producen como parte de una respuesta emocional. Cada una de estas preguntas se puntúa en una escala de 0-8 puntos, siendo 0 el menos intenso, molesto, y/o en absoluto similar; y 8 siendo muy intenso, molesto, y/o más similar. Utilizando como base los resultados de esta evaluación, se pueden seleccionar varios ejercicios para la práctica adicional en la sesión, o se darán al paciente como tarea. Elija ejercicios que sean al menos moderadamente molestos para el paciente y que sean más similares a los síntomas que se producen de manera natural durante una respuesta emocional.

Los ejercicios de inducción de síntomas se han de realizar de una manera que provoquen sensaciones tan fuertes como sea posible. Aunque los pacientes, al principio, solo pueden realizar los ejercicios durante un corto periodo de tiempo, la duración de las exposiciones se puede ir ampliando de forma gradual. No obstante, es importante que las sensaciones se provoquen completamente, y que el paciente continúe con la exposición más allá del punto en el que las sensaciones empiezan a producirse. Finalizar los ejercicios cuando se comienzan a notar las sensaciones reforzaría el miedo a los síntomas. Las habilidades de conciencia entrenadas con anterioridad en el tratamiento también deberían aplicarse durante los ejercicios. Indique a los pacientes que se centren en las sensaciones cuando lleven a cabo los ejercicios, sin distraerse. Si los pacientes notan ciertos pensamientos que ocurren durante los ejercicios, no deben aplicar la reevaluación cognitiva en este momento, sino que tan solo deben observarlos como parte de la experiencia. Todas las formas de evitación (p. ej., la distracción, niveles mínimos de inducción de síntomas, la presencia de señales de seguridad) deben prevenirse con el fin de que los pacientes obtengan los mayores beneficios de las exposiciones.

### **Nota para el terapeuta**

*Antes de realizar los ejercicios de inducción de síntomas, es importante evaluar completamente las condiciones médicas que harían que estos ejercicios fueran perjudiciales para los pacientes. También es importante diferenciar el malestar psicológico de la capacidad real de ocasionar daño. Por ejemplo, un paciente con diagnóstico de trastorno de pánico que teme sufrir un ataque al corazón mientras corre (en ausencia de cualquier*

*enfermedad de corazón), es diferente de un paciente que podría ponerse en riesgo de paro cardíaco debido a una condición médica diagnosticada.*

## **5. Exposiciones repetidas**

Después de identificar ejercicios que provoquen sensaciones físicas similares a las que experimentan los pacientes, pida al paciente que realice los ejercicios en varias ocasiones, en la sesión y como tarea para casa. La duración de la exposición a las sensaciones puede ser prolongada de manera gradual de modo que la intensidad de las sensaciones permanezca igual o aumente. El nivel de malestar, sin embargo, con el tiempo disminuye a medida que el paciente se vuelve más capaz de soportar las sensaciones. El mismo ejercicio de inducción se lleva a cabo repetidamente y el paciente solo espera entre «los ensayos» el tiempo suficiente para que los síntomas disminuyan en su mayoría. Entonces, el ejercicio se repite hasta que el malestar del paciente alcance una puntuación de 2 o menos. Los pacientes deben continuar con el mismo ejercicio al día siguiente, o poco después. En los ensayos posteriores, el nivel de malestar es probable que sea menor del que tenía cuando empezó, pero puede ser un poco más alto de lo que lo fue al final del último ejercicio. Esta exposición continuada ayuda a facilitar el aprendizaje y puede prevenir cualquier malestar sobre estas sensaciones y su vuelta a largo plazo.

## **6. Casos prácticos**

### **Caso práctico 1**

En el siguiente caso, el terapeuta está explicando por qué la hiperventilación puede causar sensaciones físicas.

Paciente —¿Por qué la hiperventilación causa todas estas sensaciones físicas que siento?

Terapeuta —Esa es una buena pregunta. Sin entrar en demasiados detalles, la hiperventilación produce bajos niveles de dióxido de carbono en la sangre. Esto causa muchos de los síntomas que sientes si hiperventilas. Por ejemplo, los niveles bajos de dióxido de carbono hacen que los vasos sanguíneos del cerebro se contraigan, lo que produce una ligera reducción del flujo sanguíneo en el cerebro y, en consecuencia, provoca la sensación de mareo. Respirar lentamente o bien permitir que su cuerpo se regule a sí mismo hará que vuelva a la normalidad el equilibrio entre oxígeno y dióxido de carbono y los síntomas físicos, de manera natural, disminuirán.

### **Caso práctico 2**

En el siguiente caso, el terapeuta está explicando por qué el ejercicio de hiperventilación no es posible que cause desmayo.

Paciente —¿No voy a desmayarme si hago el ejercicio de hiperventilación?

Terapeuta —La respuesta corta es no. Por lo menos sería muy poco probable, a menos que seas propenso a los desmayos. Cuando las personas se desmayan, se debe generalmente a una caída repentina de la presión arterial o de la frecuencia cardíaca. Esto no es lo que sucede durante la hiperventilación. Es posible desmayarse por la hiperventilación, pero esto solo ocurre cuando la gente hiperventila durante largos periodos de tiempo o inmediatamente después de haber aguantado la respiración. Nuestro ejercicio no es lo bastante largo como para que esto suceda. Sin embargo, es probable que se produzcan algunas sensaciones físicas que pueden ser un poco incómodas, incluyendo el mareo, el aumento del ritmo cardíaco y hormigueo en manos y cara. Esas son las sensaciones habituales cuando se hiperventila y no significan necesariamente que te vayas a desmayar.

### **Caso práctico 3**

En el siguiente caso, el terapeuta proporciona una justificación de por qué el paciente debe practicar ejercicios de exposición interoceptiva aunque no sienta especialmente miedo a ninguna sensación física.

Paciente —Yo creo que no tengo realmente miedo a las sensaciones físicas. ¿Crees que aun así debo realizar los ejercicios?

Terapeuta —Sí, lo creo. Incluso si no tienes miedo a las sensaciones físicas, los ejercicios te darán la oportunidad de focalizarte en las sensaciones y desarrollar un mayor conocimiento de este componente de la respuesta emocional. Es fundamental practicar la conciencia de los cambios físicos que ocurren en tu cuerpo. Entonces, cuando experimentes una fuerte reacción emocional, serás más capaz de notar la reacción física que se produce como parte de la respuesta emocional.

### **Caso práctico 4**

En el siguiente caso, el terapeuta ofrece al paciente unas directrices para decidir cuándo dejar de practicar los ejercicios de hiperventilación.

Paciente —La hiperventilación me hace sentir mareado y con sensación de hormigueo no importa las veces que lo haga. ¿Cuándo debería parar de hacerlo?

Terapeuta —¿Te sientes ansioso cuando empiezas a sentirte mareado o con hormigueo?

Paciente —Ya no, al principio... me molestaba mucho... pero ahora solo es incómodo. No me gusta demasiado, pero no me hace sentir ansioso ni nada.

Terapeuta —Si ya no se siente angustiado por las sensaciones, no hay necesidad de continuar con el ejercicio. Recuerda, los ejercicios no están diseñados para eliminar las sensaciones sino para disminuir la angustia por las sensaciones. Es posible que tengas que volver a repetirlos de vez en cuando, solo para practicar, pero por ahora creo que puedes pasar a otro ejercicio.

## **7. Gestión de problemas**

Algunos pacientes no muestran mucha ansiedad durante los ejercicios de inducción de síntomas. Hay una serie de razones por las que esto puede ocurrir. En función de los síntomas que se presentan, algunos pacientes pueden no experimentar mucha angustia al realizar estos ejercicios, mientras que otros pacientes los pueden encontrar más difíciles. Además, algunos pacientes pueden necesitar llevar a cabo ejercicios distintos a los mencionados en el manual. Usted debe trabajar junto con el paciente para identificar cualquier evitación de las sensaciones físicas, y luego utilizar esta información para elegir o diseñar un ejercicio que aumente la probabilidad de provocar ansiedad. También debe ser consciente de que algunos pacientes interrumpen los ejercicios antes de experimentar plenamente las sensaciones físicas. Puede que finalicen los ejercicios tan pronto como sientan las sensaciones, o no realicen los ejercicios con la intensidad necesaria para producir las sensaciones físicas completamente. Asegúrese de abordar estas conductas de evitación y ayudar a los pacientes a modificar sus creencias ansiosas respecto a esta situación. Incluso cuando los pacientes no informen de mucha angustia al completar el ejercicio, se les debe pedir que los lleven a cabo repetidamente para ayudar a facilitar una mayor conciencia de las sensaciones físicas cuando ocurran en otros contextos.

Ocasionalmente, los pacientes informan de la dificultad de realizar los ejercicios de síntomas en casa. A menudo, esto se debe a la percepción de seguridad que ofrece el terapeuta o el ambiente terapéutico, ya que estos no están presentes en casa. Los pacientes se preocupan de que si experimentan una fuerte sensación física no se recuperarán tan fácilmente de esa experiencia, o que puede dar lugar a emociones más intensas. Ayude al paciente a identificar las consecuencias percibidas y trabaje con él para ver las cosas en perspectiva (es decir, «¿Qué es lo peor que puede pasar?»). También se pueden utilizar aproximaciones graduadas. Los pacientes podrían empezar los ejercicios en presencia de un amigo o familiar o incluso en la consulta con el terapeuta pero fuera de la habitación. Luego, el paciente debe practicar solo.

A veces los pacientes solo experimentan la angustia por las sensaciones cuando se encuentran en ciertas situaciones, pero no en otras. Por lo general, esto se debe a lo que el paciente está pensando sobre las sensaciones en ese contexto particular. Por ejemplo, tener la sensación de mareo puede ser percibida como mucho más peligrosa si se experimenta conduciendo que en cualquier otra situación. Examine el tipo de

pensamientos que hacen que los síntomas que aparecen resulten más peligrosos en estas situaciones. Recuerde al paciente que, en realidad, los síntomas no son más perjudiciales en esa situación de lo que lo son en otras situaciones, incluyendo la consulta del terapeuta.

## **8. Tareas para casa**

- Indicar al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el Registro de progreso.
- Indicar al paciente que participe en varias ocasiones en la exposición a las sensaciones físicas utilizando el Registro para la práctica de inducción de síntomas que se encuentra en el capítulo 11 del manual del paciente. Este registro se puede utilizar para ayudar a los pacientes a realizar ejercicios de inducción de síntomas en casa. Asigne tres ejercicios breves de exposición a las sensaciones físicas, que deben acordarse previamente en la sesión.

# Capítulo 13. Módulo 7.

## Exposición emocional interoceptiva y situacional

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 12)

### MÓDULO 7

#### EXPOSICIÓN EMOCIONAL INTEROCEPTIVA Y SITUACIONAL

##### MATERIALES NECESARIOS

- Materiales para los ejercicios de inducción de emociones.
- Jerarquía de evitación emocional y situacional.
- Registro de práctica de exposición emocional.

##### OBJETIVOS

- Revisar las tareas para casa de la sesión anterior.
- Ayudar al paciente a entender el propósito de la exposición a las emociones.
- Trabajar con el paciente para desarrollar una jerarquía de evitación emocional y situacional.
- Diseñar ejercicios eficaces de exposición a la emoción.
- Ayudar a los pacientes a hacer frente a sus emociones fuertes a través de ejercicios de exposición a la emoción.

##### RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 12 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- Con el fin de aprender nuevas formas de responder a las situaciones emocionalmente intensas, es necesario llevar a cabo ejercicios que de forma intencionada provoquen este tipo de experiencias emocionales.
- Las *exposiciones emocionales* incluyen el hacer frente de manera gradual a estímulos internos y externos que pueden producir reacciones emocionales fuertes o intensas.
- Las exposiciones emocionales pueden darse en el contexto de los eventos internos, tales como pensamientos, recuerdos o incluso sensaciones físicas. También pueden darse en situaciones externas que pueden provocar reacciones emocionales intensas y que pueden estar evitándose en la actualidad.
- Las exposiciones emocionales pueden llevarse a cabo sin ningún tipo de evitación, y cada exposición debe utilizarse como una oportunidad de cambiar las CIE desadaptativas.

##### CONCEPTOS CLAVE

El foco principal de este capítulo es la exposición a la emoción. Las exposiciones a las emociones son ejercicios diseñados de manera específica para provocar fuertes respuestas emocionales. Tras una breve introducción sobre el concepto de exposición a la emoción, y la justificación de por qué participar en estos ejercicios, usted ayudará a los pacientes a enfrentarse de forma gradual a los estímulos internos y externos que producen reacciones emocionales intensas y les ayudará a modificar sus respuestas a esas emociones. Va a ayudar a los pacientes a incorporar las habilidades aprendidas en la terapia (p. ej., la conciencia centrada en

el presente sin juzgar o la reevaluación cognitiva) en su práctica de exposición, y a abordar cualquier evitación emocional que impida el progreso del tratamiento. En esta sección, las metas para el paciente son:

- Comprender el propósito de la exposición a la emoción.
- Aprender a desarrollar una jerarquía de miedo y evitación, y a cómo diseñar ejercicios eficaces de exposición a la emoción.
- Practicar repetidamente el hacer frente a emociones fuertes a través de ejercicios de exposición a la emoción.

## **1. Revisión de las tareas para casa**

Empezar con una revisión del OASIS, ODSIS y Registro de progreso de los pacientes, así como cualquier otro registro adicional que haya sido asignado para aumentar la práctica, y la revisión del Registro de práctica de exposición emocional. ¿El paciente fue capaz de practicar los ejercicios de inducción de síntomas que le fueron asignados? Cómo se señaló en el capítulo anterior, hay una serie de razones por las cuales los pacientes pueden tener dificultades para completar estos ejercicios en casa. Trabaje con el paciente en la identificación de las razones específicas por las cuales no completó los ejercicios, y luego de manera conjunta desarrolle un plan para hacer frente a esas dificultades. También puede trabajar con el paciente en la realización de los ejercicios de exposición a las emociones en sesión. Revise tareas o registros adicionales que fueron asignados en capítulos anteriores. Si el paciente está teniendo dificultades en completar estos registros, es posible que necesite revisar los conceptos clave de las sesiones anteriores.

## **2. Exposición a las emociones**

El resto del tratamiento se centra en la exposición a los estímulos internos y externos que producen reacciones emocionales intensas. Nos referimos a estas exposiciones como *exposiciones a las emociones* porque el foco principal de las exposiciones no es una situación específica, una imagen, o una actividad, sino la emoción en sí misma. Esta parte del tratamiento quizá será la más difícil para los pacientes, pero es una oportunidad para poner en práctica las habilidades que han aprendido (como la conciencia centrada en el presente sin juzgar, identificación de las interpretaciones automáticas o contrarrestar la evitación emocional y las CIE), para que una vez que haya finalizado el tratamiento confíen en su capacidad para manejar futuras experiencias emocionales cuando sucedan. Es muy importante que los pacientes se comprometan a invertir tiempo y esfuerzo durante esta última parte del tratamiento, ya que esta es la oportunidad para que se produzcan cambios reales.

## **Nota para el terapeuta**

*El objetivo de las exposiciones emocionales no es la reducción inmediata de la respuesta emocional. Más bien, el objetivo es que los pacientes aprendan algo nuevo como resultado de la experiencia. Consecuentes con la focalización en las emociones y en la regulación emocional, todas las exposiciones están dirigidas directamente a que los pacientes experimenten sus emociones por completo (lo que significa reducir patrones de evitación) y lleven a cabo nuevas respuestas. La tolerancia a las emociones es un objetivo de aprendizaje primordial en las exposiciones a la emoción.*

Con respecto a los cambios en cómo los pacientes experimentan y responden a sus emociones, la exposición a las emociones es importante por las siguientes razones:

1. Las interpretaciones y evaluaciones sobre la peligrosidad de las situaciones (ya sean de naturaleza interna o externa) empiezan a cambiar y nuevas interpretaciones y evaluaciones más adaptativas comienzan a surgir.
2. La evitación y el deterioro posterior desaparecen.
3. Las CIE pueden ser reconocidas y modificadas.

La exposición sirve para desarrollar un nuevo conjunto de asociaciones no temerosas entre el estímulo (p. ej., realizar una presentación), la respuesta (p. ej., sentir sensación de mareo) y su significado (p. ej., «No lo estoy haciendo bien... me estoy equivocando»). Las nuevas asociaciones (p. ej., sentir la sensación de mareo durante una presentación no significa que esté equivocándome), de manera progresiva, se vuelven más importantes con el tiempo y las anteriores asociaciones temerosas se olvidan.

## **3. Introducción a la exposición a las emociones en sesión**

Las exposiciones a la emoción en las sesiones ayudan a los pacientes a aprender a cómo realizarlas, mientras se están procesando emociones directamente con el terapeuta. Aunque no siempre es posible, las sesiones de exposición en sesión deben llevarse a cabo siempre que sea posible. Cuando usted realice una exposición con el paciente durante la sesión de tratamiento, estará en una posición privilegiada para darle feedback e instrucciones claras, ofrecer un modelo de participación y facilitar al paciente la tolerancia a las emociones durante el ejercicio.

Las tareas de exposición variarán de un paciente a otro. La jerarquía de evitación emocional y situacional del capítulo 12 del manual del paciente puede ser utilizada para tener una idea del tipo de situaciones que desencadenan emociones incómodas para los pacientes y las situaciones que evitan más a menudo. Distintos tipos de ejercicios de exposición a la emoción se detallan en el manual. Estos incluyen exposiciones a la emoción basados en situaciones, en imaginación y exposiciones emocionales interoceptivas. Todos estos ejercicios se pueden utilizar para ayudar a los pacientes en la práctica de habilidades que han aprendido durante el curso del tratamiento. Con

cualquiera de las exposiciones en sesión, asegúrese de dejar al menos 15 minutos de tiempo para analizar la exposición con el paciente.

### **Nota para el terapeuta**

*Al diseñar las exposiciones, es importante considerar que las emociones incómodas o aversivas pueden ser de valencia negativa o positiva. Por ejemplo, un paciente que lucha por la preocupación recurrente y la tensión, puede encontrar difícil el participar plenamente en una actividad placentera y «dejar sus preocupaciones atrás». La experiencia de emociones positivas puede provocar ansiedad sobre «estar en guardia». Del mismo modo, un paciente que lucha con dudas obsesivas puede encontrar dificultad en disfrutar de una cena con amigos. Permitirles estar del todo presentes en el momento actual sin entrar en el círculo de los pensamientos intrusivos puede provocar bastante ansiedad. Por lo tanto, puede ser importante diseñar exposiciones a la emoción en ambas experiencias emocionales, negativas y positivas.*

## **4. Llevar a cabo exposiciones a las emociones en sesión**

Una vez identificada la tarea específica de exposición a la emoción y antes de llevarla a cabo, dedique tiempo con el paciente para preparar la exposición mediante la participación en todos, o en algunos de los pasos siguientes:

1. Ponerse de acuerdo sobre la realización de una tarea específica (normalmente extraída de la jerarquía de evitación emocional y situacional).
2. Analizar los pensamientos ansiosos o negativos que ocurren antes de iniciar la tarea, o los que se espera que se produzcan durante la tarea, y considerar alternativas más racionales.
3. Recordar al paciente la importancia de usar la conciencia centrada en el presente de sus emociones durante la exposición.
4. Identificar las conductas de evitación que puedan interferir en la exposición, y las CIE que serán modificadas.

Usted debe estructurar la tarea de la manera que mejor permita que se produzcan aprendizajes nuevos. Esto implica un cierto nivel de claridad sobre qué es lo que más le preocupa al paciente respecto de lo que pueda suceder, la exposición puede entonces ser dirigida al desafío de los resultados negativos esperados. Si lo que más le preocupa al paciente es la propia respuesta emocional, entonces el nuevo aprendizaje es sobre la capacidad del paciente para tolerar niveles prolongados de una emoción negativa. Con todas las exposiciones emocionales es extremadamente importante para el terapeuta «captar» algún momento en el que los pacientes están evitando sus emociones, ya sea cambiando de tema, «rompiendo» el papel de la exposición, por la inquietud, etc. Tan pronto como note estas respuestas, haga que los pacientes sean conscientes de que están evitando la experiencia emocional completa y redirija su atención de nuevo a la emoción.

Durante los ejercicios de exposición en sesión, es importante ser directivo y seguro, y

animar a los pacientes a continuar con la exposición a pesar de experimentar emociones intensas y desagradables. Tenga cuidado en no reforzar en los pacientes su percepción de incapacidad para tolerar las emociones negativas, y no acompañe al paciente en la realización de conductas de evitación, como se señaló con anterioridad. Es importante no sugerir al paciente que una situación específica puede ser demasiado difícil o angustiante, o empatizar demasiado con la angustia de los pacientes durante las exposiciones. Por lo tanto, desde el principio puede ser mejor elegir las actividades de un nivel medio de la jerarquía de los pacientes, de manera que la probabilidad de éxito sea más alta. Esto permitirá a los pacientes obtener una sensación de dominio sobre una experiencia aversiva, mientras que simultáneamente cada vez se hace más tolerante a sus emociones. Con el tiempo ayudará a que el paciente, de manera gradual y sistemática, trabaje y avance en su jerarquía.

Después de llevar a cabo la exposición, dedique al menos 15 minutos para analizarla. Es posible que desee utilizar el Registro del modelo de los tres componentes de la emoción para ayudar a los pacientes a analizar su experiencia emocional durante las exposiciones en la sesión. Pregunte acerca de las emociones de los pacientes antes de la exposición, qué pensamientos y sensaciones físicas han experimentado durante la tarea. También es importante anotar cualquier conducta de evitación y CIE. Identificar la forma de aumentar el nivel de dificultad de las exposiciones, y discutir sobre las diferentes formas de hacer más eficaces las exposiciones, puede ser también muy útil. Subrayar los logros que ha conseguido el paciente y las formas en que él o ella podrían mejorar las exposiciones emocionales. El paciente siempre debe recibir un refuerzo positivo, al menos por intentar llevar a cabo la exposición.

## **5. Llevar la exposición a las emociones al mundo real**

Un factor crucial en el éxito del tratamiento radica en la práctica continuada de las exposiciones emocionales de los pacientes fuera de la sesión (exposiciones en vivo). Trasladar las exposiciones al mundo real es importante por varias razones. La primera, practicar las exposiciones emocionales en vivo permite a los pacientes aplicar directamente las habilidades que han aprendido durante el tratamiento en el contexto de su vida cotidiana. La segunda, practicar las exposiciones en vivo permite a los pacientes desarrollar un sentido de autonomía en su propio tratamiento, facilitando así la transición desde el terapeuta hacia la independencia. Por último, el tiempo real empleado en la terapia representa aproximadamente el 1% del tiempo de vigilia de los pacientes; por lo tanto, para aprender las habilidades que se presentan en la terapia, es esencial que el paciente continúe practicando habilidades fuera del periodo de sesiones.

El terapeuta y el paciente deben trabajar juntos para diseñar las exposiciones a la emoción que pueden ser practicadas fuera de la sesión de terapia. Una vez más, la

jerarquía de evitación emocional y situacional del capítulo 12 del manual del paciente puede ser utilizada para identificar posibles exposiciones a las emociones. Por ejemplo, un paciente que sufre síntomas de pánico puede coger el metro lleno de gente para ir a trabajar. Un paciente con fobia social puede participar de forma deliberada en una conversación con un compañero de trabajo no conocido. O una persona con pensamientos intrusivos y angustiosos puede escribir sus pensamientos más temidos y leerlos en voz alta todos los días.

Utilizando el Registro de práctica de exposición emocional del capítulo 12 del manual del paciente, los pacientes deberían animarse a registrar sus experiencias con la realización de las exposiciones emocionales. Invierta un tiempo al inicio de la siguiente sesión en revisar las exposiciones que se han realizado durante la semana, prestando especial atención a cualquier patrón de evitación emocional o a los obstáculos que puedan haber interferido en el éxito para finalizar la exposición. Como se ha señalado, el paciente siempre debe recibir refuerzo positivo por cualquier intento de exposición, y usted y el paciente deben trabajar juntos para hacer las exposiciones eficaces, y aumentando constantemente su dificultad.

## **6. Casos prácticos**

### **Caso práctico 1**

En el siguiente caso, el terapeuta aclara el propósito de las exposiciones emocionales y proporciona orientación sobre cómo llevar a cabo con más eficacia estas tareas.

Paciente —Llevé a cabo las exposiciones a las emociones que habíamos acordado. Me subí al metro durante todo el tiempo que tenía que hacerlo, pero mi miedo nunca va a menos. Me sentí aterrorizada.

Terapeuta —¡Eso es genial!

Paciente —¿Qué es genial? Me sentía muy mal. No me gusta tener miedo. No paraba de pensar que me sentiría mejor, pero nunca pasó.

Terapeuta —Lo importante de las exposiciones no es ser capaz de hacerlo sin ningún temor. En realidad, se trata de cómo experimentas y respondes a tu miedo, eso es lo más importante. Deliberadamente seleccionamos esta situación porque sabíamos que esta te daría miedo. Queremos que aprendas un par de cosas. Primero, como hemos comentado, fue importante para ti que te expusieras a esta situación particular para ver que, lo que pensabas que iba a suceder, en realidad no sucedió. De hecho, resultó mucho mejor de lo que pensabas que sería. En segundo lugar, hemos querido que trabajes el desarrollo de una mayor tolerancia de tus emociones, en este caso, la emoción de miedo. Lo importante de esto es que a pesar de estar sintiendo miedo te

quedaste allí todo el tiempo.

Paciente —¿Crees que irá mejor la próxima vez? Quiero decir, ¿voy a tener por fin menos miedo?

Terapeuta —Lo más probable si sigues viajando en metro, es que el miedo empiece gradualmente a disminuir. Pero esto depende de si intentas evitar tus emociones en esa situación, o haces algo para que esa situación resulte menos aterradora.

Paciente —¿Qué importancia tiene eso?

Terapeuta —Bien, como hemos comentado, realizar conductas de evitación te impide aprender que esa situación no es peligrosa. En este caso, tenías miedo de que tu miedo pudiera ser tan intenso que llegaras a perder el control de ti misma o pudieras volverte loca.

Paciente —Por supuesto. Entonces me estás diciendo que si yo solo permito que mi miedo esté ahí, y no hago nada para evitarlo, ¿con el tiempo disminuirá?

Terapeuta —Una vez más, depende de ti. En general, me permito sugerir que te centres más en la reducción de los patrones de evitación y en el cambio de las CIE, en lugar de preocuparte tanto sobre lo que pasa con tu miedo. Ahora es importante ser consciente de la experiencia emocional, y tal vez incluso puedas hacer una revisión rápida de los tres componentes de la emoción para observar los pensamientos, sentimientos y conductas, mientras la emoción tiene lugar. Y entonces es como dejarse llevar por una ola. Solo deja a la emoción estar ahí y luego nota qué ocurre como resultado. ¿Estás perdiendo la cabeza? ¿Vas a hacer algo incontrolable? Si no haces nada para evitar o escapar, entonces estarás en la mejor posición para aprender que tu miedo no es peligroso en esta situación, y es probable que la emoción con el tiempo disminuya.

## **Caso práctico 2**

En el siguiente caso práctico, el terapeuta ayuda al paciente a identificar las cogniciones ansiosas que experimenta cuando está intentando realizar una exposición a la emoción.

Paciente —Estuve en la reunión un rato, pero al final tuve que salir de allí.

Terapeuta —¿Y por qué?

Paciente —Bueno, yo empecé a sentirme muy mal. Empecé a ver borroso y tuve problemas para concentrarme en lo que mi jefe me estaba diciendo.

Terapeuta —Entonces, ¿qué pasó?

Paciente —Bueno, yo me excusé de la reunión y salí a la calle a tomar el aire. Realmente intenté quedarme pero los sentimientos eran muy intensos. Yo sabía que si me hubiese quedado un poco más algo malo hubiera sucedido.

Terapeuta —¿Por qué sientes la necesidad de protegerte de esos sentimientos? ¿Cuáles son tus pensamientos sobre lo que podría haber sucedido si te hubieses quedado?

Paciente —Yo solo estaba preocupado por si podía decir algo estúpido, porque no podía centrarme correctamente... a causa de las emociones que estaba teniendo.

Terapeuta —Parece que tal vez deberíamos dedicar algún tiempo para analizar un poco más de cerca esos pensamientos que tienes sobre tus emociones.

### **Caso práctico 3**

En el siguiente caso, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar estrategias para modificar sus CIE durante una exposición a la emoción.

Paciente —Continúo abandonando la situación muy pronto, justo cuando mi emoción está en el pico más alto. ¿Qué crees que debo hacer para mantenerme en ella?

Terapeuta —A veces, es difícil ir en contra de nuestras CIE, sobre todo cuando esas conductas se han reforzado mucho en el pasado. Quiero decir, en este momento, sabes que escapar de esa situación hará que te sientas aliviado. Así que es difícil no hacerlo. Pero creo que hay un par de cosas que puedes hacer en ese momento. Podrías intentar elegir una situación que esté un poco más abajo en tu jerarquía. Quizá una que sea menos atemorizante y que creas que vas a ser capaz de permanecer en ella. También, podrías deliberadamente ponerte en una situación de la que sea difícil escapar, o pídele a un amigo o miembro de la familia que te ayude a permanecer en la situación cuando estés sintiendo miedo. ¿Qué te parece?

Paciente —Eso suena muy bien. Me ayuda tener algo que me recuerde volver a los tres componentes de los que hablamos en el pasado. Tal vez haga una pequeña tarjeta que pueda rellenar mientras estoy haciendo la exposición.

Terapeuta —Me gusta esa idea. Además, recuerda que, si escapabas de esa situación antes de tiempo, siempre puedes pensar en el momento de la situación cuando las emociones no eran tan altas, y luego intenta volver a la situación tan pronto como sea posible.

## **7. Gestión de problemas**

A veces, cuando los pacientes no están muy «convencidos» de los argumentos de por qué llevar a cabo las exposiciones emocionales pueden elegir exposiciones fáciles, o exposiciones que no son susceptibles de provocar síntomas significativos. En estos casos, continuar adelante con los ejercicios no será útil. Si el paciente no está dispuesto a soportar emociones desagradables, entonces el tiempo se debe emplear revisando los conceptos anteriores del tratamiento para ayudar al paciente a involucrarse en las exposiciones emocionales. También puede encontrar útil revisar las técnicas para mejorar la motivación que se describen en el capítulo 5.

Como se ha visto en el caso 3, en ocasiones, los pacientes pueden escapar de una situación si sus emociones se vuelven demasiado intensas durante las exposiciones emocionales. Si la huida sucede, no debe ser considerada como un error. En su lugar, puede ser entendido como una oportunidad para que el paciente aprenda de ella. El escape es una CIE clara, que normalmente se produce en respuesta a una reacción de miedo, y se basa en la predicción de que si se permanece en la situación se producirá algún tipo de resultado negativo. Por ejemplo, no es infrecuente que los pacientes creen que si se quedan en la situación su ansiedad o miedo se volverán tan intensos que la emoción les dejará fuera de control y serán incapaces de funcionar. Usted puede ayudar al paciente a evaluar esta predicción en términos de los errores del pensamiento como saltar a las conclusiones y el catastrofismo. A partir de ahí, el paciente debería animarse a entrar en la situación lo antes posible.

En ocasiones, los pacientes pueden sentirse desanimados por el ritmo al que se producen las exposiciones. También puede ser frustrante para los pacientes cuando notan con el tiempo una disminución de su emoción en una situación, para más tarde volver a experimentar emociones intensas en la misma. En estos casos, puede ser importante recordar al paciente que el aprendizaje pocas veces es lineal y que, al igual que en otros momentos de aprendizaje, a lo largo del tiempo se producen algunos olvidos. Además, el aprendizaje tiende a ser bastante dependiente del contexto, por lo que cambiar cosas, aunque sea un poco, puede producir un retorno de los síntomas que pensaban que habían disminuido por completo. La recurrencia de su respuesta emocional en estas situaciones no se debe tomar como un fracaso, o una prueba de que las exposiciones no funcionan. Más bien, deber ser entendido como una oportunidad más para aprender que pueden tolerar sus emociones, y que la situación no es peligrosa. Estas recurrencias proporcionan excelentes oportunidades de aprendizaje, y en realidad pueden ayudar a generalizar lo aprendido en una situación a otras similares. Una vez más, el objetivo del tratamiento es que los pacientes se sientan menos angustiados por sus emociones (y las situaciones que los provocan) y respondan de manera más adaptativa; el objetivo no es evitar que sucedan.

## **8. Tareas para casa**

- Indicar al paciente que continúe con el seguimiento de los progresos, completando los autoinformes OASIS y ODSIS y el Registro de progreso.
- Que el paciente practique las exposiciones emocionales al menos tres veces durante la siguiente semana, y rellene lo sucedido en el Registro de práctica de exposición emocional del manual del paciente. Conforme avance el tratamiento, las exposiciones deberían aumentar en dificultad y debe animarse al paciente a que adquiera mayor responsabilidad en el diseño de exposiciones.



# Capítulo 14.

## Medicación para ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales asociados

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 13)

### Nota para el terapeuta

*Este capítulo proporciona información al terapeuta, y no se corresponde con una sesión particular de terapia. Por lo tanto, no hay objetivos o material necesario. No hay ninguna tarea asignada para casa. La interrupción de la medicación suele ser abordada hacia el final de la terapia, cuando los pacientes empiezan a sentirse mejor y con más confianza en su capacidad para manejar sus síntomas sin fármacos.*

### 1. Resumen de la información del capítulo 13 del Manual del paciente

- Razones para el consumo de fármacos.
- Descripción de los fármacos más comúnmente utilizados.
- Información sobre cómo los fármacos pueden suspenderse.

### 2. Introducción al tema de los fármacos

Hay una gran variabilidad en el grado en el que las personas utilizan fármacos, tratamientos psicológicos (como este programa), o alguna combinación de ambos. En realidad no hablamos de los fármacos como una forma más o menos eficaz de tratamiento, sino como algo más o menos apropiado dependiendo de la situación. En circunstancias normales, los fármacos tienen mayor probabilidad de producir efectos beneficiosos en un corto periodo de tiempo si los comparamos con un tratamiento psicológico, como este. Esto es cierto sobre todo con las benzodiazepinas, que pueden ser eficaces casi inmediatamente, o en cuestión de unos pocos días. Los fármacos antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y norepinefrina (IRSN), considerados por muchos como los tratamientos farmacológicos de primera elección para la mayoría de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, necesitan más tiempo

para ser metabolizados en el torrente sanguíneo y empezar a ejercer sus efectos, a menudo entre 3 a 6 semanas. Por otro lado, los fármacos pueden en ocasiones perder parte de su eficacia cuando se toman de forma continuada durante un periodo prolongado. Además, puede haber mayor riesgo de recaída cuando se interrumpe su administración. Este programa puede ser beneficioso para las personas que han logrado cierto alivio con los fármacos, o que esperan prevenir el consumo de fármacos a largo plazo.

Es importante describir cómo los fármacos pueden interactuar con —e incluso a veces interferir con— los procedimientos de tratamiento. Para una serie de trastornos, en particular el trastorno de pánico, la combinación de fármacos y tratamientos cognitivo-conductuales ha demostrado tener peores resultados de tratamiento a largo plazo en comparación con la utilización única de los tratamientos cognitivo-conductuales. Aunque este no parece ser el caso de la depresión, donde la combinación de fármacos y el tratamiento cognitivo-conductual parece ser algo más eficaz que cualquiera de los tratamientos por sí solos, al menos a corto plazo. Más allá de los resultados generales del tratamiento, es importante tener en cuenta que los fármacos de acción rápida, como las benzodiazepinas, pueden interferir con las exposiciones por impedir que los niveles de la emoción lleguen a su intensidad máxima, o por funcionar como señales de seguridad. En ambos casos, el uso de fármacos de acción rápida pueden impedir los aprendizajes nuevos que de manera natural se producirían durante las exposiciones.

Existe un porcentaje de pacientes que al comenzar el tratamiento mencionan, como uno de sus objetivos de tratamiento, dejar los fármacos. Esto es frecuente, y la aplicación de las técnicas descritas en este programa es apropiada y puede ser útil para los pacientes. La retirada o reducción en el consumo de fármacos debe llevarse a cabo tan solo bajo la supervisión directa de un médico. Sin embargo, el aumento en el estado de ánimo ansioso o deprimido que a menudo se produce tras la retirada gradual y el cese de los fármacos puede ser abordado con las técnicas descritas en este protocolo. Si la retirada de los fármacos es particularmente difícil (como ocurre con frecuencia en el caso de las benzodiazepinas), entonces el programa descrito en el libro *Stopping Anxiety Medication, Therapist Guide, 2nd Edition* (Ottro y Pollack, 2009), de la serie *Treatments That Work*<sup>®</sup>, podría ser útil.

### **3. Casos prácticos**

Los siguientes casos ilustran diferentes aspectos a tratar con los pacientes sobre el consumo de fármacos.

#### **Caso práctico 1**

Paciente —Pienso que la medicación era necesaria para corregir mi desequilibrio químico.

Terapeuta —Esto es, en realidad, una creencia muy común. Sin embargo, hasta la fecha, no hay pruebas claras de que un desequilibrio químico específico sea la principal causa de la ansiedad o la depresión. La cuestión de cómo funcionan los fármacos no se entiende bien, excepto que sí parecen reducir la intensidad de los síntomas experimentados. Independientemente de cómo funcionan los fármacos, aún sigue siendo importante aprender que puedes hacer frente a las emociones, incluso si experimentas síntomas muy intensos.

## **Caso práctico 2**

Paciente —¿Puedo llevar la medicación durante (o antes de hacer) la exposición?

Terapeuta —¿Qué te hace pensar que necesitas llevar tu medicación durante la exposición?

Paciente —No pienso que los necesite. Quiero decir, no los he tomado durante meses, pero quiero llevarlos por si acaso mis emociones se vuelven demasiado intensas.

Terapeuta —¿Has tenido emociones intensas en los últimos meses?

Paciente —Sí, muchas veces. Sobre todo durante algunas de las últimas exposiciones que hemos estado haciendo.

Terapeuta —De acuerdo, por lo que en la última exposición... ¿llevaste tu medicación?

Paciente —No, no la llevaba conmigo.

Terapeuta —¿Qué pasó con tus emociones?

Paciente —Bueno, se volvieron muy intensas, pero me imagino que disminuyeron por sí mismas.

Terapeuta —Así que si tus emociones llegaron a bajar por sí mismas, ¿qué papel crees que puede jugar llevar la medicación en esta exposición?

Paciente —Supongo que en realidad podría ser una señal de seguridad y podría impedirme participar plenamente en la exposición, e incluso puede evitar que mis emociones disminuyan con tanta rapidez como lo harían de forma natural por sí solas.

## **Caso práctico 3**

Paciente —Tengo miedo de que mis emociones comiencen a agravarse cuando me retiren la medicación, volveré al punto donde empecé.

Terapeuta —En concreto, ¿qué quieres decir cuando dices que tus emociones comenzarán a agravarse?

Paciente —Ya sabes, estarán fuera de control como estaban antes de empezar el tratamiento.

Terapeuta —Muy bien. ¿Cómo responderías ahora a esas emociones?

Paciente —Bueno, supongo que intentaría aplicar las habilidades que hemos aprendido en el tratamiento.

Terapeuta —Estupendo. ¿Cómo sería eso, concretamente?

Paciente —En primer lugar, revisaría los tres componentes e identificaría los pensamientos, los sentimientos y las conductas de mi respuesta. A continuación exploraría el contexto de mi respuesta emocional revisando el ARC de mi respuesta. Entonces utilizaría mis habilidades para anclarme en el presente para volver al aquí y al ahora, entonces podría reevaluar la situación de nuevo de forma más objetiva.

Terapeuta —Bueno, parece que has aprendido bastante acerca de tus emociones y cómo responder a ellas de manera eficaz.

Paciente —Supongo que sí.

Terapeuta —Teniendo en cuenta lo mucho que has aprendido, y que ya estás cambiando tu forma de experimentar y responder a tus emociones, ¿cómo crees que responderías incluso si tus emociones se volvieran más frecuentes e intensas?

Paciente —Bueno, supongo que trabajaría de nuevo los métodos del tratamiento. Si ya lo he hecho una vez, debe de ser más fácil la segunda vez.

## **4. Gestión de problemas**

Como se muestra en el caso 1, los pacientes a menudo tienen nociones preconcebidas sobre la naturaleza de los trastornos emocionales y la necesidad de fármacos para corregir desequilibrios químicos en el cerebro. Estas creencias pueden aumentar la ansiedad de los pacientes o la aprensión sobre la retirada de la medicación. Una breve psicoeducación sobre la investigación de la naturaleza de los trastornos emocionales puede ser útil para ayudar a los pacientes a tomar una decisión más informada acerca de continuar o retirar la medicación.

Los pacientes pueden llegar a depender de su medicación como una señal de seguridad. Esto ocurre con mayor frecuencia con las benzodiazepinas, pero también puede ocurrir con otros fármacos. Como se muestra en el caso 2, es importante para el terapeuta tratar esto de manera directa en el tratamiento, como por ejemplo, como puede reducir la eficacia de la exposición el uso de benzodiazepinas antes de la exposición, o incluso únicamente llevarlos encima durante la exposición sin usarlos.

Otro miedo común descrito por los pacientes es que sus emociones o síntomas se volverán más graves e intensos una vez que se suspenda la medicación, y que volverán al punto donde se encontraban antes del tratamiento. Como se ilustra en el caso 3, es útil resaltar a los pacientes lo mucho que han aprendido y lo lejos que han llegado. Incluso si ellos tuvieran una reaparición de los síntomas, han desarrollado una nueva forma de responder a ellos que antes no tenían. Por lo tanto, ellos realmente nunca volverán a estar en el punto en el que empezaron.



# Capítulo 15. Módulo 8.

## Logros, mantenimiento y prevención de recaídas

(Capítulo correspondiente en el Manual del paciente: 14)

### MÓDULO 8

#### LOGROS, MANTENIMIENTO Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

##### MATERIALES NECESARIOS

- Plan de trabajo.
- Registro de objetivos a largo plazo.

##### OBJETIVOS

- Revisar las tareas para casa de la sesión anterior.
- Revisar las habilidades para hacer frente a las emociones.
- Revisar el progreso del tratamiento.
- Identificar y solucionar los desencadenantes frecuentes/potenciales.
- Promover la generalización de habilidades y establecer objetivos para el progreso continuo.

##### RESUMEN INFORMACIÓN CAPÍTULO 14 DEL MANUAL DEL PACIENTE

- Practicar las habilidades entrenadas en el tratamiento le ayudará a mantener los logros y a promover un progreso continuo. Esto incluye el mantenimiento de la conciencia emocional la realización de la reevaluación cognitiva, reducir la evitación emocional y la práctica de las exposiciones emocionales junto con la modificación de las CIE.
- La fluctuación de los síntomas es natural y normal, y no significa necesariamente que se ha producido una recaída.
- Practicar algunos planes puede ser útil para promover la práctica continuada de las habilidades entrenadas en el tratamiento tras su finalización.
- Es importante la evaluación continua para reconocer cambios en los síntomas que pudieran requerir ser tratados, y para evitar círculos emocionales desadaptativos desde su inicio.

##### CONCEPTOS CLAVE

El propósito de este capítulo es evaluar el progreso del paciente y la planificación para el futuro. También reforzar las habilidades aprendidas en el tratamiento, revisar los conceptos clave del mismo y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de prevención de «recaídas». Además, este capítulo se utiliza para tratar la reaparición de los síntomas y cómo los pacientes pueden mantener los logros del tratamiento a largo plazo. En esta sección, las metas para el paciente son:

- Revisar los conceptos y habilidades principales para afrontar las emociones entrenadas durante el

tratamiento.

- Evaluar el progreso del tratamiento y áreas de mejora.
- Establecer objetivos a corto y largo plazo para el mantenimiento de los logros del tratamiento y para el progreso continuo.

## **1. Revisión de las tareas para casa**

Revise el progreso continuo del paciente a través de la realización del trabajo asignado para casa. Le resultará útil comparar los cambios de las tareas encomendadas de forma más reciente con respecto a las solicitadas al inicio del tratamiento, para así identificar las mejoras que han ocurrido a lo largo del programa. Posteriormente, es importante valorar la habilidad del paciente para completar el trabajo asignado para casa durante el tratamiento con el fin de analizar los objetivos a corto y largo plazo, y para mantener los logros del tratamiento y el progreso continuo.

## **2. Revisión de las habilidades entrenadas durante el tratamiento**

Este capítulo empieza con un repaso de las habilidades entrenadas durante el tratamiento. En el capítulo 14 del manual del paciente, los pacientes cuentan con varios «pasos» que pueden realizar para responder de forma adaptativa a las emociones incómodas. Revise estos pasos con el paciente mediante la presentación de ejemplos coherentes con sus síntomas actuales, y luego pregunte al paciente cómo respondería de forma adaptativa a las emociones que quizá experimentaría en esas situaciones. Utilizando un ejemplo que sea significativo para el paciente le ayudará a apreciar con más facilidad su capacidad para manejar estas situaciones, ahora y en el futuro, promoviendo así una mayor sensación de eficacia cuando el paciente termine el tratamiento.

## **3. Evaluando los progresos**

En este punto, ayude al paciente a evaluar su progreso durante el tratamiento en lugar de centrarse tan solo en cómo se siente ahora en general, para ello compare su sentimiento actual con cómo recuerda haberse sentido al principio del tratamiento, utilice la información de los registros que se han ido completando durante el curso del tratamiento. Normalmente, anotamos las puntuaciones de los autoinformes OASIS y ODSIS en el Registro de progreso donde se resume de forma visual esta información. Esto proporciona al paciente un registro visual de su progreso en el tratamiento. Esto también puede ser utilizado para generar un debate acerca del progreso en el tratamiento, y para

identificar las áreas de mejora.

Es importante para los pacientes pensar sobre el cambio y la mejora como un proceso continuo, en consonancia con el aprendizaje de un conjunto nuevo de respuestas y habilidades. La mejora continua tras el tratamiento es muy típica, ya que los pacientes tienen una oportunidad adicional para practicar y aplicar las habilidades que han aprendido.

También puede ayudar a los pacientes en la comprensión de las razones de su falta de progreso, cuando esto se da. Las razones podrían incluir un error inicial en el diagnóstico, la falta de comprensión en los principios del tratamiento, la necesidad de más tiempo para practicar las estrategias terapéuticas, objetivos poco realistas y falta de motivación para la práctica. La falta de progreso no se presenta como un resultado desesperanzador. En su lugar, se exploran con el paciente estas posibles razones para determinar el mejor curso de acción que se puede tomar a partir de ahora, con el objetivo de que el paciente progrese. En este sentido, el final del tratamiento puede ser entendido y presentado como una oportunidad para participar en «una nueva fase» de tratamiento, en la cual el paciente puede trabajar en la superación de obstáculos anteriores y lograr mayores ganancias.

#### **4. Anticipando dificultades futuras**

Todos los pacientes experimentarán emociones intensas o incómodas en el futuro, lo que a menudo se produce en respuesta a estresores vitales. En realidad, todo el mundo experimenta fluctuaciones en su vida emocional: los altibajos de la vida diaria. Algunas veces, las emociones fuertes pueden producirse sin que parezcan estar relacionadas directamente con estresores manifiestos. Esto puede ser muy estresante para los pacientes, y esas experiencias pueden servir como fuertes precipitantes para la recaída. A lo largo del curso del tratamiento, los pacientes han estado desarrollando una actitud más objetiva y menos crítica hacia sus experiencias emocionales. Dado que el tratamiento finaliza y la atención se centra en promover la generalización de las habilidades, es esencial ayudar a los pacientes a mantener esta misma actitud sin juzgar para influir en los inevitables altibajos que experimentarán una vez se termine el tratamiento.

Abordar las expectativas del paciente con respecto a la reaparición de síntomas es una estrategia eficaz para anticiparse a la posibilidad de que los síntomas que reaparezcan escalen hacia una recaída completa. Ayudar a los pacientes a comprender que la fluctuación de los síntomas es natural y normal, y no significa que hayan recaído. Si el paciente experimenta una reaparición de síntomas, incluyendo ansiedad, depresión y evitación de estímulos internos y externos, esto no es una señal de que los problemas subyacentes estén resurgiendo a niveles incontrolables, o que el tratamiento no funcionó. Más bien, significa que hay una reaparición temporal de los viejos hábitos que pueden

tratarse del mismo modo que se hizo con anterioridad utilizando el manual del paciente.

## **5. Práctica continua**

En un esfuerzo por promover el progreso continuo después de finalizar el tratamiento, es posible que desee trabajar con el paciente en identificar las áreas para practicar en el futuro. Utilizando el Registro de plan de práctica del capítulo 14 del manual del paciente, trabaje con el paciente en generar una lista de cosas específicas que a él o ella le gustaría practicar en las próximas semanas.

También recomendamos que los pacientes reserven tiempo cada semana para revisar el progreso y desarrollar o revisar su plan para avanzar. Esto les da la oportunidad de hacer balance de lo que han logrado, lo cual puede ser muy motivador. Asimismo, se encuentran en una buena posición para observar cualquier reaparición de sus síntomas y para prevenir los patrones desadaptativos de respuesta emocional desde su inicio. Esto puede ser útil sobre todo inmediatamente después del tratamiento, por lo general durante varias semanas, pero podría continuar indefinidamente o durante el tiempo que el paciente lo encuentre útil.

## **6. Establecimiento de objetivos a largo plazo**

Ahora que el tratamiento está acabando, y dado que los pacientes experimentan una mejora en su funcionamiento, se puede empezar a planificar las cosas que antes eran incapaces de hacer a causa de sus síntomas. El uso de objetivos a largo plazo se lleva a cabo en el capítulo 14 del manual del paciente, trabaje con el paciente en establecer objetivos a largo plazo y los pasos necesarios para alcanzarlos.

## **7. Finalizando el tratamiento**

Los pacientes, con frecuencia, expresan su preocupación por la finalización del tratamiento. Es importante destacar que los pacientes ahora tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para gestionar y dar respuesta a sus emociones de manera más eficaz.

## **8. Casos prácticos**

En cada uno de los casos siguientes, el paciente está llegando al final del tratamiento.

## **Caso práctico 1**

Paciente —Siento que he hecho un verdadero progreso, pero estoy preocupado por terminar el tratamiento. Supongo que tengo un poco de miedo por si los síntomas vuelven a aparecer. No recordaré lo que hablamos, o cómo aplicar las habilidades que he aprendido.

Terapeuta —Estoy de acuerdo en que has hecho verdaderos progresos con el tratamiento, y puedo entender que estés preocupado. Pero recuerda que durante el curso del tratamiento has estado desarrollando importantes habilidades para responder de manera más adaptativa a tus emociones. Yo diría que ahora tienes un buen dominio de estas habilidades y si continúas practicando lo que has aprendido, imagino que a lo largo del tiempo mejorarás aún más en el manejo de estas habilidades. Supongo que es similar a algún curso que hayas realizado. No se olvida todo lo que se aprende solo porque el curso se ha terminado. Pero, con el fin de retener realmente esa información, puede que tengas que seguir practicando, o por lo menos revisarlo de vez en cuando.

## **Caso práctico 2**

Paciente —Estamos en nuestra última sesión, pero todavía me siento ansiosa y triste a veces. Me preocupa que las cosas vayan a peor después de acabar el tratamiento. Ojalá me cure.

Terapeuta —Puedo entender tu preocupación. Terminar el tratamiento puede ser difícil. Pero, recuerda, nuestro trabajo no ha sido para eliminar tus emociones. Sentirse ansiosa o triste a veces es perfectamente normal, ya que estas emociones pueden ser muy adaptativas en ciertas condiciones. Por tanto, no se puede equiparar «estar curado» con no experimentar esas emociones. De hecho, pensar de esta manera puede traerte verdaderos problemas. Si vuelves a las habilidades y continúas practicándolas, se convertirán en naturales. A lo largo del tiempo, creo que te será más fácil experimentar tus emociones y responder a ellas de manera adaptativa.

## **Caso práctico 3**

Paciente —Sé que tengo que seguir haciendo exposiciones emocionales, pero temo que cuando acabe el tratamiento no seré capaz de hacer ningún progreso adicional. No tengo a nadie que me ayude a revisar mi progreso o que me dé feedback sobre cómo hacer las cosas de una manera diferente.

Terapeuta —¿Quieres decir que no sabrás hacer las exposiciones de una forma adecuada por ti misma?

Paciente —No, estoy segura de cómo hacerlas y las he estado haciendo muy bien

durante las últimas semanas. Es solo que no estoy segura de tener la disciplina suficiente para practicarlas yo misma. Venir aquí cada semana y hablar contigo ha sido muy motivador para mí.

Terapeuta —Puedo entender que venir cada semana aquí puede proporcionar cierta estructura y te ha ayudado a mantenerte en la tarea para realizar las exposiciones. Pero me pregunto si podría haber otras formas de permanecer motivada. Por ejemplo, hablamos acerca de la programación de tu propia sesión semanal para revisar el progreso y el desarrollo de un plan para completar las exposiciones. Incluso puedes reservar el mismo día y hora en el que has estado viniendo al tratamiento. ¿Qué otras cosas podrías intentar?

Paciente —Bueno, supongo que podría pedirle a mi marido que me ayude a estar motivada, también. Tal vez podría incluso sentarme con él y repasar los progresos que hago cada semana. Él es un gran apoyo y estoy segura de que estaría dispuesto a ayudarme.

Terapeuta —Creo que es una buena idea. Además, a algunas personas les resulta útil darse pequeñas recompensas al terminar sus prácticas. Puedes hacerlo durante una temporada, y luego con el tiempo los beneficios de la práctica serán lo bastante motivadores como para seguir adelante.

## **9. Gestión de problemas**

Los pacientes pueden sentirse a veces desanimados al final del tratamiento, y en ocasiones minimizar las mejoras que han hecho. Como se señaló con anterioridad, el uso de la información de los registros de los seguimientos semanales puede ayudar a los pacientes a evaluar con mayor precisión sus niveles de cambio. Si los pacientes dejan de lado las mejoras que han conseguido y se centran en lo negativo, puede que le resulte útil subrayar estas valoraciones negativas específicas y luego ayudarles a considerar la situación desde otras perspectivas. Por ejemplo, es posible destacar que a pesar de que todavía hay espacio para una mejoría, el paciente ha trabajado duro para llegar a este punto y ha hecho considerables progresos en el tratamiento de sus síntomas. También puede ser útil para los pacientes que consideren el tratamiento como un proceso continuo que se mantiene incluso después de que el tratamiento «formal» haya terminado, en lugar de algo que tiene un punto final definitivo. En este sentido, la imposibilidad de lograr la remisión completa de los síntomas al final del tratamiento no está visto como un fracaso, ni tampoco significa que no se puedan producir mejoras adicionales.

En ocasiones, las mayores crisis de la vida ocurren hacia el final del tratamiento. Dependiendo de cómo el paciente responde a la situación, él o ella puede retroceder un poco y sentirse como si volviera a «empezar de cero». Si esto sucede, reconocer el contratiempo, pero recordar al paciente que esto no significa que ha perdido todos los

progresos. La revisión de los registros realizados durante el tratamiento puede resultar alentadora. Mediante la revisión conjunta de estos registros, puede ayudar al paciente a reconocer que ha ido avanzando, y a darse cuenta de que, sin duda, puede hacerlo de nuevo.

Como se ilustra en los casos prácticos 1 y 3, algunos pacientes sienten que aún no están listos para terminar el tratamiento, o expresan su inseguridad sobre su capacidad de seguir avanzando o para mantener lo que han logrado, una vez que termine el tratamiento. Reconocer que esta duda puede hacerles sentir asustados garantizará a los pacientes que se trata de una reacción normal. Recuerde a los pacientes que han aprendido habilidades que se pueden aplicar sin ayuda continuada del terapeuta, y que, en esencia, con el aprendizaje de estas habilidades, los pacientes se han convertido en su propio terapeuta. Puede resultar alentador también señalar de manera explícita el trabajo que los pacientes han podido hacer por su cuenta, tales como la práctica de las exposiciones emocionales.

# Bibliografía.

## Manual del terapeuta

- Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J. M. (1995): La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, K. M., Gorman, J. M. y Woods, S. W. (2010): Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 32(2), 185-192.
- Barlow, D. H. (1988): *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- (1991): Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*, 2, 58-71.
- (2000): Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263.
- (2002): *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2.<sup>a</sup> ed). Nueva York: Guilford Press.
- (2008): *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed.). Londres: Oxford University Press.
- , Allen, L. B. y Basden, S. (2007): Psychological treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (eds.), *A guide to treatments that work* (3.<sup>a</sup> ed., pp. 351-398). Nueva York, NY: Oxford University Press [ed. cast.: *Tratamiento de trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan*. Madrid: Alianza Editorial, 2005].
- y Cerny, J. A. (1988): *Psychological treatment of panic*. Nueva York: Guilford Press.
- y Craske, M. G. (2000): *Mastery of your anxiety and panic (MAP-3): Client-workbook for anxiety and panic* (3.<sup>a</sup> ed.). San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corporation.
- y Craske, M. G. (2006): *Mastery of your panic and anxiety; client workbook* (4.<sup>a</sup> ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- , O'Brien, G. T. y Last, C. G. (1984): Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 15, 41-58.
- Beck, A. T. (1972): *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- , Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988): An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

- 56, 893-897.
- , Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press [ed. cast.: *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2005].
- y Steer, R. A. (1990): Beck self-concept test. *Psychological Assessment*, 2(2), 191-197.
- , — y Brown, G. K. (1996): *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation [ed. cast.: *BDI-II, Inventario de depresión de Beck-II*. Madrid: Pearson, 2011].
- Bobes, J., Bousoño, M. y González, P. (1995): *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Asistencia Primaria* (1ª ed.). Oviedo: GOFER.
- Boisseau, C. L., Farchione, T., Fairholme, C. P., Ellard, K. E. y Barlow, D. H. (2010): The development of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 102-113.
- Borkovec, T. D., Abel, J. L. y Newman, H. (1995): Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 479-483.
- Brown, T. A. (2007): Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313-328.
- , Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1995): Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.
- y Barlow, D. H. (2009): A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21(3), 256-271.
- , Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001): Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- , Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998): Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2014): A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 1920-1927.
- , Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2015): The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39 (2), 295-321.
- Campbell-Sills, L. y Barlow, D. H. (2007): Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (ed.),

- pp. 542-560, *Handbook of emotion regulation*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G. e Himadi, W. G. (1987): Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 18, 401-415.
- Chambless, D. L. y Steketee, G. (1999): Expressed emotion and the prediction of outcome of behavior therapy: A prospective study with agoraphobic and obsessive-compulsive outpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 658-665.
- Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998): The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Craske, M. G., Barlow, D. H. y O'Leary, T. (1992): *Mastery of your anxiety and worry*. San Antonio, TX: Graywind/Psychological Corporation.
- , Brown, T. A., Meadows, E. A. y Barlow, D. H. (1995): Uncued and cued emotions and associated distress in a college sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 125-137.
- y Mystkowski, J. (2006): Exposure therapy and extinction: Clinical studies. En M. G. Craske, D. Hermans y D. Vanstweegen (eds.), *Fear and learning: Basic science to clinical application* (pp. 217-233). Washington, DC: APA Books.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2010): Unified Protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17 (1), 88-101.
- Etkin, A. y Wager, T. (2007): Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1476-1488.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl J. R., Gallagher, M. W. y Barlow, D. H. (2012): The Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 3, 666-678.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T. y Barlow, D. H. (2009): Emotions, emotion regulation and psychological treatment: A unified perspective. En A. Kring y D. Sloan (eds.), *Emotion regulation and psychopathology*. Nueva York: Guilford Press.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M. y Retzlaff, P. J. (1992): Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4(1), 92-101.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleishmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989): The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Gershuny, B. S. y Sher, K. J. (1998): The relation between personality and anxiety: Findings from a 3-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 252-262.
- Gross J. J. (ed.) (2007): *Handbook of emotion regulation*. Nueva York: Guilford Press.
- y Levenson, R. W. (1997): Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative

- and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- y Thompson, R. A. (2007): Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Hafner, R. J. y Marks, I. M. (1976): Exposure in vivo of agoraphobics: Contributions of diazepam, group exposure, and anxiety evocation. *Psychological Medicine*, 6, 71-88.
- Hays, R. D., Sherbourne, C. D. y Mazel, R. M. (1993): The rand 36-item health survey 1.0. *Health Economics*, 2, 217-227.
- Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow, B. A. y Gotlib, I. H. (2002): Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 589-597.
- Kessler, R. C., Berglund, P. y Demler, O. (2003): The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- , Chiu, W. T., Demler, O. y Walters, E. (2005): Prevalence severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- , Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Lui, J., Swartz, M. y Blazer, D. G. (1996): Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30.
- , Stang, P. E., Wittchen, H. U., Ustan, T. B., Roy-Byrne, P. P. y Walters, E. E. (1998): Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55, 801-808.
- Kring, A. M. y Sloan, D. M. (eds.). (2010): *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Krueger, R. F., Watson, D. y Barlow, D. H. (2005): Introduction to the special section: Toward a dimensionally-based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 491-493.
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2008): Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 626-640.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1998): Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990): Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Mezzich, J. E., Ruipérez, M. A., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J. y Mahmud, S. (2000): The Spanish version of the Quality Of Life Index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002): *Motivational interviewing: preparing people for*

- change* (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford Press [ed. cast.: *La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós, 2012].
- Monfils M. H, Cowansage, K. K, Klann, E. y LeDoux, J. E. (2009): Extinction-reconsolidation boundaries: key to persistent attenuation of fear memories. *Science*, 324 (5929), 951-955.
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006): Development and validation of an overall severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23, 245-249.
- Norton, P. J. y Price, E. C. (2007): A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521-531.
- Olivares, J., García-López, L. J. y Hidalgo, M. D. (2001): The Social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: Factor structure and reliability in a Spanish-speaking population. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 69-80.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García-Palacios, A. (en prensa): Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales en formato grupal en el Ámbito de la Salud Mental Pública Española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*.
- Otto, M. W. y Pollack, M. H. (2009): *Stopping anxiety medication: Therapist Guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Richards, J. M. y Cross, J. J. (2000): Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of personality and Social Psychology*, 79, 410-424.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2007): An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Therapy*, 38, 72-85.
- Rottenberg, J. y Gross, J. J. (2003): When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 227-232.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009): Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: Estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 107-122.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003): Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., et al. (1997): Multicenter Collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.
- Shin, L. M. y Liberzon, I. (2010): The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology Review*, 35, 169-191.
- Steer, R. A., Ranieri, W. F., Beck, A. T. y Clark, D. A. (1993): Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 195-205.
- Suárez, L., Bennett, S., Goldstein, C. y Barlow, D. H. (2009): Understanding anxiety

- disorders from a «triple vulnerabilities» framework. En M. M. Antony y M. B. Stein (eds.), *Oxford Handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153-172). Nueva York: Oxford.
- Tsao, J. C., Lewin, M. R. y Craske, M. G. (1998): The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorders on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(4), 357-371.
- , Mystkowski, J. L. y Zucker, B. G. (2002): Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33 (4), 493-509.
- Watson, D., Clark, L. A. y Carey, G. (1988): Positive and Negative Affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 346-353.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. y White, T. L. (1987): Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.
- Westra, H. A., Arkowitz, H. y Dozois, D. J. A. (2009): Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1011-1184.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2010): Conceptual background, development, and preliminary data from the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Depression and Anxiety*, 27, 882-890.
- Zinbarg, R., Craske, M. y Barlow, D. H. (2006): *Therapist's guide for the mastery of your anxiety and worry program*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- , Lee, L. E. y Yoon, L. (2007): Dyadic predictors of outcome in a cognitive-behavioral program for patient generalized anxiety disorder in committed relationships: A «spoonful of sugar» and a dose of non-hostile criticism may help. *Behaviour Research and Therapy*, 45(4), 699-713.

# **MANUAL DEL PACIENTE**

## Acerca de la colección *Treatments ThatWork*<sup>®</sup>

Uno de los problemas más difíciles que nos encontramos cuando tenemos enfrente a un paciente con varios trastornos emocionales es encontrar la mejor ayuda posible. Todos tenemos un familiar o conocido que ha recibido tratamiento de algún profesional reconocido, para averiguar más tarde que el diagnóstico recibido era el equivocado o que el tratamiento recomendado era inapropiado o incluso perjudicial. La mayoría de pacientes o de familiares se dan cuenta de este problema cuando leen toda la información que encuentran acerca de sus síntomas, extrayendo información de Internet o preguntando a sus amigos y conocidos. Los Gobiernos y las autoridades en materia de salud también son conscientes de que las personas no siempre reciben los mejores tratamientos —es lo que ellos llaman «variabilidad en las prácticas de salud».

A día de hoy, los sistemas de salud de todo el mundo están intentando reducir esta variabilidad introduciendo «prácticas basadas en la evidencia». Esto tan solo significa que es en interés de todos que los pacientes reciban la atención más efectiva y más actualizada posible para su problema en concreto. Las autoridades en materia de salud también han reconocido que es muy útil ofrecer cuanta más información, mejor, a los usuarios de los servicios sanitarios con el fin de que puedan tomar decisiones inteligentes en un esfuerzo colaborador para mejorar la salud en general y la salud mental en particular. Esta colección, *Treatments ThatWork*<sup>®</sup> [Tratamientos que Funcionan<sup>®</sup>], está diseñada precisamente para conseguir esto, ya que se describen, en un lenguaje sencillo y fácil de entender, tan solo las intervenciones más actualizadas y efectivas para algunos problemas concretos. Para poder incluirse en esta colección, cada programa de tratamiento debe pasar los estándares más altos posible de evidencia, tal y como determina el consejo científico asesor experto en la materia. De este modo, cuando alguien presente uno de estos problemas o algún familiar busque un profesional familiarizado con estas intervenciones y decida que son las adecuadas, estará seguro de estar recibiendo la mejor atención posible.

Los últimos programas de tratamiento basados en la evidencia, en las investigaciones más actuales y en la evaluación clínica, son intervenciones transdiagnósticas para trastornos que comparten características comunes y responden también a una metodología terapéutica común. Profundizar en la comprensión de la naturaleza de los trastornos emocionales indica que muchos grupos de trastornos relacionados comparten aspectos básicos en la etiología y son muy similares en términos de problemas conductuales y de funciones cerebrales. Considerar estos trastornos como relacionados o

parte de un «espectro», es la aproximación que los terapeutas e investigadores más prestigiosos tienen en cuenta, así como los comités responsables de escribir el manual diagnóstico de los trastornos mentales, el DSM-5. Esto es porque la mayoría de personas con un trastorno o problema también suelen tener otro problema o trastorno (comorbilidad). Si alguien tiene un trastorno de pánico, puede que también presente ansiedad social y depresión; todos son trastornos emocionales. Si alguien abusa de drogas, es posible que también abuse del alcohol o de tabaco; todos son trastornos adictivos. Los programas de tratamientos de esta colección están «unificados» porque comparten una serie de procedimientos terapéuticos que son efectivos para toda la categoría, ya sea la de trastornos emocionales, como la categoría de trastornos adictivos. Los programas de tratamiento son transdiagnósticos porque son efectivos para todos los trastornos de esa categoría (la de los trastornos emocionales, la de los adictivos, o la de los alimentarios, etc.) que una persona puede tener, en vez de solo uno. Trabajar con una serie de principios terapéuticos hace que sea más fácil y efectivo para ti y para tu terapeuta poder abordar todos los problemas que puedas presentar de una forma más completa y eficaz.

Este manual está diseñado para trabajar junto con tu terapeuta y abordar tus problemas emocionales. En general, este grupo de trastornos incluye todos los de ansiedad y los del estado de ánimo (depresivos), como el trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y depresión. El programa de tratamiento también está diseñado para abordar otros trastornos emocionales relacionados como la hipocondría, y otros problemas asociados con excesiva ansiedad por la salud, así como problemas en los que la persona experimenta disociación (sensación de irrealidad). Lo que todos estos trastornos tienen en común es una respuesta emocional inapropiada que interfiere con llevar una vida normal y feliz —como puede ser una excesiva ansiedad o miedo a ciertas situaciones o personas, o sentimientos depresivos que le quitan toda la diversión a la vida y te impiden hacer las cosas que quieres—. Este programa generalmente no se recomienda para una fobia específica, si es el único problema que presenta en la actualidad. Otros manuales de esta colección pueden tratar con más eficacia este problema (véase [www.oup.com/us/ttw](http://www.oup.com/us/ttw) para ver el listado de manuales). Solo un profesional puede asegurarte qué trastorno presentas y solo él puede decirte cuál es el tratamiento más adecuado en tu caso.

David H. Barlow, Editor,  
Colección Treatments *ThatWork*®  
Boston, MA

# Capítulo 1.

## ¿Qué son los trastornos emocionales?

### OBJETIVOS

- Aprender qué son los trastornos emocionales.
- Conocer la sintomatología de los trastornos más comunes y cómo este tratamiento pretende abordarlos.

### 1. ¿Qué son los trastornos emocionales?

Este manual de tratamiento está diseñado para ayudar a aquellas personas que presentan «trastornos emocionales». Estos trastornos incluyen el trastorno de ansiedad social, depresión, trastorno de pánico (y agorafobia), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos ansioso-depresivos relacionados, como por ejemplo la ansiedad centrada en la salud (hipocondría). En todos estos trastornos emocionales se experimentan emociones fuertes, intensas y/o incómodas como ansiedad, pánico, depresión o miedo y que interfieren en tu vida y que te llevan a hacer cosas que puede que no quisieras hacer. Estas emociones suelen ser tan incómodas que puede que estés comenzando a hacer cosas, o por el contrario, a evitar ciertas situaciones, simplemente para no sentir las. El problema es que, evitando esas experiencias, tu vida se verá cada vez más limitada y puedes empezar a encontrar difícil realizar las tareas del día a día, como ir a trabajar, pasar tiempo con amigos, o simplemente hacer actividades de ocio o agradables. Además, evitar estas experiencias emocionales tan intensas puede estar haciendo que dejes de lado objetivos importantes, perderte eventos de relevancia, o cambiar planes importantes. El principal problema es que estas emociones, intensas, fuertes o incómodas se han convertido en el centro de tu vida y están haciendo que no vivas la vida que quieres vivir —y esto puede ser, para empezar, el motivo por el que has cogido este manual—. El programa de tratamiento que se describe en el manual es aplicable a todos los trastornos emocionales, incluso aunque tengas más de uno, o presentes un trastorno que no hayamos definido aquí previamente y que iremos describiendo en este capítulo. Por eso, este programa se llama *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales*.

Para empezar a ver si este programa es el adecuado para ti, lee los siguientes ejemplos de distintos casos que han sido tratados en nuestro centro.

## SARA

Sara es una mujer soltera de 35 años de edad que trabaja como gestora de inversiones en un banco. En el trabajo le aumentaron las responsabilidades e incluso la han tenido en cuenta para un ascenso. Una de sus nuevas responsabilidades implicaba hacer breves presentaciones de trabajo en una reunión de personal semanal. A Sara nunca le ha gustado hablar delante de gente, pero siempre ha podido evitar esas situaciones a lo largo de los años. Durante la primera presentación, fue aumentando su ansiedad hasta el punto que tuvo que abandonar la sala antes de haber terminado su exposición. Más tarde, Sara esgrimió haberse sentido «incapaz» de terminar su charla y haber notado sensaciones físicas «intensas» y «horribles» durante la presentación, como aumento de la tasa cardíaca, sudor y mareo. Estaba preocupada por si se desmayaba y sintió «que tenía que salir» de la habitación para evitar desplomarse en el suelo. Al poco tiempo de este incidente, Sara contactó con nuestro centro para pedir ayuda y controlar su ansiedad y «que algo así no le volviera a ocurrir jamás».

Sara siempre había tenido ansiedad al hablar delante de gente. Al crecer, raramente había hablado en público y los profesores solían poner comentarios en las notas acerca de lo reservada que era. Esta ansiedad persistió durante el instituto y a pesar de ello Sara siempre sacó buenas notas. Siempre se las ingeniaba para no tener que hacer exposiciones orales gracias a excusas como «estar enferma» el día que tenía que hacer la presentación oral. En la facultad, Sara encontró más dificultades para evitar hacer las exposiciones orales. Antes de escoger cualquier asignatura, miraba el temario y no se matriculaba si tenía que hacer presentaciones. Aparte de estas dificultades, se graduó y consiguió un buen trabajo.

Además de la ansiedad de hablar en público, Sara también tenía ansiedad en situaciones sociales o con grupos de personas. Decía sentirse así desde el instituto, pero en los últimos años se había acentuado.

A pesar de que siempre ha tenido un grupo de amigos consolidado, Sara empezó a darse cuenta que su red social se había ido reduciendo a medida que sus amigos/os se habían ido casando y teniendo niños, o se habían mudado por motivos laborales. En esos momentos tuvo bastantes problemas con la ansiedad por el hecho de tener que conocer gente nueva y sintió que la ansiedad se lo impedía. Sara estaba soltera y hacía años que no tenía una cita y, aunque ponía mucho interés en tener citas, sentía que la ansiedad también se lo impedía.

## LAURA

Laura es una mujer casada de 53 años, tiene dos hijos y 3 nietos. Ha trabajado varios años como profesora de un colegio, pero lo dejó hace dos años para hacerse cargo de su padre, que estaba enfermo, y el cual falleció seis meses antes de venir a nuestro centro. El motivo de consulta era que sentía ansiedad «todo el tiempo» y que tenía dificultades para dormir. Quería volver al trabajo ahora que ya podía. Pero sentía que su ansiedad se lo impedía. Se describía como «estancada». No disfrutaba de las cosas que antes le gustaban, como pasar tiempo con sus amigas o ir al gimnasio y se sentía cansada y sobrepasada todo el tiempo. Tenía frecuentes discusiones con su marido y se sentía más irritable de lo normal. Decía que quería «quitarse la sensación de malestar y la nube gris que tenía encima» y que la acompañaba cada día.

Laura decía que muchas veces se sentía abrumada por «las preocupaciones y los problemas». A menudo se preocupaba por sus dos hijos, ya mayores, que estaban felizmente casados, sin problemas económicos y empezando sus propias familias. Se preocupaba por su felicidad, su salud, por si tenían suficiente dinero para sobrevivir, si sus nietos estaban creciendo de forma correcta y si hacía lo suficiente por ellos. Muchas veces se sorprendía imaginándose que les pasaba algo horrible, como que se les quemaba la casa, o que tenían un accidente de coche mortal. Laura también se preocupaba por el trabajo de su marido, a pesar de que llevaba en el mismo puesto 22 años. Se preocupaba sobre lo que pasaría si decidieran sustituirle por alguien más joven y quisieran prescindir de él. Se sentía como si siempre le quisieran «levantar la alfombra de debajo de sus pies» a ella y su familia y que algo terrible podía pasar en cualquier momento. Se sentía tensa y fatigada casi todo el tiempo, tenía dificultades para dormir, quedándose muchas veces despierta tumbada en la cama, pensando a toda velocidad. Se despertaba a menudo durante la noche preocupándose por las cosas que tenía que hacer al día siguiente. También describía que a veces tenía «como una oleada de pánico» en momentos concretos del día cuando se sentía abrumada. Su corazón se disparaba, le sudaban las palmas de las manos y le costaba respirar. Ella decía que esto le sucedía casi siempre cuando se preocupaba por muchas cosas a la vez, cuando pensaba que algo horrible iba a pasar o cuando notaba que sus pensamientos estaban fuera de control.

Laura deseaba de verdad volver a trabajar, pero veía difícil encontrar un trabajo nuevo, puesto que cada vez

que veía un anuncio, empezaba a preocuparse por no estar a la altura, no encontrar el trabajo adecuado, ser demasiado mayor o no gustarle a sus nuevos compañeros. Una vez que estos pensamientos empezaban a darle vueltas, se encontraba a sí misma «buscando mejores cosas que hacer», como limpiar la casa, lo cual la mantenía alejada de buscar un trabajo. Más tarde, se sentía mal por no estar buscando un trabajo y entonces se sentía decaída y deprimida. Afirmaba sentirse a menudo «desamparada» e «inútil» y, a veces, se sentía tan mal que no podía motivarse a sí misma para hacer absolutamente nada. Afirmaba tener este mismo tipo de luchas internas y preocupaciones sobre que algo malo iba a pasar desde siempre y estaba cansada de sentirse así.

## **PABLO**

Pablo es un hombre de 51 años, casado desde hace 20 años, que vive con su esposa y sus dos hijos de 12 y 16 años. Trabaja como abogado desde hace 25 años. Pablo vino a nuestro centro porque estaba teniendo ataques de ansiedad que consistían en palpitaciones, asfixia, mareo, un nudo en la garganta, náuseas y sudoración. Tuvo su primer ataque de ansiedad conduciendo por la autopista cuando se dirigía al trabajo. Pablo paró de inmediato en el arcén y salió del coche. Nunca había experimentado nada similar y le aterrorizaba perder el control por culpa de esos ataques de ansiedad. Llamó a su mujer para que le recogiera y le llevara al trabajo; le dijo que su coche se había estropeado y llamó a la grúa. El estrés en su trabajo había estado aumentando últimamente y había tenido algunos problemas conyugales. La noche anterior, su mujer y él habían estado hablando de separarse por primera vez. Después de este primer ataque de ansiedad, Pablo siguió teniendo más en diferentes y variadas situaciones. La mayoría «aparecían de la nada, como llovidos del cielo», pero él notaba que era más probable que le sucedieran en situaciones en las que era imposible escapar o donde se encontraba atrapado. Pablo estaba casi siempre preocupado por tener otro ataque de ansiedad y se sentía tenso y ansioso casi todo el día a causa de esto. Desde este primer ataque, Pablo ya no ha vuelto a conducir por la autopista y coge carreteras secundarias para llegar al trabajo, lo cual hace que esté entre 30-45 minutos más en la carretera. Además de evitar la autopista, Pablo ha notado que también ha empezado a evitar los atascos o las carreteras o calles que suelen tener mucho tráfico. De hecho ha empezado a salir una hora antes para ir al trabajo y salir una hora más tarde para evitar la hora punta. También ha empezado a evitar otras situaciones y lugares, como los aviones, los ascensores, las tiendas, los centros comerciales, teatros/cines, y las multitudes, donde él se siente atrapado y cree que sentiría vergüenza si tuviera un ataque de ansiedad. Cada vez que tiene que salir, lleva su móvil (para llamar por teléfono en caso de que le sucediera algo) y la caja vacía de su medicación, porque Pablo dice que cogerla y mirarla le hacía sentir más cómodo y más seguro para afrontar la situación. Pablo ha intentado hacer distintas cosas para no tener ataques de ansiedad, como técnicas de relajación, hipnosis y un tratamiento farmacológico que le prescribió su médico de cabecera. Sin embargo, ninguna de estas cosas le ha ayudado.

## **DIEGO**

Diego tiene 34 años, vive con su esposa y su hijo de 4 años. Hace unos 3 meses, tras comenzar en un trabajo nuevo, empezó a notar que se preocupaba cada vez más por la posibilidad de enfermar por tocar cosas como los pomos de las puertas o el dinero y también al interactuar con otros en público. Recientemente, ha notado que los síntomas han aumentado y en respuesta a este miedo ha comenzado a lavarse las manos con frecuencia a lo largo de todo el día y evita tocar cosas que cree que pueden estar sucias. Por ejemplo, abre las puertas con las mangas de su camisa o con un pañuelo y, en una ocasión, incluso se puso unos guantes de látex al utilizar el transporte público. En la actualidad, se lava las manos unas 30 veces al día, con agua caliente y gasta cerca de un bote de jabón cada dos días. En general evita los lugares públicos donde puede haber gérmenes, incluidos los cines, restaurantes y los centros comerciales. Intenta reducir el contacto todo lo que puede y rehúsa dar la mano a sus compañeros de trabajo cuando le saludan. Cuando su hijo está cerca, aún es más cuidadoso por si ha estado en contacto con algún niño enfermo en la guardería. Normalmente les pide a su mujer y a su hijo que se cambien de ropa nada más llegar a casa, e incluso le ha llegado a pedir a su mujer que se vuelva a duchar, siempre con la intención de estar lo menos expuesto posible a gérmenes y a una posible enfermedad. Sus duchas suelen durar unos 45 minutos. De forma habitual se ducha unas dos veces al día, pero ha llegado a ducharse hasta 4 veces. En total, sus conductas de limpieza requieren unas dos horas

diarias y han causado bastante tensión entre su mujer y él. Además, también le están trayendo problemas en el trabajo porque al estar tan centrado en mantenerse limpio (en vez de realizar sus actividades laborales diarias), se está empezando a retrasar en sus tareas. Una vez se quedó en el baño del trabajo lavándose las manos durante 20 minutos y llegó tarde a una reunión muy importante. Diego está preocupado por estos síntomas pero dice sentirse incapaz de dejar de obsesionarse en la posibilidad de estar contaminado. Ha notado que cuanto más se lava e intenta estar limpio, más empeora su miedo. Diego recuerda haber tenido síntomas similares durante el instituto, pero reconoce que ahora «están fuera de control».

En cada uno de estos casos, existen experiencias emocionales fuertes, intensas y/o incómodas que hacen que cada uno de ellos no pueda vivir la vida que quiere vivir y les lleva a hacer cosas que no quieren. Puede que te identifiques con alguno de estos ejemplos o puede que no, pero lo importante es preguntarse: ¿Tengo las mismas experiencias intensas o incómodas que están haciendo que no lleve la vida que *yo* quiero?

## **2. ¿Este tratamiento es el adecuado para mis síntomas?**

Puede que te hayas fijado que en cada caso las personas notan síntomas ligeramente diferentes. Sara nota ansiedad al hablar en público y en situaciones sociales, lo cual se interpone en su objetivo de ascender en el trabajo y mejorar su vida social. Laura, por su parte, se siente abrumada por las preocupaciones y problemas sobre algo malo que le pudiera pasar a ella o a su familia, y a menudo se siente decaída e inútil. Esto está impidiendo que busque trabajo y que haga las cosas que le gustan. Pablo, por su parte, está teniendo ataques de ansiedad «que aparecen de la nada» y tiene una constante preocupación sobre volver a tener más ataques, lo que hace que evite coger la autopista y pasar bastante más tiempo en la carretera en sus trayectos de ida y vuelta al trabajo. Diego está tan preocupado por los gérmenes y por caer enfermo que pasa casi dos horas diarias duchándose y lavándose las manos. A pesar de que cada experiencia es distinta, todos tienen una cosa en común: tienen emociones fuertes, intensas, que no quieren tener y que están interfiriendo en el tipo de vida que quieren llevar.

Para ayudarte a dilucidar si tus síntomas están relacionados con los ejemplos aquí descritos, hazte las siguientes preguntas y anota tus respuestas en los espacios que te proporcionamos:

- ¿Con qué síntomas creo que necesito ayuda?

---

---

---

- ¿Qué emociones creo que son las que acompañan a estos síntomas? ¿Miedo? ¿Ansiedad? ¿Depresión?

---

- 
- 
- ¿Cómo están interfiriendo estas experiencias en mi vida?
- 
- 
- 

### **3. ¿Para qué tipo de trastornos está indicado este programa de tratamiento?**

El programa de tratamiento que se describe en este manual está diseñado para ayudar a personas como Sara, Laura, Pablo, Diego y personas como tú, al margen del problema emocional concreto que puedas tener. Cada una de las experiencias vividas por las personas descritas con anterioridad cumplirían los criterios para un trastorno de ansiedad o del estado del ánimo concreto, pero todos tienen como base intensas experiencias emocionales que están empezando a tomar las riendas de sus vidas. Hemos diseñado este programa para abordar estas experiencias comunes y ayudar a personas que presentan un amplio rango de trastornos como el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, depresión y cualquier otro trastorno en el que las experiencias emocionales intensas y fuertes sean los síntomas principales que experimenta la persona.

Para ayudarte a averiguar si este programa encaja contigo, vamos a examinar con detenimiento cada uno de los trastornos. Para diagnosticar a una persona de ansiedad, estado del ánimo o cualquier otra alteración, los profesionales de la salud mental se apoyan en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* o «DSM», publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5; APA, 2013). En este manual, algunos de los síntomas que puede experimentar una persona «se unen» para conformar un trastorno determinado. A continuación detallamos algunos ejemplos de cómo estos trastornos se podrían describir:

#### **3.1 Trastorno de pánico**

En el trastorno de pánico, la persona experimenta intensos ataques de ansiedad o una oleada de miedo que le sobrepasa y le causa sensaciones incómodas como la combinación de la siguiente sintomatología: palpitaciones o taquicardia, falta de aire o sensación de asfixia, escalofríos o sofocos, sensación de atragantamiento, sudor en las palmas de las manos, náuseas o molestias estomacales, mareos, aturdimiento, o sensación de desvanecimiento; sensaciones de irrealidad o de despersonalización, miedo a morir, miedo a volverse loco o a perder el control. Estos ataques de ansiedad parecen

venir de la nada y en su punto más álgido duran como mucho unos diez minutos. Las personas que tienen ataques de ansiedad describen la sensación como «estar atrapados» y «necesitar escapar» aunque no estén en ningún peligro real o puedan saber exactamente por qué. Cuando una persona empieza a tener ataques de ansiedad comienza a preocuparse por el siguiente y entonces cambia su estilo de vida y empieza a evitar situaciones.

### **3.2 Trastorno obsesivo-compulsivo**

Las personas con trastorno obsesivo-compulsivo experimentan pensamientos, imágenes o impulsos frecuentes, recurrentes, irracionales y no deseados que no tienen sentido para ellos. Por ejemplo, uno puede encontrarse con imágenes horribles o agresivas que le vienen a la mente y que encuentran muy perturbadoras. O puede que alguien se sienta abrumado por la duda de si ha apagado algo, o ha cumplimentado una solicitud de cualquier cosa correctamente a pesar de haberlo comprobado varias veces. Estos pensamientos intrusivos causan malestar a la persona e intenta suprimirlos o neutralizarlos de algún modo para librarse de ellos. La persona puede sentir el impulso de repetir ciertas conductas, frases o alguna palabra concreta una y otra vez para sentirse menos incómodo. Por ejemplo, una persona con pensamientos intrusivos sobre gérmenes y contaminarse puede sentir el impulso de lavarse las manos una y otra vez. O alguien que tiene pensamientos no deseados blasfemos y sin sentido puede encontrarse a sí mismo rezando una oración una y otra vez en su cabeza. O alguien que tiene una intensa ansiedad cuando las cosas están fuera de su lugar, puede sentir la imperiosa necesidad de volver a colocarlas en su sitio.

Muchas personas tienen pensamientos fugaces sin sentido y que aparecen sin saber por qué, como de la nada, o pueden tener conductas peculiares, hábitos, como tener las cosas de una determinada manera o hacer las cosas de un modo concreto. Sin embargo, para alguien con diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo, estas preocupaciones le llevan una gran parte del día, pasándose una hora al día o más con estos pensamientos, los cuales pueden ser muy molestos e interferir en gran medida en la vida de la persona.

### **3.3 Trastorno de ansiedad generalizada**

Las personas con ansiedad generalizada experimentan preocupaciones excesivas sobre diferentes áreas de su vida. Se pueden preocupar por cosas sin importancia, como hacer recados o llegar a tiempo a los sitios; temas relacionados con los estudios o con el trabajo, como terminar un proyecto o alcanzar unos objetivos; la salud de la familia o el bienestar de las amistades; su propia salud y bienestar; su situación económica; cómo se relaciona con los demás o incluso por asuntos comunitarios o globales. Una persona con trastorno de ansiedad generalizada no se preocupa solo por una de estas cosas, sino por

varios de estos temas. Y lo que es más importante, encuentran serias dificultades para dejar de preocuparse por ello, incluso cuando están intentando hacer otra serie de cosas. Estas preocupaciones vienen acompañadas de sensaciones físicas. Se pueden sentir inquietos, nerviosos, irritables o distraídos. Pueden experimentar tensión muscular y problemas para dormir. Como decíamos también en el caso de los trastornos obsesivo-compulsivos, no es extraño preocuparse por las cosas del día a día, y de hecho, muchas veces, preocuparse por las cosas puede ser un motivador muy potente para hacer algo concreto, haciendo que la preocupación en sí sea de gran utilidad. No obstante, para que alguien sea diagnosticado de trastorno de ansiedad generalizada, la persona ha de estar preocupada por diferentes cosas la mayoría de los días, al menos durante 6 meses, encontrando difícil controlar estas preocupaciones y experimentar al menos tres síntomas que las acompañen (p. ej., fatiga, tensión muscular, problemas para dormir). Además, estas preocupaciones deben interferir en la vida de las personas o provocar mucho malestar.

### **3.4 Trastorno de ansiedad social**

Las personas con ansiedad social o fobia social experimentan un miedo intenso acerca de su actuación en situaciones sociales cuando están con personas que no les son familiares, cuando son evaluadas o es posible que las juzguen, o tengan que someterse al escrutinio de otras personas, o cuando es posible que hagan algo que ellas consideran que puede acabar en ridículo o en una humillación, como ir a una fiesta o hacer una exposición en el trabajo. Cuando se encuentran en alguna de estas situaciones experimentan una intensa ansiedad que les resulta abrumadora y puede que, incluso, puedan llegar a tener alguna crisis de ansiedad. La persona sabe que su miedo es excesivo o irracional, pero no lo puede controlar. Como resultado, la persona puede empezar a evitar situaciones sociales o situaciones en las que tiene que someterse a la evaluación de otras personas o, aunque no las evite, las soporta con mucho malestar. Por otra parte, no es raro ponerse nervioso o ansioso cuando conocemos gente nueva o cuando tenemos que hablar en público, no obstante, el diagnóstico de trastorno de ansiedad social o fobia social solo se da cuando el miedo es tan intenso y la evitación se da en tal medida que interfiere en la vida social de la persona, en su trabajo o en su capacidad para realizar las actividades diarias.

### **3.5 Trastorno de depresión mayor**

Las personas con trastorno de depresión mayor, más comúnmente llamada depresión, se encuentran muy a menudo decaídas, tristes o deprimidas. Sienten que ya no tienen interés por las cosas que antes les gustaban, como hacer deporte, leer o salir de cena con amigos. Pierden el apetito o, por el contrario, comen en exceso. Pueden tener alteraciones del sueño, que les cueste dormir, o que no puedan levantarse de la cama.

Pueden sentirse cansadas todo el tiempo, sin ganas de hacer nada, sin motivaciones. Pueden presentar dificultades para concentrarse o, de repente, quedarse en blanco. Pueden sentirse inquietas, agitadas o también pueden sentirse flojas y enlentecidas, como «a cámara lenta». Pueden tener sentimientos de inutilidad, o de culpa, y pueden tener pensamientos incluso de hacerse daño a sí mismas o cometer suicidio. Como en todos los trastornos que hemos comentado, no es raro que las personas tengamos días en los que nos sentimos decaídos o sin ganas de hacer nada, o incluso inquietos o agitados, pero para tener un trastorno de depresión mayor, la persona tiene que haberse sentido así la mayoría de los días durante al menos dos semanas. Además de sentirse triste, decaído o deprimido y sentir que se ha perdido el interés por las cosas, la persona también ha de presentar al menos tres o cuatro de los siguientes síntomas:

- Pérdida de apetito o comer en exceso.
- Dormir muy poco o demasiado.
- Sentimientos de no tener ganas de hacer nada o sentirse cansado todo el tiempo.
- Sentirse inquieto y/o agitado, o flojos y enlentecidos.
- Dificultades para concentrarse.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa.
- Pensamientos de hacerse daño o de suicidio.

#### **Nota importante**

Si te sientes tan decaído que tienes pensamientos de hacerte daño a ti mismo o pensamientos de suicidio, te rogamos que acudas al centro de salud más cercano inmediatamente o que llames a una línea de prevención del suicidio. Allí encontrarás a alguien que te ayudará a pasar estos duros momentos, antes de que hagas algo de lo que te puedas arrepentir y que ya no pueda cambiarse.

Estos son algunos de los diagnósticos más comunes que las personas pueden recibir por medio de la evaluación de un profesional de la salud con el DSM y, a pesar que se han descrito de forma separada, es común encontrar a personas en nuestro centro que reciben dos, tres o hasta cuatro diagnósticos al mismo tiempo. Por el contrario, también es posible tener síntomas que no describen exactamente ninguno de los trastornos mencionados. Esta es una de las razones por las que hemos desarrollado este programa de tratamiento: queremos ayudarte a abordar todos los síntomas que estás experimentando sin importar el trastorno, en vez de tratarlos uno a uno.

## **4. ¿Cómo se pueden tratar varios trastornos al mismo tiempo?**

Este tratamiento fue desarrollado a partir de las investigaciones realizadas durante varias décadas sobre cómo surgen la ansiedad y los trastornos emocionales, qué hace que alguien experimente síntomas de ansiedad y problemas emocionales y cuáles son los

factores que hacen que los síntomas se mantengan o empeoren. Nuestras investigaciones se apoyan en la psicopatología, la investigación básica sobre las emociones, la neurociencia y la ciencia de la conducta humana. A través de estas investigaciones hemos aprendido que los trastornos que acabamos de describir tienen mucho más en común que lo que puedan indicar sus etiquetas diagnósticas por separado. En la base de todos ellos, existe una tendencia a experimentar emociones con más frecuencia, con más intensidad y percibir las como más estresantes que otras personas que no tienen estos trastornos. Por este motivo, las personas tienden a hacer cosas y comportarse de cierto modo para intentar manejar o controlar esas experiencias emocionales, pero esas estrategias suelen ser contraproducentes. Por tanto, este programa de tratamiento se centra en hacer que comprendas mejor tus experiencias emocionales, identificar qué puede estar haciendo que tus síntomas empeoren y qué puedes hacer para sentirte mejor y vivir la vida que quieres.

## 5. Resumen

Este tratamiento está diseñado para ayudar a las personas que presentan trastornos depresivos o trastornos de ansiedad, es decir, *trastornos emocionales*. Este tipo de trastornos está caracterizado por una tendencia a experimentar emociones fuertes, intensas y/o incómodas, que parecen tomar las riendas de la vida de la persona. Estas experiencias aversivas pueden hacer que las personas cambien su conducta o que eviten situaciones de forma que empiecen a interferir en sus vidas. En este capítulo hemos presentado cuatro casos a modo de ejemplo para demostrar cómo las emociones pueden interferir en la vida de las personas. También hemos hecho una revisión de los síntomas y los criterios que se han de cumplir para presentar un diagnóstico de un determinado número de diagnósticos, incluyendo el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social o fobia social y depresión. La literatura científica ha demostrado que las personas con estos problemas tienden a experimentar emociones con más frecuencia, más intensas y suelen percibir las como más estresantes que las personas que no los presentan. Además, a pesar de que los diagnósticos individuales existen, lo más frecuente es encontrar a personas que comparten varios diagnósticos al mismo tiempo. Por tanto, este programa de tratamiento está diseñado para abordar directamente las experiencias emocionales aversivas que están en la base de todos estos problemas.

En el siguiente capítulo, ofrecemos una visión general del tratamiento, aportando una idea de lo que implica este programa de tratamiento, dándote la oportunidad de decidir si es el adecuado para ti.



# Capítulo 2.

## ¿Este tratamiento es el adecuado para mí?

### OBJETIVOS

- Comprender cómo funcionan este programa y qué implica.
- Comprender la importancia de realizar los ejercicios prácticos.
- Comprender cómo funciona este programa en combinación con otros tratamientos psicoterapéuticos o farmacológicos.
- Determinar si este programa es el adecuado para ti.

Ahora que ya has comenzado a conocer el tipo de problemas para los que se ha diseñado este programa y has pensado cómo pueden estar interfiriendo en tu vida tus experiencias emocionales, vamos a analizar si este programa es el adecuado para ti.

### 1. Esquema general del programa

En cada capítulo, comenzaremos explicando los conceptos y estrategias que te ayudarán a aprender las habilidades para manejar tus experiencias emocionales y tus síntomas de ansiedad, estado de ánimo y otros problemas emocionales. Este manual está diseñado de forma que cada capítulo se construye a partir del anterior. De este modo te permite practicar cada nueva habilidad mientras te explican la siguiente. Comenzaremos ofreciéndote un conocimiento más profundo de por qué tenemos emociones, por qué son adaptativas y cómo se convierten en desadaptativas. Aprenderás estrategias para ser más consciente de tus emociones y cómo tus pensamientos, emociones y conductas contribuyen a tus experiencias. Aprenderás estrategias específicas que, una vez puestas en práctica, te ayudarán a cambiar formas menos útiles que tenías de afrontar tus experiencias emocionales, por otras más eficaces.

El programa de tratamiento está diseñado para que vayas avanzando a tu propio ritmo, pero recomendamos emplear el suficiente tiempo en cada capítulo con el fin de comprender y practicar las habilidades aprendidas. Cada capítulo contiene ejercicios para poner en práctica los conceptos aprendidos y termina con una pequeña autoevaluación que te permite conocer en qué medida has comprendido las estrategias y conceptos clave introducidos. Si te cuesta contestar a las preguntas, vuelve a leer el capítulo para comprenderlo mejor.

Hacer los ejercicios de cada capítulo es de suma importancia. Este no es un tratamiento en el que te puedas sentar a leer y esperar resultados. El éxito del programa se basa, en su mayor parte, en el esfuerzo que hagas y el mejor modo de comprender los conceptos que se van introduciendo es llevarlos a la práctica. Cuanto más practiques las habilidades que vayas aprendiendo, más automáticas y naturales se irán volviendo. Piensa que es como si quisieras participar en una maratón. No puedes, simplemente, decidir participar y esperar poder correr los 42 km con facilidad. Tendrás que empezar varios meses antes, entrenar un poco más cada día hasta que tus músculos ya estén preparados y resistan toda la carrera. En el capítulo 4 hablaremos sobre tu motivación para ponerte en marcha y esforzarte para conseguir que el tratamiento sea un éxito. Pero por ahora tan solo queremos que te fijes en que la mejor manera de realizar este programa no es leyendo, sino haciendo los ejercicios para poner en práctica las habilidades que se van introduciendo. Recuerda: ¡el aprendizaje se interioriza con la práctica!

Aquí te presentamos un esquema del programa de tratamiento y de los capítulos restantes del manual:

Capítulo 3. Aprender a registrar tus experiencias

Capítulo 4. Motivación para el cambio y establecimiento de objetivos

Capítulo 5. Entender tus emociones

Capítulo 6. Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales

Capítulo 7. Aprender a observar tus emociones y las reacciones a tus emociones

Capítulo 8. Entender los pensamientos: pensar en lo peor y sobrestimar el riesgo

Capítulo 9. Entender las conductas 1: evitar tus emociones

Capítulo 10. Entender las conductas 2: conductas impulsadas por las emociones

Capítulo 11. Entender y afrontar las sensaciones físicas

Capítulo 12. Ponerlo en práctica: afronta tus emociones en las situaciones en que ocurren

Capítulo 13. Tratamiento farmacológico para ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales

Capítulo 14. Pasos a seguir a partir de ahora: reconocer tus logros y mirar hacia el futuro

## **2. ¿Puedo llevar a cabo este programa al mismo tiempo que otros tratamientos?**

Si estás realizando otro tratamiento psicoterapéutico que se centra específicamente en la ansiedad o en sintomatología típica de los trastornos emocionales, será recomendable esperar a que lo termines antes de comenzar con este. En ocasiones, los programas de tratamiento ofrecen estrategias algo diferentes para afrontar las experiencias emocionales

y, a veces, incluso entran en conflicto entre sí. Esto puede llevar a mensajes confusos sobre lo que habría que hacer para controlar la sintomatología. Si has empezado un tratamiento y no ves resultados y estás consultando este manual para acelerar el proceso, sería conveniente que finalizaras tu tratamiento tal y como te lo indican con el fin de ver si obtienes resultados. Si después todavía estás con síntomas severos de ansiedad o depresión, siempre puedes probar este programa. Por otro lado, si estás acudiendo a un profesional de la salud mental por motivos que no se centran en sintomatología ansioso-depresiva, como puede ser terapia de pareja, no hay razón por la que no puedas llevar a cabo ambos tratamientos al mismo tiempo.

Si estás en tratamiento farmacológico en la actualidad, puedes continuarlo mientras realizas este programa. No obstante, ten en mente que ansiolíticos como Xanax<sup>®</sup> o Klonopina<sup>®</sup>, tomados regularmente (a diario) pueden reducir la intensidad de las emociones, dificultando alcanzar los beneficios completos del tratamiento. Por otro lado, lo adecuado es que realices este programa con la ayuda de tu especialista o profesional de la salud mental, pero, no obstante, también puedes llevarlo a cabo tú solo.

### **3. ¿Cuáles son los beneficios de este programa?**

Este programa de tratamiento fue diseñado en el Center for Anxiety and Related Disorders (CARD) [Centro de Ansiedad y Trastornos Relacionados] de Boston, Massachusetts, donde también se han desarrollado con éxito otros programas de tratamiento para el trastorno de pánico, fobias específicas, ansiedad generalizada (también disponibles «Mastery of Your Anxiety and Panic» [«Dominar tu Ansiedad y Pánico»], «Mastery of Your Specific Phobia» [«Dominar tu Fobia Específica»] y «Mastery of Your Anxiety and Worry» [«Dominar tu Ansiedad y tus Preocupaciones»] en la colección *Treatments That Work*<sup>®</sup>). El objetivo de la investigación realizada en nuestro centro es conocer cómo surgen los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, cómo se mantienen y el mejor modo de tratarlos. El centro ha recibido de forma prolongada financiación de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos y es una de las clínicas más grandes del mundo en esta área. Ya hemos utilizado este programa para tratar a cientos de pacientes, los cuales han experimentado mejoras significativas en su sintomatología, volviendo a una vida más funcional. Como es obvio, no podemos prometer que estas técnicas le van a servir a todo el mundo. Como en otros de nuestros programas, uno de los mejores predictores del éxito del tratamiento es la práctica que realiza el paciente. Este programa es esencialmente un programa de aprendizaje y requiere trabajo y dedicación. Y una vez que aprendes algo, se convierte en una parte natural de tu día a día y lo llevas contigo para el resto de tu vida.

El beneficio que proporciona este tratamiento es la oportunidad de ganar una parte de tu vida que habías perdido por tus síntomas. Cada uno tiene sus propios objetivos de

tratamiento, los cuales exploraremos con mayor detalle en el capítulo 4. La cuestión es que si pruebas este tratamiento estarás acercándote a vivir la vida que quieres llevar.

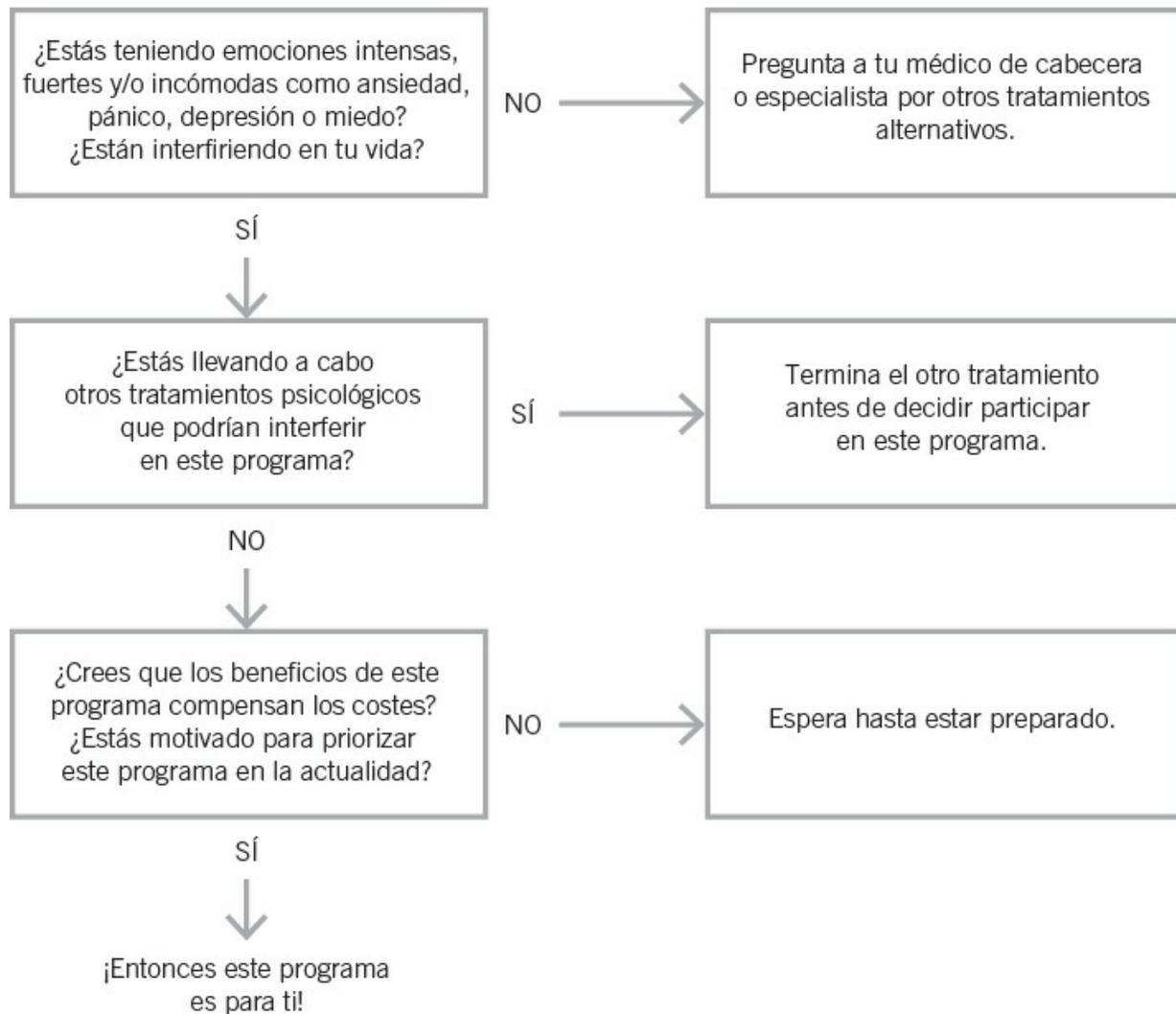
#### **4. ¿Cuáles son los costes de este programa?**

Como cualquier cosa que se pretenda conseguir en la vida, este programa conlleva trabajo. Quizá el mayor coste de comprometerse a realizar este programa es el tiempo y el esfuerzo que supone. Como ya hemos comentado, el éxito dependerá del esfuerzo que pongas en él. Deberás estar preparado para dedicar las próximas 9-18 semanas a este programa, intentando ser constante y avanzar en los conceptos y ejercicios propuestos, sin largas interrupciones. Es como si te matricularas de una asignatura semestral o un curso que durara unas 15 semanas (aunque algunos cursos son más intensos y están más condensados). Durante esas 15 semanas, aprenderás nuevos conceptos, tendrás deberes para casa y otros ejercicios para practicar lo aprendido para que, al final de curso, te lleves contigo los conceptos y estrategias aprendidas. Aquí se puede aplicar lo mismo: debes querer dedicarte un «semestre» a ti mismo, permitiéndote el tiempo para aprender y practicar las habilidades que vayas aprendiendo. Si no puedes comprometerte, puede que no sea el momento más adecuado para comenzar este programa. Si quieres probar si este tratamiento funciona, tienes que desear llevarlo a cabo de principio a fin. Solo entonces verás el potencial real para un cambio duradero. Como resumen de lo abordado en este capítulo, haz el ejercicio del árbol de decisiones (figura 2.1) que se muestra a continuación para determinar si este tratamiento es el adecuado para ti en estos momentos.

El capítulo 4 te ayudará a explorar con mayor detalle los beneficios y costes de llevar a cabo el programa, evaluando tu compromiso, motivación y deseo de cambiar.

#### **Figura 2.1 Ejercicio «árbol de decisiones»**

## Árbol de decisiones



# Capítulo 3.

## Aprender a registrar tus experiencias

### OBJETIVOS

- Comprender la importancia de hacer registros.
- Presentación del Overall Anxiety Severity and Interference Scale (OASIS) [Escala Global de Gravedad e Interferencia de la Ansiedad] y el Overall Depression Severity and Interference Scale (ODSIS) [Escala Global e Interferencia de la Depresión] y el Registro de progreso.
- Aprender a registrar tus experiencias semanales.
- Completar la autoevaluación.

### 1. Conceptos clave

En este capítulo, te ayudaremos a comprender la importancia de analizar y registrar tus experiencias. Para el resto del programa, te pediremos que continúes haciendo registros de tus experiencias emocionales y tu progreso semana a semana. Realizar los registros de tus experiencias emocionales es una parte crucial del éxito del programa.

### 2. ¿Por qué tomarse un tiempo para hacer los registros?

Hay muchas razones por las que es importante registrar tus experiencias de manera regular. En primer lugar, la ansiedad intensa y crónica, las dificultades emocionales u otras experiencias emocionales incómodas suelen salirse de control, como si tuvieran vida propia. Seguramente a veces te sientes víctima de tus propias emociones. Aprender a ser un observador, en vez de víctima, de tus propias experiencias emocionales es un primer paso para obtener el control. En el capítulo 7 aprenderás habilidades específicas que te ayudarán a observar tus experiencias emocionales, pero solo con registrarlas ya empezarás a comprenderlas mejor. Mediante el registro, aprenderás a observar dónde y bajo qué circunstancias suceden y como resultado, comprenderás los factores que causan la ansiedad y las dificultades emocionales. También comprenderás cómo incrementan y se mantienen, lo cual te ayudará a sentir que tienes más control sobre tus experiencias y te verás menos como una víctima.

En segundo lugar, aprenderás a reconocer cómo lo que piensas, sientes y haces puede

contribuir a tener experiencias emocionales incómodas como la ansiedad o la depresión. Esto es muy importante porque este programa está diseñado específicamente para identificar qué pensamientos, conductas y emociones están contribuyendo a tu malestar y enseñarte nuevos modos más útiles de afrontar tus experiencias. Esto, por supuesto, es muy difícil de hacer si, en primer lugar, no sabes lo que piensas, lo que haces y lo que sientes. Registrar tus experiencias de forma continuada te ayudará a reconocer e identificar estas partes de tu experiencia.

Otra importante razón para registrar de manera regular es que te aportará mucha más información que si solo te preguntaras «¿cómo me he sentido últimamente?». Si te pidieran que describieras cómo ha sido tu última semana, casi con seguridad la describirías como «muy mala», cuando de hecho es posible, que te hayas sentido bastante bien en diversas ocasiones. Cuando nos centramos mucho en los momentos en los que notamos ansiedad, depresión o malestar en general, es fácil olvidar las veces que nos hemos sentido bien. No solo eso, sino que además, cuando juzgamos la semana previa como muy mala, ignorando los momentos en los que nos hemos sentido bien, hace que nos sintamos peor. De hecho, esos juicios negativos sobre cómo te has sentido en general contribuyen a que continúes sintiendo ansiedad, depresión, etc. Hacer registros continuados sobre tus experiencias emocionales te obligará a reconocer que tu estado de ánimo fluctúa y que hay veces que nos sentimos mejor y otras peor. Aprenderás a ser más realista sobre lo que te sucede, lo cual, a su vez, te hará sentir que tienes más control y menos malestar.

A veces, hay personas que creen que registrar de manera continuada su nivel de ansiedad, depresión o malestar les hará sentir incluso peor. Puede que te preocupe esto si «sientes malestar por sentir malestar» o si sientes que tu malestar está fuera de control. Es importante darse cuenta de que hay más de un modo de observar y registrar tus experiencias: *objetiva* o *subjetivamente*.

- Analizarlas *subjetivamente* significa registrar «lo mal que se siente», cuál es la gravedad de la ansiedad, cuánto está interfiriendo en tu vida o cuán impotente te sientes para controlarla. Es como estar dentro de un bol de gelatina del que no hay salida. Seguro que ya haces análisis subjetivos de tus experiencias emocionales, pensando lo mal e impotente que te sientes para reducirlas o hacer que desaparezcan. O simplemente, puede que intentes evitar analizarlas porque cuando lo haces te sientes peor.
- Analizarlas *objetivamente*, en cambio, es distinto; significa registrar las características de tu malestar de un modo más «científico» y es lo que te pedimos que hagas en este programa. Es como estar fuera del bol de gelatina y registrar de qué color es y cuántas veces se mueve. Con este programa aprenderás a registrar cosas como la frecuencia con la que te has sentido de un determinado modo a lo largo de la semana, qué estaba pasando justo antes de que sintieras malestar y

cómo respondiste ante la situación (qué pensaste, qué sentiste y qué hiciste). En otras palabras, estarás registrando solo los hechos, las evidencias y no los juicios o evaluaciones acerca de si te sentiste bien o mal con esa experiencia.

Al principio puede ser un poco difícil pasar del modo subjetivo al objetivo y cuando comiences a utilizar registros puede que notes un incremento del malestar porque puede que todavía te centres en tu malestar de un modo subjetivo. No obstante, con la práctica, verás que registrar de un modo objetivo resulta cada vez más fácil. Para ayudarte a conseguirlo hemos incluido registros que recogen información objetiva muy concreta.

Vamos a hacer un repaso de los beneficios de registrar de forma regular las experiencias emocionales y por qué es algo crucial para el éxito del tratamiento:

- Identificar desencadenantes específicos de los episodios de ansiedad, depresión u otras experiencias emocionales que te causen malestar. De este modo, disminuirá la sensación de que tus emociones están fuera de control. En ocasiones resulta difícil identificarlos porque pueden ser muy sutiles y puede que estés respondiendo sin ni siquiera ser consciente de a qué estás respondiendo. Los registros te ayudarán a identificar los desencadenantes de tu ansiedad.
- Identificar cómo son tus episodios de ansiedad y analizarlos *objetivamente*, incluyendo pensamientos, sensaciones físicas y conductas.
- Evaluar el éxito de tus intentos de cambio. Recuerda, cuando te sientes ansioso, depresivo o con malestar, es fácil no fijarse en los logros y sí en lo mal que te sientes. Los registros objetivos te ayudarán a apreciarlos y así, cuando sientas que has dado un paso atrás, los registros te ayudarán a ver los cambios que ya has conseguido con el fin de que una simple situación no te haga sentir como si no hubieras conseguido nada. Por tanto, es buena idea guardar todos los registros juntos en una carpeta para poder revisarlos en el futuro para tenerlos siempre a mano.
- Convertirte en un observador objetivo y permanecer fuera del «bol de gelatina». Ese es un paso muy importante en tu progreso.

### **3. ¿Qué debo registrar?**

A medida que vaya avanzando el tratamiento, iremos introduciendo registros específicos para que aprendas y practiques cada nueva habilidad. No obstante, hay dos cuestionarios que vas a tener que cumplimentar cada semana a lo largo de todo el programa. Estos cuestionarios te permitirán saber de forma objetiva con qué frecuencia has sentido ansiedad y un estado de ánimo decaído durante la última semana, con cuánta intensidad y cuánto han interferido en tu día a día. Además, estos cuestionarios también te permitirán ir viendo el progreso a medida que avanzas en el tratamiento y el impacto

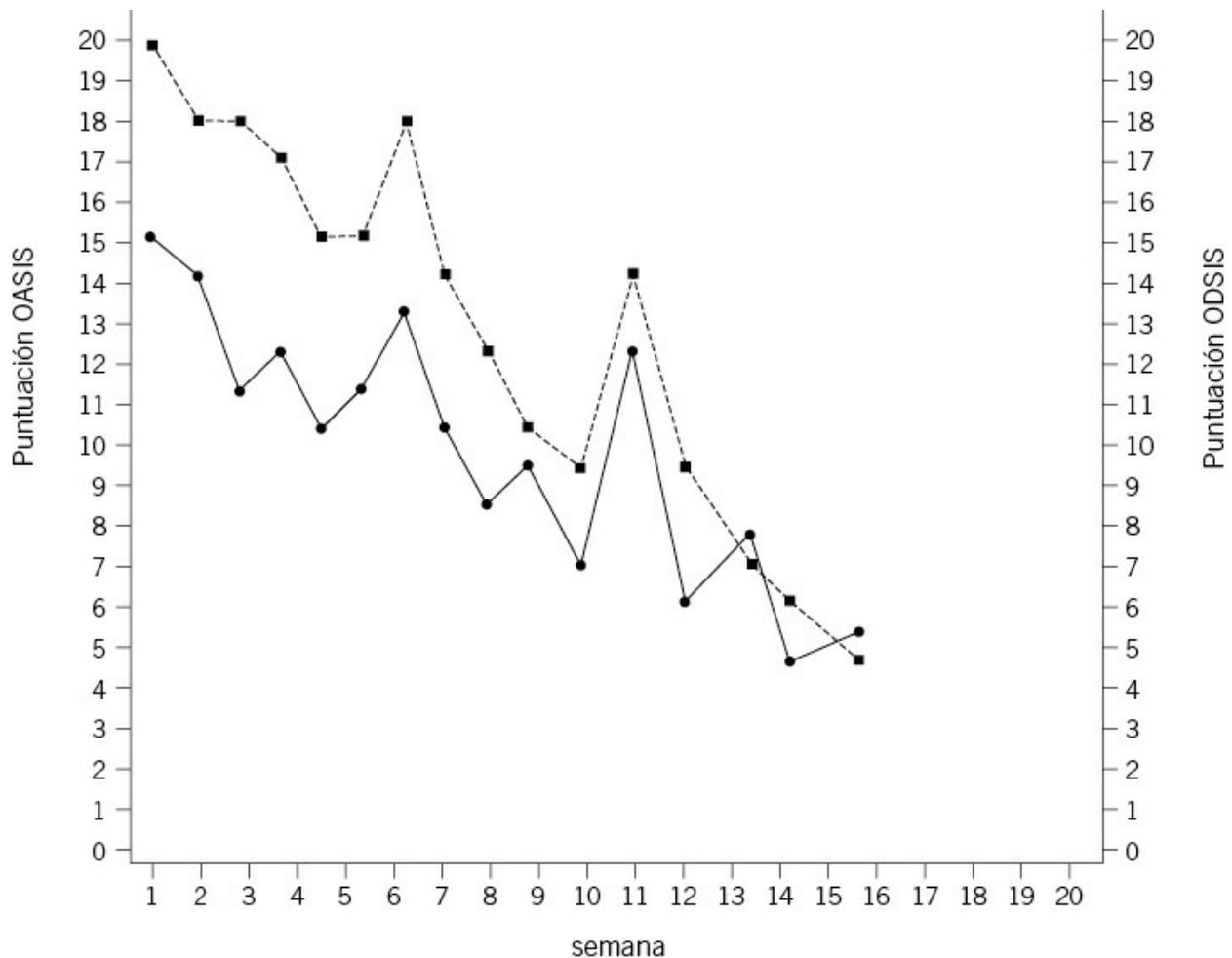
general de los cambios que vas haciendo.

El primero de los cuestionarios es el Overall Anxiety Severity and Interference Scale (OASIS)<sup>1</sup>. Este cuestionario consta de cinco ítems sobre ansiedad y miedo. El segundo es el Overall Depression Severity and Interference Scale (ODSIS). Este cuestionario es casi idéntico al OASIS, pero pregunta por síntomas de depresión. En ambas escalas se pide que rodees con un círculo la respuesta que mejor describe tus experiencias emocionales durante la semana anterior. Al final del cuestionario, puedes anotar la suma total de tus respuestas de esa semana, la cual será la que utilices para ir registrando tu progreso general y que ahora explicaremos. Al final del capítulo encontrarás ambos cuestionarios. Llevar el registro de tu mejoría es importante para hacer que sigas avanzando, sobre todo en los momentos en los que te sientas frustrado o desanimado. Utiliza la información del OASIS y del ODSIS para anotar tu progreso en el Registro de progreso, el cual está diseñado para resumir tus avances y ver fácilmente los cambios que vas haciendo a lo largo del programa. Encontrarás el Registro de progreso al final del capítulo (fig. 3.2) para que puedas utilizarlo. En la parte de abajo del registro está el número de las semanas que dura el programa. Usa la parte izquierda del Registro para anotar los datos semanales del OASIS y los de la derecha para el ODSIS. Si quieres, puedes utilizar dos colores diferentes para cada cuestionario con el fin de diferenciar fácilmente los resultados de cada escala.

En la figura 3.1 puedes ver un ejemplo de cómo sería un Registro de progreso. Fíjate en que el progreso no es lineal, sino que hay fluctuaciones. Esto es lo más común y seguramente obtendrás un patrón similar en tu progreso. Si notas que una semana es peor que la anterior, sigue adelante, ya que a menudo una semana dura viene seguida de una mucho mejor.

Este registro te ayudará a ver las cosas con perspectiva. Es conveniente que lo pongas en un lugar visible como la puerta de la nevera, en el espejo del cuarto de baño o en otro sitio que no puedan ver los demás, pero que sí sea visible para ti, de este modo podrás seguir los progresos que vas haciendo.

### **Figura 3.1 Ejemplo de Registro de progreso**



## 4. Resumen

Registrar es de suma importancia y ha de hacerse a diario para conseguir los máximos beneficios del programa. Recuerda, no es lo mismo registrar de forma *subjetiva*, centrándote en lo mal que te sientes o lo intensa que es tu ansiedad, que registrar *objetivamente*, centrándote en las características de tu experiencia de un modo más «científico». Cumplimentar el OASIS y el ODSIS y el Registro de progreso semanalmente te ayudará a hacer el seguimiento de tu progreso y ponerlo en perspectiva. Al principio tendrás que esforzarte para hacer los registros y los cuestionarios, pero cada vez te resultará más fácil hacerlos (e incluso reforzante) a medida que vayas avanzando. Además, te darán información no solo a ti, sino también al profesional que está llevando tu caso.

En el siguiente capítulo, introduciremos dos nuevos conceptos clave que te ayudarán a prepararte para el tratamiento: mantener tu motivación y compromiso con el programa y establecer tus objetivos de tratamiento.

## 5. Tareas para casa

- Empieza a cumplimentar el OASIS y el ODSIS. Utilízalos para habituarte a registrar objetivamente con qué frecuencia has sentido ansiedad o depresión durante la semana anterior, con cuánta intensidad y cuánto ha interferido en tu día a día.
- Utiliza el Registro de progreso para anotar en la primera semana la puntuación total del OASIS y del ODSIS.

## 6. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. Realizar los registros te ayuda a aprender a observar cuándo, dónde y en qué circunstancias tienen lugar las experiencias emocionales incómodas. V F
2. Registrar de forma objetiva significa centrarse en lo mal que te sientes. V F
3. Deberías ser capaz de cambiar fácilmente del modo de registrar subjetivo al objetivo sin practicar y, si no puedes, es que estás haciendo algo mal. V F
4. El registro objetivo te ayuda a obtener información más precisa de tus experiencias; por ejemplo, te permite ver que en realidad has pasado buenos momentos en una semana que, en general, habías juzgado como «mala». V F

### OVERALL ANXIETY SEVERITY AND IMPAIRMENT SCALE (OASIS)

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad y miedo. Para cada ítem, seleccione el número que mejor describe su experiencia durante la última semana.

#### 1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido ansioso?

- 0 = No me sentí ansioso durante la última semana.
- 1 = Ansiedad infrecuente. Me sentí ansioso en algunos momentos.
- 2 = Ansiedad ocasional. La mitad del tiempo me sentí ansioso y la otra mitad no. Me costó relajarme.
- 3 = Ansiedad frecuente. Me sentí ansioso la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme.
- 4 = Ansiedad constante. Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme.

#### 2 Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿en qué medida tu ansiedad fue intensa o grave?

- 0 = Poco o nada. La ansiedad estuvo ausente o casi no la noté.
- 1 = Leve. La ansiedad fue de baja intensidad. Pude relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron solo un poco molestos.
- 2 = Moderada. La ansiedad me generó malestar en algunos momentos. Me resultó difícil relajarme o concentrarme, pero pude hacerlo cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron molestos.
- 3 = Grave. La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme o concentrarme en cualquier otra cosa. Los síntomas físicos fueron muy molestos.

4 = Extrema. La ansiedad me sobrepasó. Me fue imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables.

**3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?**

0 = Ninguna. No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por miedo.

1 = Infrecuente. Evité algunas cosas de vez en cuando, pero por lo general me enfrenté a las situaciones u objetos. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2 = Ocasional. Tuve algo de miedo a ciertas situaciones, lugares u objetos, pero todavía pudo manejarlos. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios. Siempre o casi siempre evité las cosas que me dan miedo si estaba solo, pero las pude manejar si alguien venía conmigo.

3 = Frecuente. Tuve bastante miedo y realmente intenté evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar objetos, situaciones, actividades o lugares.

4 = Todo el tiempo. Evitar objetos, situaciones, actividades o lugares ha ocupado gran parte de mi vida. Mi estilo de vida se ha visto muy afectado y ya no hago cosas con las que solía disfrutar.

**4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que tenías que hacer respecto al trabajo, el colegio o tu hogar?**

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La ansiedad me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas eran más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La ansiedad definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Grave. La ansiedad ha cambiado mi capacidad para hacer las cosas. Algunas cosas las he podido realizar, pero otras no. Mi rendimiento se ha visto muy afectado.

4 = Extrema. La ansiedad ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores, etcétera.

**5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?**

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La ansiedad apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La ansiedad interfirió algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo teniendo relaciones sociales algunas veces.

3 = Grave. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi ansiedad. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La ansiedad ha alterado por completo mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

TOTAL:

---

**OVERALL DEPRESSION SEVERITY IMPAIRMENT SCALE (ODSIS)**

Los siguientes ítems preguntan sobre depresión. Para cada ítem, selecciona el número que mejor describe tu experiencia durante la última semana.

**1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido?**

0 = No me sentí deprimido durante la última semana.

1 = Depresión infrecuente. Me sentí deprimido en algunos momentos.

2 = Depresión ocasional. La mitad del tiempo me sentí deprimido y la otra mitad no.

3 = Depresión frecuente. Me sentí deprimido la mayor parte del tiempo.

4 = Depresión constante. Me sentí deprimido todo el tiempo.

**2. Durante la última semana, cuando te sentiste deprimido, ¿en qué medida tu depresión fue intensa o severa?**

- 0 = Poco o nada. La depresión estuvo ausente o casi no la noté.
- 1 = Leve. La depresión fue de baja intensidad.
- 2 = Moderada. La depresión me generó malestar en algunos momentos.
- 3 = Grave. La depresión fue intensa la mayor parte del tiempo.
- 4 = Extrema. La depresión me sobrepasó.

**3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para realizar o interesarte en actividades que normalmente disfrutas debido a tu depresión?**

0 = Ninguna. No tuve dificultades para realizar o interesarme en actividades que de forma habitual disfruto debido a la depresión.

1 = Infrecuente. Algunas veces tuve dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2 = Ocasional. Tuve algunas dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que otras veces disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios.

3 = Frecuente. Tuve bastantes dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. He realizado cambios significativos en mi estilo de vida por no poder interesarme en actividades que solía disfrutar.

4 = Todo el tiempo. No he podido participar o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida se ha visto muy afectado y ya no hago cosas que solía disfrutar.

**4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu capacidad para hacer las cosas que tenías que hacer respecto al trabajo, el colegio o tu hogar?**

0 = Nada. La depresión no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La depresión me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas fueron más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La depresión interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Grave. La depresión verdaderamente ha interferido en mis tareas. Algunas tareas las he podido realizar, pero muchas otras no. Mi rendimiento se ha visto muy afectado.

4 = Extrema. La depresión ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de cuentas, etcétera.

**5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu vida social y en tus relaciones?**

0 = Nada. La depresión no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La depresión apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La depresión ha interferido algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo manteniendo relaciones sociales algunas veces.

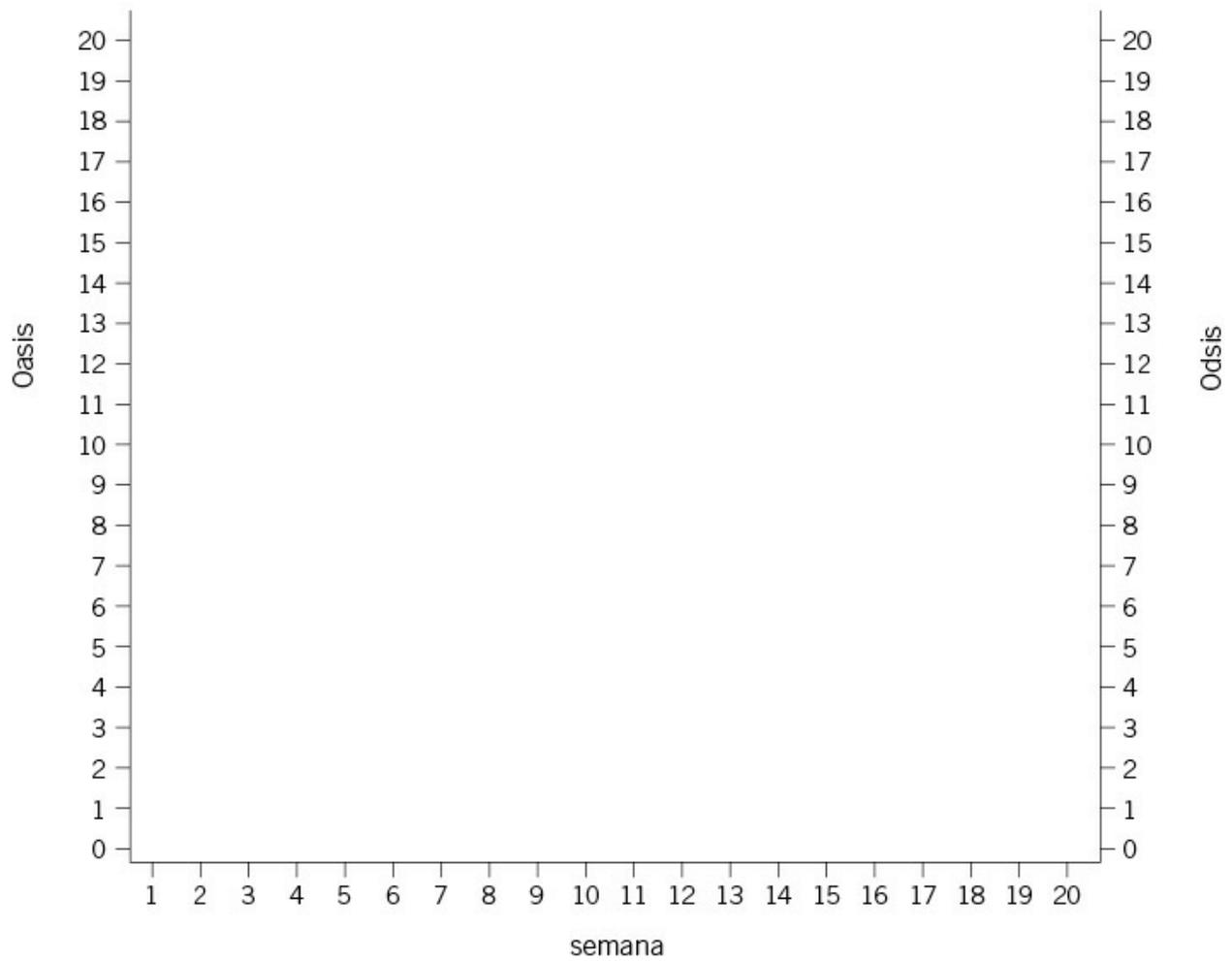
3 = Grave. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi depresión. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La depresión ha alterado por completo mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

TOTAL:

---

## Figura 3.2 Registro de progreso



---

[1](#) Norman, S. B., Cissell, S. H., Means Christensen, A. J. y Stein M. B. (2006): Development and validation of an overall severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23, pp. 245-249.

# Capítulo 4.

## Motivación para el cambio y establecimiento de objetivos

### OBJETIVOS

- Psicoeducación sobre la importancia de la motivación.
- Analizar los costes y beneficios del cambio.
- Analizar los costes y beneficios de permanecer igual.
- Especificar los objetivos que esperas conseguir durante el tratamiento.
- Establecer pasos intermedios para alcanzar los objetivos del tratamiento.

### 1. Revisión de las tareas para casa

¿Has completado los test OASIS y ODSIS durante esta primera semana? ¿Has añadido las puntuaciones al Registro de progreso? Si no los has hecho, piensa qué puede haberlo causado y piensa cómo puedes asegurarte de que lo vayas a hacer. ¿Hay algún momento del día en el que puedas dedicarle 10 minutos? ¿Puedes dejarlos en algún sitio clave que te recuerde que has de hacerlo, como en tu mesilla de noche (para acordarte de hacerlos al final del día) o al lado de la cafetera (para acordarte de hacerlo al comenzar el día)? El registro te ayuda a desarrollar un nivel de alerta sobre ti mismo/a más objetivo, y te ayudará a seguir tus progresos a lo largo de este tratamiento. Realizar registros objetivos te ayudará a sentir mayor control sobre tus experiencias desagradables. Además, registrar es básico para obtener información detallada sobre el modo en que experimentas tus emociones desagradables o incómodas —lo que sientes, lo que piensas y lo que haces—. Si no has completado los cuestionarios OASIS o el ODSIS esta última semana, te recomendamos que lo hagas antes de continuar.

Si has completado los registros ¡bien hecho! Puedes volver a ellos como punto de partida. A medida que avancemos, se irán presentando registros diferentes, por lo que es bueno comenzar ahora con el hábito.

### 2. Motivación

Motivación y compromiso son aspectos clave para el que está pensando en cambiar su conducta para mejorar su vida. La investigación muestra que hay dos factores que influyen en el éxito del tratamiento. En primer lugar, el *grado de adhesión* al tratamiento (completar los deberes para casa, realizar todos los ejercicios, repetir las exposiciones...). En segundo lugar, el *grado de motivación y compromiso* de la persona hacia el cambio. Ambos factores predicen lo bien que le irá a la persona una vez finalice el tratamiento. Cuanto más motivada y más comprometida esté, más se va a adherir al tratamiento. Sabiendo lo importante que es tu motivación y compromiso para conseguir lo máximo del tratamiento, hemos desarrollado algunas técnicas para ayudarte a maximizar y mantener tu nivel de motivación durante el mismo.

Primero, ten en cuenta que la motivación no es algo fijo. Cambia a lo largo del tiempo. Algunos días tu motivación será alta y realizarás todas las actividades del tratamiento casi sin esfuerzo. Sin embargo, otros días te resultará más difícil completar las tareas para casa. Es en esos días cuando es más importante que te esfuerces en hacerlos. Hay factores externos que pueden influir en tu motivación: el hecho de tener una semana con mayor estrés en el trabajo, sentirse particularmente cansado o enfermo, o «tener el vaso demasiado lleno», puede reducir tu motivación para seguir las indicaciones del tratamiento en un momento dado. En algunos momentos, puede que incluso sientas que no quieres cambiar o que no merezca la pena el tiempo y el esfuerzo. Esto es normal, y es una parte natural del proceso de cambio. Es importante que te permitas a ti mismo/a tener estos momentos. Reconocer que los factores externos pueden afectar a tu motivación y permitirte de manera ocasional tener esas dudas es importante. Recuerda, todo ello forma parte del proceso de cambio.

En los momentos de baja motivación puede ayudar revisar los pros y los contras de hacer el cambio, así como los pros y los contras de permanecer igual. Así que vamos a empezar con un ejercicio que te ayude a registrar todas las razones que tienes a favor y en contra de cambiar o de permanecer tal y como estás.

### **3. Ejercicio de balance decisonal**

Pensar en cambiar o empezar un tratamiento puede asustar un poco y puede hacer que la persona tenga sentimientos de ambivalencia ante el cambio. Cuando la gente piensa en el cambio, normalmente no tiene en cuenta todas las perspectivas. Sin embargo, hace lo que cree que «debe» hacer y evita hacer aquellas cosas que no le apetece hacer. Algunas personas incluso pueden sentirse confundidas o abrumadas y abandonar al pensar en todo lo que supone. Pensar en los pros y los contras de *ambas* posturas, cambiar o permanecer igual, es una manera de ayudarte a considerar un posible cambio y hacer que el proceso sea más manejable. También puede ayudarte a enfrentarte a las dificultades con las que te puedes encontrar a lo largo del proceso. Escribe todos los pros y contras

que se te ocurran en la Hoja de balance decisional de la figura 4.2. Puedes fijarte en el ejemplo cumplimentado de la figura 4.1. Tómate el tiempo que necesites y explora realmente todos los pros y contras de cambiar o de no hacerlo. A veces puede ser difícil reconocer razones para permanecer igual, y puede que no te las quieras admitir ni a ti mismo. Sin embargo, es importante ser honesto contigo mismo y reconocer todas las razones para ambas opciones.

**Figura 4.1 Ejemplo de Hoja de balance decisional de Sara**

	Pros/beneficios	Contras/costes
Cambio	<p><i>No tendré que sufrir más.</i></p> <p><i>Podré vivir una vida plena de nuevo.</i></p> <p><i>Podré conocer gente nueva y espero hacer nuevos amigos.</i></p> <p><i>Podré volver a salir con gente.</i></p>	<p><i>Cambiar es difícil y duro.</i></p> <p><i>Esto es parte de cómo soy. Soy una persona tímida.</i></p> <p><i>Si fallo, entonces sí que no hay esperanza para mí. Puede que no mejore nunca.</i></p>
No cambio	<p><i>Sería más fácil no tener que pasar por todo esto.</i></p> <p><i>Es más cómodo; es lo que estoy acostumbrada a hacer.</i></p>	<p><i>Continuaré igual.</i></p> <p><i>Mi vida continuará limitada.</i></p> <p><i>Seguiré sin ser capaz de conocer gente nueva.</i></p> <p><i>No podré empezar a salir con nadie.</i></p>

Sara vino para recibir tratamiento, sobre todo para recibir ayuda por su excesiva ansiedad en situaciones sociales. Tenía ansiedad cada vez que se encontraba en situaciones en grupo o con gente nueva. Llevaba evitando situaciones que implicaban interactuar con gente nueva o que no conocía demasiado bien desde el instituto. Con el paso de los años, su vida se había visto limitada y recientemente se ha dado cuenta de que su círculo social consiste en unos pocos amigos cercanos. No ha salido con muchos chicos y le gustaría empezar a sentirse más cómoda alrededor de otras personas para poder empezar a conocer chicos con los que salir, así como aumentar su círculo de amigos.

**Figura 4.2 Hoja de balance decisional**

	Pros/beneficios	Contras/costes
Cambio		
No cambio		

¿Has encontrado argumentos para cada una de las opciones? Si no, por favor, vuelve al ejercicio y tómate un poco más de tiempo en rellenar las celdas que hayas dejado en blanco.

Ahora que ya has cumplimentado la Hoja de balance decisional, vamos a echar un vistazo a las razones que has argumentado para permanecer igual. Podemos utilizar el ejemplo de Sara de la figura 4.1 para ver cómo sería la discusión. Sara se ha dado cuenta de que permanecer igual sería más fácil. Esta respuesta es muy común y en parte sí está en lo cierto. De algún modo, sí es más fácil permanecer igual, ya que no tendrías que leer este manual o cumplimentar registros. Sin embargo, piensa cuánto tiempo o esfuerzo

cuesta evitar emociones desagradables o incómodas. Sara también ha anotado que es más cómodo quedarse igual. Puede parecer que es más fácil porque es lo que estás acostumbrado a hacer, pero cuesta mucho tiempo y energía continuar evitando tus emociones. Pero mientras que solo hay «un poco de comodidad» en seguir haciendo lo que estás acostumbrado a hacer ¿cuánto de cómodas son tus emociones en la actualidad? Precisamente, la mayoría de gente busca tratamiento, o ayuda, porque sus emociones o su vida se han vuelto incómodas.

Ahora vamos a analizar algunas razones de Sara en contra de cambiar. Como ya hemos comentado, cambiar es difícil y requerirá mucho tiempo y esfuerzo por tu parte. Sin embargo, permanecer igual también requiere mucho tiempo y esfuerzo, y continúa requiriéndolo. El cambio puede hacerte sentir que incluso vas a necesitar más tiempo y esfuerzo pero esto es así porque has estado «permaneciendo igual» durante mucho tiempo. Con el tiempo, una vez que hayas completado de manera satisfactoria el tratamiento, tu nuevo modo de comportarte y de interactuar con el mundo se convertirá en natural y será tan fácil para ti como lo es ahora «permanecer igual».

Otra razón común que suelen argumentar las personas para no cambiar es que si el tratamiento no funciona entonces se van a sentir incluso peor que al principio. Esa sería una situación complicada, ya que puede hacer que la gente sienta que sus emociones están fuera de control o que no hay nada ni nadie que pueda ayudarles. Sin embargo, completando este programa estás dando un paso adelante, estás aprendiendo cómo aparecen las dificultades emocionales y cómo se mantienen. No podemos garantizar que este tratamiento funcionará para todo el mundo, y no todo el mundo progresa a la misma velocidad, pero no obstante es importante subrayar que con independencia de lo que pase te encontrarás mejor cuando termine el tratamiento que al principio. Comprenderás mejor cómo las emociones pueden volverse problemáticas y tendrás habilidades para ayudarte a romper ese círculo vicioso, y prevenir que las emociones interfieran en tu vida en el futuro. Si miramos tu balance decisional, ¿cómo podrías responder a los *contras* de cambiar y a los pros de permanecer igual? Registra todas las respuestas que se te ocurran en sus celdas correspondientes.

Ahora volvamos a los *contras* de Sara de permanecer igual. Una de las razones más comunes que se argumentan es que se seguirán sintiendo igual y continuarán estando limitados en su vida diaria. Piensa en cómo todos tus síntomas se han interpuesto en tu vida y en el modo en que quieres vivirla. Coge una hoja de papel y anota cómo interfieren tus síntomas en tu vida.

¿Cuántas de estas cosas cambiarían si siguieras el tratamiento? ¿Qué cosas consideras que podrás resolver de manera satisfactoria durante el tratamiento? Si no las has añadido en la celda de «Pros del cambio», hazlo ahora. Estas razones son probablemente gran parte del porqué has buscado ayuda. A la gente le suele ayudar tenerlas apuntadas en algún sitio visible al que puedas acceder con facilidad. El tratamiento puede ser duro y sabemos que tu motivación va a ir variando (aumentando y disminuyendo) a lo largo del

mismo debido a numerosos factores externos. Esto es normal y no significa que estés «fallando», o que el tratamiento no está funcionando. Este registro será de mucha ayuda cuando te des cuenta de que tu motivación ha bajado un poco más de lo normal. Repasar el registro puede ayudarte a atravesar esos momentos de baja motivación. Recuerda, estos bajones de motivación son solo temporales y pasarán. Usar el registro para revisar los pros y los contras del cambio y de permanecer igual puede ayudarte a renovar tu motivación y continuar adelante hacia la vida que quieres vivir.

Ahora que ya hemos discutido algunas de las razones para el cambio, vamos a tratar cómo puedes hacer que esos cambios se hagan realidad.

## **4. Establecer objetivos alcanzables**

La investigación nos muestra que uno de los modos más exitosos para conseguir un cambio de conducta es a través del establecimiento de metas u objetivos. Cuando hablamos de objetivos, nos referimos a futuros estados o sucesos que estamos interesados que sucedan o, por el contrario, esperando evitar que sucedan. Esto puede incluir cosas más inmediatas, como «ir al gimnasio esta tarde» o «terminar mis tareas para casa del tratamiento» y cosas más lejanas como «hacer más amigos» y «sentirme más feliz».

Podemos conseguir algunos de ellos en cuestión de horas («ir al gimnasio esta tarde»), mientras que otros nos puede llevar más tiempo conseguirlos («hacer más amigos») y otros puede que estemos siempre trabajando para conseguirlos («sentirme más feliz»). Todos tenemos objetivos que son alcanzables en diferentes franjas de tiempo. La investigación indica que establecer metas específicas, concretas y alcanzables para el cambio de conducta aumenta en gran medida nuestras posibilidades de cambiar satisfactoriamente. Por tanto, «ir al gimnasio esta tarde» es un objetivo que conlleva un cambio de conducta más fácil de conseguir que «sentirme más feliz». Antes de comenzar el tratamiento, será de ayuda identificar aquellos objetivos que sean más a largo plazo como «hacer más amigos» y «sentirme más feliz», y establecer objetivos intermedios más manejables que nos lleven a conseguirlos.

Aunque puede que tengas una idea de cuáles van a ser tus objetivos de tratamiento, es conveniente tenerlos registrados en una libreta o similar. Echa un vistazo a la «Hoja para el establecimiento de objetivos de tratamiento» de Sara que mostramos a continuación. Se ofrece también una Hoja en blanco para que tú la completes.

El objetivo número 1 de Sara era «hacer más amigos». Este es un objetivo de tratamiento común en personas con preocupaciones similares. El siguiente paso es identificar conductas específicas que harían ver a Sara que ha alcanzado su objetivo —lo que llamamos «Concretando»—. Para Sara, tener más amigos significaba ser capaz de hacer amigos después del trabajo, ir a ver películas al cine, hacer cenas en casa y llamar

a amigos cuando tiene un mal día. También significaba que ya no se quedaría en casa sola los sábados por la noche. Estos nuevos objetivos son todos más concretos que el objetivo original «hacer más amigos» y Sara será capaz de evaluar más fácilmente si alcanza sus objetivos.

De hecho, si va a ver una película al cine con alguien, habla con alguien por teléfono tras un mal día o sale con alguien el sábado por la noche, Sara sabrá que ha alcanzado su objetivo. Después de que Sara estableciera objetivos más concretos y específicos, describió los pasos necesarios para alcanzarlos. Empezando por ejemplo, por el objetivo concreto de Sara número 5 en el Registro de «*Concretando*», Sara pudo identificar pasos manejables que la llevarían a conseguir su objetivo de tratamiento concreto «ir al cine con amigos/as».

Ahora tómate un tiempo para cumplimentar tu «Hoja para el establecimiento de objetivos de tratamiento». A veces puede resultar difícil cumplimentarlo o puede *parecerte* que los pasos necesarios para alcanzarlo no son manejables. De hecho, te puede parecer incluso difícil imaginarte haciendo algunas de estas cosas. Esta es una respuesta natural y es normal sentirte así. Cuando completes la sección «Establecer los pasos necesarios», puede ser de ayuda preguntarte a ti mismo si los pasos que estás describiendo pueden realizarse en un periodo concreto de tiempo en vez de preguntarte si los puedes hacer en la actualidad. Recuerda, nuestras emociones nos pueden *hacernos sentir* que no somos capaces de cambiar, y nuestro miedo a fallar puede hacer difícil comenzar con el proceso de cambio. A medida que avance el tratamiento, aprenderás habilidades para responder a estas emociones de un modo más útil y en último lugar harán que esas emociones sean más manejables, aunque ahora te resulte difícil creer que puedas lograrlo. Recuerda que el objetivo de este módulo es sacar conductas concretas y específicas que puedan ser realizadas en un periodo determinado de tiempo como «conseguir el teléfono de un conocido/a» y «llamar a alguien para invitarle al cine el sábado por la noche» en vez de simplemente decir «ir al cine con un amigo». Si estos pasos son conductas específicas que pueden ser individualmente realizadas en un periodo corto de tiempo, entonces puedes conseguirlo.

#### HOJA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DE TRATAMIENTO DE SARA

**Mi objetivo n.º 1 de tratamiento es:** Hacer más amigos

**Concretando:**

Ahora vamos a tomarnos un momento para hacer este objetivo más concreto: ¿cómo sería alcanzar este objetivo? ¿Qué cosas harías o no harías? ¿Qué conductas estarías haciendo o no haciendo? Intenta ser lo más concreto posible:

Conocer amigos después del trabajo, ir al cine con amigos/as, vendrían amigos a cenar a casa, llamaría a amigos para animarme cuando tengo un mal día y no me quedaría en casa un sábado por la noche solo/a.

**Establecer los pasos necesarios:**

Ahora, piensa en pasos pequeños manejables y alcanzables que te lleven hacia el objetivo específico que has

descrito arriba. Estos pasos deberían poder alcanzarse entre unos cuantos días hasta un mes. ¿Qué pasos serían? Puede ser de ayuda pensarlo hacia atrás imaginando los pasos necesarios desde el objetivo final para poder alcanzarlo.

Utiliza las conductas que has descrito arriba para sacar los pasos necesarios para alcanzar tu objetivo de tratamiento.

Paso 5: Llamar a una persona para invitarla a ir al cine el sábado por la noche

Paso 4: Conseguir el número de teléfono de un conocido

Paso 3: Entablar conversaciones más frecuentes y extensas con conocidos

Paso 2: Charlar un poco con un conocido/a

Paso 1: Entrar y permanecer en situaciones donde hay otras personas presentes (en el trabajo, el gimnasio...)

### HOJA PARA EL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

**Mi objetivo n.º 1 de tratamiento es:**

---

**Concretando:**

Ahora vamos a tomarnos un momento para hacer este objetivo más concreto: ¿cómo sería alcanzar este objetivo? ¿Qué cosas harías o no harías? ¿Qué conductas estarías haciendo o no haciendo? Intenta ser lo más concreto posible:

---

---

---

**Establecer los pasos necesarios:**

Ahora, piensa en pasos pequeños manejables y alcanzables que te lleven hacia el objetivo específico que has descrito arriba. Estos pasos deberían poder alcanzarse entre unos cuantos días hasta un mes. ¿Qué pasos serían? Puede ser de ayuda pensarlo hacia atrás imaginando los pasos necesarios desde el objetivo final para poder alcanzarlo.

Utiliza las conductas que has descrito arriba para sacar los pasos necesarios para alcanzar tu objetivo de tratamiento.

Paso 5:

---

Paso 4:

---

Paso 3:

---

Paso 2:

---

Paso 1:

---

Las personas suelen tener unos cuantos objetivos de tratamiento. Tómate un momento para escribir dos objetivos más. Te será de ayuda repetir el mismo proceso.

\* \* \* \*

**Mi objetivo n.º 2 de tratamiento es:**

---

**Concretando:**

Ahora vamos a tomarnos un momento para hacer este objetivo más concreto: ¿cómo sería alcanzar este objetivo? ¿Qué cosas harías o no harías? ¿Qué conductas estarías haciendo o no haciendo? Una vez más, intenta ser lo más concreto posible:

---

---

---

**Establecer los pasos necesarios:**

Ahora, piensa en pasos pequeños manejables y alcanzables que te lleven hacia el objetivo específico que has descrito arriba. Estos pasos deberían poder alcanzarse entre unos cuantos días hasta un mes. ¿Qué pasos serían? Puede ser de ayuda pensarlo hacia atrás imaginando los pasos necesarios desde el objetivo final para poder alcanzarlo.

Utiliza las conductas que has descrito arriba para sacar los pasos necesarios para alcanzar tu objetivo de tratamiento.

Paso 5:

---

Paso 4:

---

Paso 3:

---

Paso 2:

---

Paso 1:

---

\* \* \* \*

**Mi objetivo n.º 3 de tratamiento es:**

---

**Concretando:**

Ahora vamos a tomarnos un momento para hacer este objetivo más concreto: ¿cómo sería alcanzar este objetivo? ¿Qué cosas harías o no harías? ¿Qué conductas estarías haciendo o no haciendo? Una vez más, intenta ser lo más concreto posible:

---

---

---

**Establecer los pasos necesarios:**

Ahora, piensa en pasos pequeños manejables y alcanzables que te lleven hacia el objetivo específico que has descrito arriba. Estos pasos deberían poder alcanzarse entre unos cuantos días hasta un mes. ¿Qué pasos serían? Puede ser de ayuda pensarlo hacia atrás imaginando los pasos necesarios desde el objetivo final para poder alcanzarlo.

Utiliza las conductas que has descrito arriba para sacar los pasos necesarios para alcanzar tu objetivo de tratamiento.

Paso 5:

---

Paso 4:

---

Paso 3:

---

Paso 2:

---

Paso 1:

---

## 5. Resumen

Mantener la motivación alta es importante para cambiar con éxito cualquier conducta, sobre todo el modo en que respondes ante tus emociones. Recuerda, la motivación no es algo fijo, irá oscilando a lo largo del tiempo mientras avanzas en el tratamiento. Esto es natural y forma parte del proceso de cambio. Lo que hemos comentado en este módulo es muy importante para mantener tu motivación alta a lo largo del tratamiento. Revisar de vez en cuando los pros y los contras de cambiar y permanecer igual (Hoja de balance decisional) puede ser de ayuda para fortalecer e incluso intensificar tu motivación cuando tu nivel de ambivalencia (sentir que quieres cambiar y al mismo tiempo que no quieres hacerlo) ha aumentado. Del mismo modo, establecer objetivos concretos y manejables que te lleven hacia el cambio de conducta (Hoja para el establecimiento de objetivos de tratamiento) es un paso importante para ayudarte a hacer el cambio más fácil y menos abrumador. Revisar estos dos aspectos de vez en cuando a lo largo del tratamiento te ayudará a mantener alta tu motivación y a aumentar las posibilidades de ¡¡lograr el cambio!!

## 6. Tareas para casa

- Continúa cumplimentando el OASIS y el ODSIS para registrar tus experiencias emocionales durante la semana.
- Utiliza el Registro de progreso para anotar las puntuaciones totales del OASIS y el ODSIS cada semana.

## 7. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. Sentir que quieres cambiar, y al mismo tiempo que puede que no estés preparado para el cambio, es una parte natural del proceso de cualquier cambio de conducta.      V    F

2. Tener dudas sobre tu habilidad para cambiar significa que vas a fallar. V F
3. Los objetivos son más efectivos cuando son concretos. V F
4. Una vez que comience el tratamiento, tu motivación permanecerá tan fuerte como lo es ahora. V F

# Capítulo 5.

## Entender tus emociones

### OBJETIVOS

- Aprender la importante función que tienen las emociones en nuestra vida diaria.
- Aprender en qué consiste una experiencia emocional.
- Aprender a aumentar la conciencia de sus experiencias emocionales.

### 1. Conceptos clave

En este capítulo aprenderemos la naturaleza adaptativa de las emociones y cómo nos ayudan en nuestra vida diaria. Aprenderá de qué se compone una experiencia emocional y empezará a reconocer de qué se componen las suyas propias.

### 2. Revisión de las tareas para casa

¿Has completado los test OASIS y ODSIS durante esta semana? ¿Has añadido las puntuaciones al gráfico del Registro de progreso? Si lo has hecho, ¡felicidades!, y si no lo has hecho continúa explorando qué puede haber causado que no lo hicieras. Haz del registro una prioridad a lo largo de este tratamiento. Si te ayuda, vuelve a leer el capítulo 3 para que recuerdes la importancia de hacer registros y entiendas por qué te animamos a hacerlo en primer lugar. Busca un momento que te vaya bien habitualmente para poder registrar, para convertir enseguida el registro en un hábito. A medida que vayan pasando las sesiones, irás recogiendo información más y más importante y empezarás a ver los beneficios de hacer del registro un hábito.

### 3. ¿Por qué nos centramos en las emociones?

Muchos de los síntomas de los trastornos de ansiedad y/o depresivos tienen su origen en las dificultades para afrontar experiencias emocionales incómodas o desagradables. Por ejemplo, alguien con ansiedad social le puede parecer que el miedo intenso que siente en

las interacciones sociales o la intensa ansiedad que experimenta al anticipar situaciones sociales, limita bastante su habilidad para llevar a cabo su trabajo o llevar una vida social plena. A una persona con ansiedad generalizada le puede parecer que la ansiedad sobre el futuro de algo importante para ellos, como su actuación en el trabajo o la salud de su familia, es tan abrumadora que no pueden pensar en otra cosa. Una persona con depresión se puede sentir tan paralizada por la tristeza y sentimientos de desesperanza, que no puede motivarse a sí mismo para hacer prácticamente nada. Estas experiencias emocionales y el malestar que causan juegan un papel importante en el mantenimiento de los síntomas de los trastornos emocionales. De hecho, muchas veces la gente busca ayuda psicológica para librarse de estas emociones desagradables como ansiedad, miedo, ira o tristeza. Quieren que el terapeuta les «quite» esas emociones o las «pare», o poder «apagar el interruptor» del circuito del miedo en su cabeza. Sin embargo, como irás aprendiendo, hacer desaparecer estas emociones no sería adaptativo ni de mucha ayuda, de hecho iría en tu contra. Todas las emociones (incluso las incómodas) juegan un papel muy importante en nuestras vidas y nos dan mucha información importante.

El objetivo de este tratamiento no es eliminar emociones incómodas como el miedo, la ansiedad, la tristeza, la ira, etc. Por el contrario, este tratamiento está diseñado para que aprendas a comprender y tolerar mejor las emociones incómodas, a ver cómo las respuestas que das a tus emociones te llevan tus síntomas y a contextualizar tus experiencias emocionales en la situación en la que están ocurriendo, en vez de asociarlas a lo que puede haber ocurrido la última vez que te sentiste de un modo determinado, o miedo sobre lo que tu experiencia pudiera significar en el futuro. Todo esto te ayudará a contrarrestar las estrategias desadaptativas que has desarrollado a lo largo del tiempo para manejar experiencias emocionales incómodas o desagradables, y empezar a construir nuevas experiencias en las que te sientas capaz de afrontar la situación con el fin de dirigirse hacia la vida que quieres llevar.

En los dos próximos capítulos exploraremos para qué nos sirven las emociones en nuestras vidas diarias y de qué está compuesta una experiencia emocional. Empezarás a conocer diferentes modos de analizar tus experiencias emocionales a medida que las vas sintiendo y cómo respondes a dichas experiencias. Finalmente, verás cómo aprendemos de nuestras experiencias emocionales y cómo esto puede influir en nuestras respuestas la siguiente vez.

#### **4. ¿Por qué tenemos emociones?**

Es importante entender que las emociones no son por sí mismas «malas» o «peligrosas», aunque algunas veces sintamos que sí lo son. Necesitamos todo el abanico de emociones, las «buenas» y las «malas» para poder funcionar en el mundo. Imagina por un momento cómo sería no tener emociones. No tendríamos subidas y bajadas, pero seríamos como

robots, autómatas sin rumbo a lo largo del día. Ahora imagina cómo sería si solo tuvieras las emociones «buenas». ¿Cómo sabríamos si nuestra vida está de repente en peligro si no sintiéramos miedo? o ¿cómo nos defenderíamos cuando nos ofendieran si no sintiéramos ira? La cuestión es que todas nuestras emociones, las «buenas», las «malas» y las «feas» nos dan mucha información sobre lo que está pasando en nuestra vida. Nos ayudan a gobernar, dirigir nuestro mundo y a motivarnos para hacer cosas que son de ayuda o utilidad para nuestra supervivencia. Nuestras emociones nos llevan a realizar conductas específicas, a las que llamamos «Conductas Impulsadas por Emociones» (CIE), las cuales son en general automáticas y adaptativas. Para ello, la naturaleza nos ha dado maneras altamente coordinadas y orquestadas para funcionar en el mundo: sentimos algo y hacemos algo como respuesta. Vamos a ver algunos ejemplos de cómo funciona este sistema mirando la definición y la función de lo que tradicionalmente llamamos emociones «malas».

## **4.1 Miedo**

El miedo es un sistema natural de alarma. Es una respuesta básica ante el peligro y nos indica la necesidad de actuar de forma inmediata y/o prestar atención. Vamos a ver cómo el miedo nos puede ser útil:

Imagina que estás cruzando una calle con un amigo. De repente, un coche viene embalado y con los frenos chirriando directo hacia vosotros. Sin pensarlo, saltas a la acera y tiras de tu amigo para ponerle a salvo.

En esta situación, está claro que el miedo fue lo que hizo que te movieras más rápido de lo que lo hubieras hecho si te hubieras parado a pensar en lo que tenías que hacer, y es el miedo lo que ha hecho que sigáis vivos. Estas son reacciones naturales y en general pasan inadvertidas para nuestra conciencia.

Es decir, las personas no necesitan pensar conscientemente en «apartarse a un lado», simplemente lo hacen. Piensa qué hubiera ocurrido si no hubieras sentido miedo o no hubieras realizado la respuesta automática que damos ante esta emoción. Puede que no te hubieras dado cuenta de que estabais en peligro. O, sin la CIE, te hubieras quedado ahí pensando qué pasos hacer a continuación, siendo finalmente atropellado/a antes de que te hubiera dado tiempo a tomar una decisión. Así que, como puedes ver, la emoción incómoda o «mala» de miedo, es de hecho, un mecanismo de protección ante la posibilidad de salir herido de una situación.

## **4.2 Tristeza/depresión**

La tristeza o depresión es una de las emociones que más intentamos evitar o rechazar. ¿Cuántas veces has escuchado decir a alguien «ánimate» o «no estés triste»? Sin embargo, la tristeza también tiene una función muy importante en nuestras vidas. La

tristeza o depresión es el abatimiento extremo, la melancolía, un sentimiento de desesperanza y/o la incapacidad de «no poder ni con uno mismo». Esta reacción es una respuesta natural ante una situación que percibimos como incontrolable, como la pérdida de algo, o de alguien querido, o un contratiempo personal que no tiene una solución obvia. La tristeza nos indica la necesidad de aislamiento o retraimiento, y la reducción de actividad para que pueda empezar una especie de periodo de «luto», reunir recursos y de este modo, podamos procesar lo que ha pasado de forma apropiada. También funciona como una importante señal social, solicitando ayuda y apoyo de otros. Vamos a ver otro ejemplo para analizar cómo la tristeza nos puede ser de ayuda:

Imagina que te enteras de que alguien muy cercano ha fallecido. Probablemente sentirás una intensa tristeza y un gran sentimiento de pérdida. También te sentirás como si no tuvieras energía y tendrás dificultad para concentrarte en todo, excepto en pensamientos desorganizados de tu ser querido y en cómo vas a hacer frente a la situación. Te puedes sentir indiferente y que la pérdida en realidad no ha tenido lugar. Estas son respuestas comunes ante un suceso trágico o traumático. Como resultado, puedes sentirte que no eres capaz de hacer nada excepto pensar en la pérdida e intentar encontrar modos de afrontarla. Algunas personas pueden comprender tus sentimientos de tristeza, pérdida de energía y desorganización, y pueden acercarse a ti para ayudarte mientras lo necesites. Su apoyo puede ser una gran ayuda para recuperarte y volver a tu vida normal con mayor rapidez.

De nuevo, nuestras emociones nos están diciendo algo sobre nuestra situación y nos ayudan a hacer algo que nos sea útil. La tristeza nos dice que tenemos que centrarnos en algo que es muy importante para nosotros, dándonos tiempo para dejar de lado al resto del mundo y, de este modo, poder «afrontar la pérdida» y reunir fuerzas para seguir adelante. La tristeza también indica a otras personas que puede que necesitemos apoyo y consuelo para que podamos tener tiempo para recuperarnos. Por tanto, aquí, de nuevo, vemos que la emoción incómoda o «mala» de tristeza tiene una importante función en nuestra vida.

### **4.3 Ansiedad**

La ansiedad, como la tristeza o depresión, es otra emoción que nos suelen decir que no hay que sentir. Sin embargo, la ansiedad también tiene una gran importancia en nuestra vida y tiene una función muy importante. La ansiedad es un estado orientado hacia el futuro. Su objetivo es prepararnos para hacer frente a sucesos negativos o peligrosos. Nos indica que es necesario reducir la actividad y focalizar nuestra atención en posibles peligros o fuentes de amenaza futura (supuestamente para propósitos de autoprotección). Cuando nos sentimos ansiosos, nuestro cuerpo y mente entran en un estado de vigilancia y «preparación» para que no nos cojan desprevenidos si pasa algo malo.

Imagina que tienes una gran presentación en el trabajo o un examen muy importante para tus estudios. Naturalmente, empiezas a pensar en ello más a menudo a medida que la fecha se aproxima y puede que incluso empieces a sentirte ya ansioso. Así que empiezas a hacer una búsqueda sobre el tema de la presentación — incluso puede que te quedes hasta tarde trabajando para asegurarte que reúnes toda la información que necesitas. Preparas la presentación y la practicas varias veces (puede que incluso le pidas a un amigo o familiar que la escuche para que te dé feedback). Puede que anticipes algunas de las dudas que te puedan preguntar para saber cómo y qué puedes responderles. En el día de la presentación, puede que te levantes más pronto de lo normal, te

pongas tu mejor vestido o camisa y repases una vez más la presentación.

Una vez más, aquí vemos que la emoción incómoda de la ansiedad nos ha servido para un propósito claro. Te ha motivado a anticiparte a posibles sucesos negativos (p. ej., preguntas difíciles de la audiencia) para que pudieras prepararte y estar listo/a para contestarlas y centrarte en la situación que te genera ansiedad.

## **4.4 Ira**

La ira es una respuesta natural ante una conducta lesiva que percibimos como intencional, es decir, ante una situación en la que nos tratan mal o somos víctimas. Nos indica la necesidad de aumentar la actividad para movilizar esfuerzos para defendernos a nosotros mismos o a un ser querido. La ira normalmente va dirigida al origen o a la causa de esta amenaza (o sentimiento).

Imagina que tu compañía de telefonía móvil te ha estado cobrando una serie de servicios que no has estado utilizando. Cuando llamas para pedir explicaciones, en el servicio de atención al cliente te dicen que estos «cargos extra» te han llevado a tener una serie de cargos por demora y ahora debes a la compañía una gran cantidad de dinero, dinero que no tienes y que además necesitas para comprar la comida y pagar el alquiler. Tú, con un gran enfado le pides hablar con el supervisor del servicio de atención al cliente, le pides una explicación y demandas que se te devuelvan los cargos.

Aquí, la emoción de ira es un modo adaptativo de indicar a la otra persona que te has sentido frustrado/a u ofendido/a de algún modo. Hablar con el supervisor de forma enérgica es un modo de trasladar esa ira para que (esperemos) el supervisor reconozca que tienes razón y solucione el problema terminando con la transgresión que la compañía ha hecho contra ti. Aunque no siempre expresamos ira gritando, es una emoción muy importante a la que tenemos que prestar atención, ya que indica que estás actuando para defender algo de valor, prevenir que alguien te ofenda o de una situación que pueda causarte daño.

Tal y como muestran estos ejemplos, las emociones tienen funciones muy importantes en nuestras vidas, en el fondo son experiencias adaptativas. Sin embargo, como hemos visto, también pueden causar interferencia, estrés y limitar la vida de las personas. Puede que estés pensando que el «miedo puede ser adaptativo, pero ¿y qué pasa con el miedo que siento cuando tengo un ataque de ansiedad?» o «la ansiedad puede ser útil para algunos, pero yo no puedo dejar de sentirla, ¡la noto de forma continuada!». La verdad es que mientras que todas estas emociones son adaptativas en el transcurso normal de la vida de las personas, a veces las experimentamos demasiado intensamente, de forma incontrolada o como si estuvieran sucediendo en el momento o situación errónea. A medida que vayas avanzando en el tratamiento, aprenderás cómo y por qué ocurre esto, y diferentes modos de romper este círculo vicioso de emociones intensas y abrumadoras. De todos modos, antes de que podamos empezar a comprender cuándo las emociones se convierten en desadaptativas, primero es importante

comprender que las emociones, incluso las que creemos que son incómodas o que podríamos estar sin ellas, es importante tenerlas en nuestras vidas, ya que las necesitamos *todas* y que no es deseable querer que desaparezcan.

Así que ¿cómo pasan nuestras emociones de ser útiles, funcionales y adaptativas a ser abrumadoras, intensas e incluso invalidantes? Para empezar a explicar cómo sucede este proceso, primero vamos a analizar de qué estamos hablando cuando nos referimos a las «experiencias emocionales».

## 5. ¿Qué es una emoción?

¿Qué *es* exactamente una experiencia emocional? Hemos comentado que las emociones nos pueden ser útiles, nos pueden dar información y nos motivan a hacer algo, impulsan nuestra conducta (CIE). Sin embargo, puede que experimentes tus propias emociones como una gran «nube» de intensos sentimientos y puede que te resulte difícil identificar algo de tus experiencias emocionales que resulte útil, o que seas capaz de entender lo que te están intentando decir. Un modo de hacer que algo sea menos abrumador es descomponerlo en sus partes principales. De hecho, cada experiencia emocional se puede dividir en 3 componentes principales: lo que pensamos, lo que hacemos y lo que sentimos. Identificando cada una de estas partes de tu experiencia, tus emociones pueden empezar a ser menos abrumadoras.

Los 3 componentes principales de una emoción son:

1. *Cognitivo (Lo que pienso)*: Hay pensamientos que son provocados o que van unidos a estados emocionales. Por ejemplo, alguien que se siente triste puede tener pensamientos como que la situación es desesperanzadora o que es inadecuado («Siempre lo estropeo todo»). Alguien que siente orgullo puede pensar que es capaz de conseguir algo difícil («¡Sé que puedo hacerlo!»). Vamos a ver si puedes identificar algunos de los pensamientos que pueden acompañar a los siguientes estados emocionales:

¿Qué tipo de pensamientos puede tener alguien que se siente ansioso?

---

¿Y si es feliz?

---

¿Y si tiene miedo?

---

2. *Comportamental (Lo que hago)*: Nos referimos a acciones que hacemos o que

tenemos el impulso a hacer como respuesta al estado emocional. A menudo, alguien responderá a un sentimiento sin pensar. Esto sucede porque nuestro organismo parece saber cuál es el mejor modo para enfrentarse a la situación. Como ya hemos comentado, estas experiencias son conocidas como «conductas impulsadas por emociones» (CIE). Ya hemos hablado de algunas de ellas (p. ej., saltar a la acera cuando vemos que están a punto de atropellarnos como respuesta al miedo). Pero las CIE también pueden estar presentes en experiencias emocionales que pueden no ser adaptativas o útiles. Por ejemplo, alguien deprimido puede pasarse el día entero en la cama, o simplemente ver la televisión porque el pensamiento de salir a la calle y «afrontar» el día es demasiado abrumador. O alguien que siente ansiedad en situaciones sociales y de repente se encuentra en medio de una multitud de gente donde se supone que ha de interactuar con los demás, puede evitar el contacto ocular o incluso salirse de la situación para escapar del temido encuentro social. Alguien ansioso también puede deambular por la sala evitando pararse a hablar con nadie o empezar a comer impulsivamente los aperitivos que haya.

Vamos a ver si puedes poner algunos ejemplos de CIE que pueden suceder en los siguientes estados emocionales:

¿Qué puede hacer alguien cuando se siente asustado o con pánico?

---

¿Y si se siente enfadado?

---

¿Qué puede hacer alguien si se siente avergonzado o abochornado?

---

3. *Fisiológico (Lo que siento)*: Se refieren a respuestas fisiológicas asociadas a estados emocionales, o al modo en que tu organismo responde físicamente a las emociones. Por ejemplo, el miedo normalmente va acompañado de aceleración cardíaca, tensión muscular o incluso falta de aliento. La ansiedad va acompañada de manos sudorosas o un nudo en el estómago. La tristeza puede ir acompañada por una sensación de pesadez en las costillas. Vamos a ver si puedes identificar las sensaciones que pueden acompañar a los siguientes estados emocionales:

¿Qué sensaciones físicas pueden acompañar a alguien que se sienta entusiasmado, emocionado?

---

¿Y si siente pánico?

---

¿Y si siente ira?

---

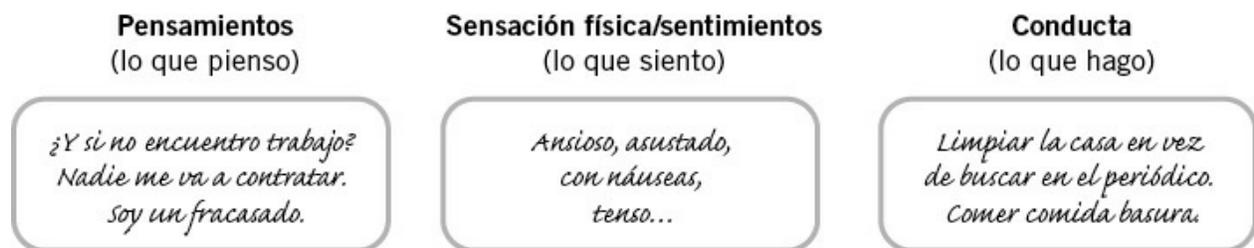
¿Y si se siente feliz?

---

Como puedes ver, estos tres componentes —pensamientos, sensaciones y conducta— pueden identificarse en cada experiencia emocional, aunque algunos aspectos son más fáciles de identificar que otros en situaciones determinadas. Por ejemplo, en ciertas situaciones puede que seas muy consciente de tus sensaciones físicas y menos de tus pensamientos o conductas. Por el contrario, en otras situaciones puedes ser más consciente de tus pensamientos y menos de las sensaciones físicas o de tu conducta. Es importante empezar a identificar los tres componentes de tus experiencias emocionales, ya que tienden a interactuar y retroalimentarse los unos de los otros, influyendo y cambiando tu experiencia final. A medida que avances en el tratamiento, analizaremos en profundidad cada uno de estos tres componentes de forma separada, identificando modos en los que nuestras respuestas a las emociones, en cada uno de estos componentes, cambian de adaptativos a desadaptativos, y analizando estrategias para regular mejor nuestras respuestas de modo que sean más adaptativas y nos ayuden a nosotros mismos. Ahora, sin embargo, es buena idea que empecemos practicando la identificación de tus pensamientos, sensaciones y conductas en respuesta a situaciones emocionales.

El Modelo de los tres componentes de las emociones es un buen modo de empezar a registrar tu experiencia en estas tres facetas. Utiliza el que se ofrece en la figura 5.2 para registrar por lo menos una situación emocional durante los próximos días, reflejando la experiencia y descomponiéndola en pensamientos, sensaciones y conductas. Puede que incluso quieras visualizar estos tres círculos cuando reflejes tu experiencia para recordarte que has de prestar atención a tus pensamientos, sensaciones y conductas como componentes que interactúan entre sí, ya que de otro modo podría parecer una experiencia emocional abrumadora y confusa. Una muestra del modelo ya completado se puede ver en la figura 5.1.

**Figura 5.1 Ejemplo ya completado del Modelo de los tres componentes de las emociones**



**Figura 5.2 Ejemplo para completar por el paciente del Modelo de los tres componentes de las emociones**

Pensamientos (lo que pienso)	Sensación física/sentimientos (lo que siento)	Conducta (lo que hago)
<div style="border: 1px solid gray; height: 200px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid gray; height: 200px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid gray; height: 200px; width: 100%;"></div>

Registrar tus experiencias emocionales te ayudará a comprenderlas mejor y a descomponerlas más fácilmente. Otro objetivo es empezar a registrar dónde, cuándo y por qué tienes estas experiencias emocionales. En el próximo capítulo empezaremos a tratar diferentes modos de prestar atención a qué es lo que desencadena tus experiencias emocionales, así como tu respuesta ante esas experiencias y las consecuencias que conlleva dicha respuesta.

## 6. Resumen

En este capítulo hemos analizado el modo en que tus experiencias emocionales, incluso las que tradicionalmente se consideran como «malas», tienen fines muy importantes y adaptativos en nuestra vida, y pueden motivar nuestra conducta de manera muy importante y siendo de mucha ayuda para nosotros. Hemos visto cómo las emociones se

pueden descomponer en tres partes —pensamientos, sensaciones y conducta— y cómo prestando atención a estos tres aspectos, será más fácil hacer la experiencia menos intensa. En el próximo módulo, describiremos cómo funcionan las emociones, el modo en que las experiencias emocionales influyen en nuestra conducta y en cómo experimentamos situaciones similares en el futuro.

## 7. Tareas para casa

- Completa el Modelo de los tres componentes de las emociones con al menos una experiencia emocional que te suceda a lo largo de la semana, y descomponla en las tres partes de la experiencia: pensamientos, sensaciones y conducta. Este registro te ayudará a aumentar tu conciencia sobre tus propias experiencias emocionales con el fin de descomponerlas y sentirlas de un modo menos abrumador y manejable.
- Cumplimenta el OASIS y el ODSIS para registrar tus experiencias emocionales semanales.
- Utiliza el Registro de progreso para anotar las puntuaciones totales del OASIS y el ODSIS cada semana.

## 8. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. El objetivo de este tratamiento es eliminar las emociones que son desagradables como pueden ser la ansiedad, el miedo o la depresión. V F
2. Todas las emociones, incluso aquellas consideradas como «negativas», tienen importantes funciones que son útiles y adaptativas en nuestra vida. V F
3. La ansiedad nunca es útil ni nos sirve de ayuda. V F
4. Las experiencias emocionales tienen 3 grandes partes: lo que pienso, lo que siento y lo que hago. V F

# Capítulo 6.

## Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales

### OBJETIVOS

- Aprender cómo funcionan las experiencias emocionales.
- Aprender la manera en que las emociones influyen en nuestras acciones y conductas.
- Aprender habilidades para ayudarte a realizar un seguimiento de tus propias experiencias emocionales.

### 1. Revisión de las tareas para casa

¿Has completado el OASIS y ODSIS durante esta semana? ¿Has añadido las puntuaciones al Registro de progreso? En el anterior capítulo, añadimos un nuevo registro, el Modelo de los tres componentes de la emoción. ¿De qué te has dado cuenta al analizar alguna experiencia emocional esta semana pasada? ¿Has sido capaz de identificar tus pensamientos? ¿Lo que estabas haciendo? ¿Lo que estabas sintiendo? Si no has completado el Modelo de los tres componentes de la emoción, elige una experiencia emocional reciente y hazlo ahora. ¿Qué notas cuando analizas la experiencia emocional de esta manera? ¿Notas cómo tus pensamientos te han llevado a realizar ciertas conductas?, ¿han afectado esos pensamientos en la manera en que te has sentido?, ¿esos pensamientos han contribuido a que aparezcan más pensamientos? Observa si puedes empezar a identificar el proceso y cómo puede influir cada círculo (pensamientos, sentimientos y conductas) a los demás y viceversa.

### 2. Conceptos clave

En este capítulo, aprenderás cómo funcionan las experiencias emocionales, las habilidades para identificar cómo se desencadenan tus emociones, cómo respondes a esas emociones y cuáles son las consecuencias de esas respuestas. Podrás observar también cómo podemos aprender de nuestras experiencias emocionales y cómo esas experiencias pueden influir en nuestras conductas y acciones.

### **3. Análisis de las experiencias emocionales: el ARC de las emociones**

El primer y más importante paso para ayudarte a comprender tus propias experiencias emocionales y reducir su intensidad (consiguiendo así que sean más manejables) es adquirir una mejor comprensión de cuándo, dónde y por qué están ocurriendo. Esto significa que hay que empezar a observar con más detenimiento tus experiencias emocionales, analizando qué está pasando en el preciso momento en el que ocurren y tomar nota de lo que sucede antes y después. El ARC de las emociones sirve para explicarte el proceso que has de seguir para analizar tus emociones con el objetivo de comprenderlas mejor y así responder de manera más adaptativa y realista a las situaciones. Todavía no es importante registrar aspectos específicos de tus experiencias, como las estrategias que utilizas para manejarlas o para evitar tus emociones. En este momento del tratamiento el objetivo es tan solo supervisar tus experiencias emocionales y empezar a ser más consciente de todo el contexto en el que ocurren.

Es importante comprender que las emociones no aparecen de repente, aunque a veces pensemos que sí. Cada una de las experiencias emocionales que tenemos ha sido provocada por algún evento o situación, lo que ha producido una reacción o respuesta, y esa respuesta tiene consecuencias. Es lo que se conoce como el ARC de las experiencias emocionales:

**A:** Antecedentes o desencadenantes que preceden a nuestra experiencia emocional.

**R:** Respuesta a los antecedentes incluyendo todas nuestras conductas, pensamientos y sensaciones.

**C:** Consecuencias de nuestras respuestas.

Cada una de nuestras experiencias emocionales tiene un ARC. Supervisando el ARC de tus experiencias emocionales comenzarás a comprenderlas mejor.

#### **3.1 Ejemplo del ARC de las emociones**

Para ilustrar el ARC de una experiencia emocional, vamos a ver el siguiente ejemplo:

Imagina que tu profesor o jefe te pide que realices una serie de presentaciones importantes en clase o en el trabajo en los próximos días. Trabajas mucho para prepararlas pero no puedes eliminar de tu mente que no estás todo lo bien preparado/a que te gustaría, por lo que trabajas incluso con más esfuerzo para hacerlo bien, para hacerlo «perfecto». Cuando empiezas la presentación comienzas a sentir un nudo en el estómago, tu corazón se acelera y empiezas a temblar un poco. Durante la presentación crees que la gente se está aburriendo y no te está prestando atención y piensas que te está saliendo fatal. Estás seguro/a que todo el mundo puede ver lo nervioso/a que estás. Cuando acabas, inmediatamente piensas en la próxima presentación y en la excusa que utilizarás para evitarla, como por ejemplo, que estás enfermo/a.

En este ejemplo, la **A** es la presentación. La **R** son todos los componentes de la emoción que has experimentado, como las conductas perfeccionistas previas a la presentación, las sensaciones físicas, los pensamientos de incapacidad o fracaso y de la evaluación negativa de la audiencia durante la presentación. La **C** es la conclusión de que eres incapaz de hacer una buena presentación y el buscar excusas para evitar las próximas presentaciones.

El ARC que identificas en cada nueva situación puede variar dependiendo de lo que cause más malestar o estrés a cada individuo. Observa el mismo ejemplo desde otra perspectiva. Imagina que lo que te genera más ansiedad es la posibilidad de que los demás te evalúen negativamente. Entonces tu ARC sería así:

**A:** Presentación en clase o en el trabajo.

**R:** Expectativas de que la presentación ha de ser perfecta, ansiedad anticipatoria, sensaciones físicas como temblar, sudor de manos, garganta seca, hipervigilancia sobre las reacciones de la audiencia, pensamientos de tu inadecuación personal.

**C:** Después de la presentación, experimentas sentimientos de fracaso o de que la presentación no ha sido perfecta (consecuencias a corto plazo); te preparas con más tiempo y esfuerzo para la próxima presentación para no repetir los errores que has percibido, y/o decides que eres incapaz de cumplir las expectativas (autoimpuestas) de realizar una presentación perfecta, y por tanto, evitas nuevas oportunidades en el futuro (consecuencias a largo plazo).

Ahora vamos a imaginar que tu mayor fuente de estrés es el temor a experimentar un ataque de ansiedad y no poder escapar de la situación. Entonces el ARC sería algo así:

**A:** Presentación en clase o trabajo.

**R:** Las palmas de tus manos están húmedas, tu corazón comienza a acelerarse, te cuesta respirar, tienes pensamientos sobre la posibilidad de tener un ataque de ansiedad, desmayarte, ser incapaz de salir de la situación, empiezas a ir más rápido para poder acabar lo antes posible antes de que comience el ataque de ansiedad.

**C:** Acabas la presentación rápidamente y por tanto con éxito al no haber tenido el ataque de ansiedad (consecuencia a corto plazo), piensas que has tenido suerte en esta ocasión, pero que debes evitar realizar nuevas presentaciones en el futuro porque temes que la próxima vez no tengas éxito y sufras un ataque de ansiedad delante de todo el mundo (consecuencia a largo plazo).

Un último ejemplo. Imagina que tu mayor fuente de estrés es la presencia de dudas persistentes sobre si lo que has hecho lo has hecho bien, incluso si lo has hecho

perfectamente. En ese caso, tu ARC sería algo como esto:

**A:** Presentación en clase o trabajo.

**R:** Notas (o percibes) distracción o aburrimiento en la audiencia y comienzas a tener pensamientos sobre que has olvidado decir partes importantes de la comunicación, o dudas sobre si has tratado de manera adecuada los puntos clave, dudas sobre el hecho de haber repetido ciertas frases accidentalmente, sientes cada vez más nerviosismo, tensión, comienzas a tartamudear, pierdes el hilo del pensamiento.

**C:** Incertidumbre sobre si la presentación fue bien y si fuiste capaz de comunicarte adecuadamente (consecuencias a corto plazo), evitas ofrecer nuevas presentaciones en el futuro porque percibes que tu habilidad es inadecuada (consecuencias a largo plazo).

Como puedes ver, los **A** en todas estas situaciones no cambian, pero, dependiendo de lo que resulte más estresante o importante para ti, tu respuesta puede ser diferente a las que tengan otras personas en la misma situación. Empezar a identificar qué dispara las experiencias emocionales, cómo respondes a esas experiencias y qué consecuencias se producen, te ayudará a entender por qué tus experiencias emocionales acaban como lo hacen (con gran intensidad, derrumbándote, estresándote, etc.). También vas a ir descubriendo qué hace que las cosas estén yendo mal, y qué cosas podrías hacer de manera diferente para gestionar y afrontar mejor las situaciones. Como ya hemos comentado, si sigues adelante en este programa, te guiaremos para examinar tus experiencias de manera exhaustiva pero, por ahora, lo más importante es prestar atención y analizar los ARC de tus experiencias. El Registro del análisis contextual de emociones y Conductas Impulsadas por Emociones (CIE), que aparece en la tabla 6.2 es una forma útil para empezar a registrar los ARC de tus experiencias. Utiliza este formato de registro y ámate para rellenar al menos una o dos experiencias emocionales, identifica los desencadenantes, las respuestas y consecuencias de tus conductas. En la tabla 6.1 tienes un ejemplo de un análisis contextual de emociones y CIE ya completado.

Cuando empieces a identificar eventos o situaciones que desencadenan tus emociones (los **A**), te darás cuenta de que esos desencadenantes pueden ser simplemente cosas que acaban de ocurrir, que han ocurrido hace unas horas, o incluso la semana pasada. Por ejemplo, si tienes una discusión con alguien, o un ser querido te ha ofendido esta mañana, puede influirte en la forma en la que te aproximas o interactúas con las situaciones, como por ejemplo llevar a cabo una presentación en el trabajo ese mismo día. Es probable que tengas más dificultades de concentración en las tareas que debes realizar o estarás más preocupado/a cuando, por ejemplo, la audiencia parezca que no atiende. Siguiendo con este ejemplo, podrías reaccionar ante esta situación de distinta forma si no hubiera sido por la discusión que tuviste por la mañana. La **A**, en este caso,

habría incluido no solo hacer la presentación en el trabajo sino también la discusión con tu ser querido. Por otra parte, si la noche anterior a la presentación has tenido problemas para dormir, tu cansancio podría servir como desencadenante, quizá haciéndote sentir más irritado/a o más sensible a la crítica. Cuanta más practica tengas prestando atención y analizando los ARC de tus experiencias, con más facilidad podrás identificar el porqué, el cuándo, y el dónde de tus experiencias emocionales.

Veamos si puedes identificar los ARC de experiencias emocionales que has vivido recientemente:

1. **A.** ¿Qué desencadenó tu experiencia emocional? ¿Ocurrieron otras cosas durante el día, o quizá durante los días anteriores, que pudieran haber influido en cómo te sentiste?

---



---



---

2. **R.** ¿Cuál fue tu respuesta? ¿Qué pensamientos tuviste? ¿Qué sensaciones físicas o sentimientos notaste? ¿Qué hiciste?

---



---



---

3. **C.** ¿Cuál fue la consecuencia de tu respuesta? ¿Cuál fue la consecuencia a corto plazo? ¿Y a largo plazo?

---



---



---

Al igual que hemos hecho hincapié en la importancia de considerar los posibles desencadenantes de tus experiencias emocionales, de aquellas que ocurren justo antes o quizá horas antes, es también importante prestar atención sobre qué ha ocurrido como consecuencia de estas respuestas emocionales. Desarrollaremos este importante aspecto a continuación.

**Tabla 6. Ejemplo de Registro del análisis contextual de emociones y CIE. El ARC de las emociones**

Fecha/hora	A Antecedentes		R Respuestas		C Consecuencias
	Situación/ Desencadenantes	Pensamientos	Sentimientos/ sensaciones	Conductas	¿Qué ocurrió después?

Lunes	Voy a llegar tarde a la cita del médico	Va a pensar que soy una incompetente	Ansiedad Frustración	No voy y vuelvo a casa, conduzco rápido e insulto a otros conductores	Siento enfado hacia mí misma por perder la cita con el médico
Martes	Mi marido está tranquilo después del trabajo	Está cansado de estar conmigo, está enfadado porque no tengo trabajo	Tristeza, ansiedad, miedo	Le pregunto si está bien	Se irrita conmigo, me enfado
Miércoles	Mirando anuncios de prensa para encontrar trabajo	No puedo hacerlo, nunca encontraré otro empleo, nadie me entrevistará	Ansiedad, tristeza, frustración	Dejo de mirar y me pongo a limpiar en casa	Estoy enfadada conmigo misma por no buscar un trabajo
Jueves	Mi hermana me llama porque se siente triste	No es feliz, no soy una buena hermana, le estoy fallando	Impotencia, ansiedad, tristeza, agitación	Intento ayudarla, salimos a pasear	No pude dormir, mi mente no paraba de pensar
Viernes	Cena con unos amigos	Espero que todo salga bien, y si no les gusta la comida, y si no me da tiempo	Ansiedad, estrés	No dejo de quejarme y de preguntarles a todos si les gusta	No he hablado con nadie, estaba demasiado preocupada porque todos estuvieran bien

**Tabla 6.2 Registro del análisis contextual de emociones y CIE. El ARC de las emociones**

Fecha/hora	A Antecedentes		R Respuestas		C Consecuencias
	Situación/ Desencadenantes	Pensamientos	Sentimientos/ sensaciones	Conductas	¿Qué ocurrió después?

## 4. Conductas aprendidas

Comprender qué ocurre antes de que nuestras emociones se disparen nos ayudará a entender mejor nuestras emociones y nuestras respuestas emocionales. Pero además también es importante comprender las consecuencias (C) de nuestras respuestas a las experiencias emocionales. Todos nosotros estamos diseñados para aprender de nuestras experiencias. La única manera que tenemos para saber qué es bueno o malo es a través de nuestras experiencias, y nuestras emociones nos ayudan y guían para hacer esta distinción. Si queremos asegurar nuestra supervivencia, deberemos hacer cosas que sean positivas para nosotros y alejarnos de aquellas que son negativas. Con frecuencia, son nuestras emociones las que nos dicen qué es bueno y malo.

Si lo piensas bien, las emociones tienen un propósito adaptativo por la naturaleza. Por ejemplo, si un conejo en el campo se encuentra con un zorro cerca de su madriguera, la intensa emoción de miedo que el conejo experimentará le ayudará a aprender que es preferible permanecer lejos de esa situación de peligro en el futuro. El conejo aprende muy rápidamente de esa experiencia de miedo con el fin de sobrevivir, será muy probable que evite ir a ese lugar otra vez y será mejor que busque un nuevo lugar para construir una nueva madriguera. Este tipo de aprendizajes tienen lugar en la naturaleza constantemente, y nos muestran que a pesar de que no nos guste el miedo tiene sentido que aparezca y es una emoción muy adaptativa.

El aprendizaje a partir de emociones desagradables no solo es útil para los animales en la naturaleza, es algo que los humanos compartimos y ha ocurrido durante toda la evolución. Los humanos hemos sido diseñados también para aprender con rapidez de nuestras experiencias. Por ejemplo, si estás cocinando y coges el asa de una cazuela que está muy caliente, experimentarás dolor e inmediatamente quitarás tu mano de ella. Cuando vuelvas a necesitar coger una cazuela por su asa te pararás antes de hacerlo y utilizarás un trapo o una manopla para cogerla, así evitarás la experiencia desagradable de quemarte otra vez. Habrás aprendido que para evitar el dolor debes pensar dos veces mientras cocinas antes de coger una cazuela. Además, estamos diseñados para aplicar rápidamente lo que hemos aprendido, no solo en las situaciones que ocurran justo después, sino también en otras situaciones similares. Por ejemplo, no solo te pararás antes de coger el asa de la cazuela que está en el fuego, sino también de otros utensilios de cocina que puedan estar calientes; seguramente no solo dudarás en coger las asas de las cazuelas de tu casa mientras cocinas, sino que también lo harás cuando cocines en otros lugares (casa de familiares y/o amigos).

Quizá pienses ¿qué tiene que ver esto con mis síntomas? Lo importante que debemos comprender de estos ejemplos es que, como seres humanos, tenemos la habilidad de aprender con rapidez y modificar nuestras conductas en respuesta a experiencias emocionales desagradables. Para la mayoría de las personas esto es adaptativo, como el hecho de evitar quemarse de nuevo al tocar el asa ardiendo de una cazuela, pero no es

así para todo el mundo. ¿Qué pasa con la CIE de huir para escapar de un lugar repleto de gente cada vez que sientes pánico, a pesar de que estar en ese lugar es importante para ti? ¿Qué pasa con cambiar nuestra conducta para evitar la posibilidad de vivir una experiencia desagradable, como contagiarse de gérmenes, rechazando coger un transporte público?, o ¿qué pasa cuando cambiamos nuestra conducta al evitar vivir emociones desagradables o embarazosas no acudiendo a actos sociales? Algunas veces interpretamos nuestras emociones como alarmas que nos avisan de situaciones peligrosas que debemos evitar, y nuestras respuestas se convierten en desadaptativas en lugar de adaptativas. Parte del objetivo de este tratamiento es ayudarte a distinguir entre qué es un miedo real y qué es un miedo *percibido*, para poder conseguir una mejor comprensión de cuándo y cómo las emociones *deben* guiarte. Profundizaremos más en este tema en capítulos posteriores, pero por ahora lo más importante es comenzar a prestar atención a cómo aprendemos de nuestras experiencias emocionales.

Cuando experimentamos emociones intensas, dejan una huella duradera. Lo que desencadena nuestras emociones, y lo que ocurre cuando las tenemos, permanece con nosotros e influye en cómo experimentamos situaciones similares en el futuro. Como humanos, aprendemos también a repetir cosas que nos hacen sentir bien y a evitar cosas que nos hacen sentir mal. Sin embargo, como humanos, también tenemos la capacidad de razonar y prevenir, y por tanto podemos aprender a hacer ciertas cosas para protegernos de *potenciales* sentimientos desagradables. Por ejemplo, si la comida picante te produce ardor de estómago, evitarás comer comida picante. De la misma manera, si las reuniones sociales te producen malestar, evitarás acudir a esas reuniones sociales. Si no quieres esperar en las largas colas del supermercado, irás a comprar en días y horas donde sea menos probable que se acumule la gente. Si estás intentando escribir un libro y te asalta el pensamiento de que no podrás pensar con claridad, quizá te pongas a limpiar la casa o ver la televisión en lugar de escribir. Asimismo, si no quieres experimentar un ataque de ansiedad, irás caminando al trabajo en lugar de coger el bus o el tren.

Al aprender a evitar emociones intensas, estas han influido en nuestro comportamiento y por eso corremos cuando sentimos miedo, incluso cuando no existe ninguna razón para tener miedo, como ocurre en el caso del pánico, que nos ha influido a aprender respuestas inapropiadas y potencialmente perjudiciales de evitación. Las CIE nos sirven para aliviar el malestar asociado a la emoción, incluso cuando es solo por un periodo corto de tiempo, y nos ayudan a no sentirnos peor. Como consecuencia de este alivio, aprendemos a repetir esta misma conducta en el futuro cuando experimentemos esa intensa emoción. Por ejemplo, podríamos evitar el contacto ocular durante las conversaciones, o salir rápido de un lugar repleto de gente cuando sentimos pánico o estar en la cama todo el día cuando nos sentimos tristes. Con el tiempo aprendemos a realizar esa misma CIE una y otra vez, con el objetivo de dejar de sentir las emociones desagradables y evitar sentirnos peor. El problema es que si repetimos estas conductas una y otra vez entramos en un círculo vicioso y llegan a ser conductas automáticas,

contraproducentes y de gran intensidad. Como consecuencia del alivio rápido de emociones desagradables que producen las CIE, llegamos a pensar que son útiles para nosotros. Sin embargo, interfieren de múltiples maneras en nuestra vida. Estas estrategias aprendidas para afrontar las emociones intensas, como la evitación de situaciones que desencadenan emociones, abarcan la C, o la fase de *consecuencias*, en el modelo ARC. Al evitar estas emociones fuertes e intensas, nunca tenemos la oportunidad de conocer qué quieren decirnos realmente estos sentimientos, o de observar que *estos sentimientos van a pasar*. Y, al evitar las emociones intensas, nos estamos privando de aspectos valiosos e importantes de nuestras vidas.

- ¿Puedes pensar en algo que hayas aprendido a hacer para evitar experimentar algo molesto? ¿Cuál fue la experiencia que te influyó?

---

---

---

- ¿Qué has aprendido a hacer para experimentar cosas buenas? ¿Cuál fue la experiencia que te influyó en este caso?

---

---

---

## 5. Resumen

En este módulo del tratamiento, hemos aprendido una estrategia importante para comenzar a comprender el dónde, cuándo y cómo de nuestras experiencias emocionales, el análisis del ARC de nuestras experiencias. Identificar el ARC de las emociones nos ayudará a identificar los desencadenantes que ocurren inmediatamente antes de una experiencia emocional, así como a identificar desencadenantes más alejados en el tiempo que pueden influir en la manera en la que respondemos a las situaciones o eventos emocionales. Por fin, hemos aprendido cómo nuestras experiencias emocionales pueden influir en la manera en la que nos aproximamos o evitamos situaciones similares en el futuro. En el próximo capítulo, aprenderás algunas estrategias específicas que te ayudarán a observar tus propias experiencias, lo que te permitirá ser más consciente de tus experiencias emocionales y tus reacciones a esas emociones.

## 6. Tareas para casa

- Utiliza la supervisión de emociones y las CIE en alguna experiencia vivida durante

la semana para empezar a supervisar la ARC de tus experiencias emocionales. Busca desencadenantes inmediatos o lejanos en el tiempo y las consecuencias.

- Continúa supervisando tus experiencias semanales rellenando el OASIS y ODSIS.
- Recuerda utilizar el Registro de progreso para rellenar las puntuaciones totales del OASIS y ODSIS cada semana.

## 7. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. En el «ARC» de las experiencias emocionales, la «A» simboliza los antecedentes de la experiencia, la «R» cómo respondes y la «C» las consecuencias de tus respuestas. V F
2. Los desencadenantes de las experiencias emocionales solo incluyen las situaciones que acaban de ocurrir, y nunca los acontecimientos previos del día. V F
3. Nuestras emociones nos ayudan a acercarnos o a repetir cosas que nos hacen sentir bien y a evitar cosas que nos hacen sentir mal. V F
4. Existen tan solo consecuencias a corto plazo de cómo respondemos a una experiencia emocional. V F

# Capítulo 7.

## Aprender a observar tus emociones y las reacciones a tus emociones

### OBJETIVOS

- Conocer cómo las reacciones a las emociones afectan a la experiencia emocional.
- Aprender el concepto de conciencia emocional «sin juzgar» y cómo observar tus experiencias emocionales como un observador externo.
- Aprender la importancia de la «conciencia centrada en el presente».
- Practicar la «conciencia centrada en el presente» usando ejercicios de conciencia plena (Mindfulness) y la inducción de estados de ánimo a través de la música.

### 1. Revisión de las tareas para casa

¿Has completado los test OASIS y ODSIS durante esta semana? ¿Has añadido las puntuaciones en el Registro de progreso? En módulos anteriores introdujimos el registro del «modelo de los tres componentes de las emociones» y el concepto de «Conducta Impulsada por la Emoción» (CIE). ¿Has anotado tus experiencias de la semana pasada? Una vez más, recuerda que es de suma importancia para el éxito del programa que continúes registrando tus experiencias tal y como te hemos explicado. Esto te ayudará a desarrollar y entender con objetividad los factores desencadenantes de tus experiencias emocionales desagradables y angustiosas, los síntomas, pensamientos y conductas que son más típicas durante estas experiencias, y los elementos que pueden influir en la escalada de tu malestar. Como señalamos en el capítulo 3, permanecer fuera del bol de gelatina ayuda más que caer dentro. Si no has completado tus registros, te recomendamos que dediques tiempo para completarlos y vuelvas a leer los capítulos anteriores antes de seguir adelante.

Si has completado los registros, mira a ver si has identificado algún patrón que se repita. ¿Qué eventos parecen ser factores desencadenantes de tus experiencias desagradables y angustiosas? ¿Qué pensamientos y conductas son más habituales durante esos momentos de malestar? ¿Has identificado la existencia de temas recurrentes en tus pensamientos o conductas frecuentes cuando estás ansioso, deprimido o enojado? Continuar preguntándote este tipo de preguntas te ayudará a tener una comprensión más

completa y objetiva sobre la naturaleza de tus reacciones emocionales.

## **2. Conceptos clave**

Los conceptos clave de este módulo son aprender maneras de comenzar a ser más consciente de tus experiencias emocionales a medida que se desarrollan, y observar cómo esas experiencias se ajustan con lo que está ocurriendo en el momento presente. Aprenderás estrategias para aumentar tu conciencia sobre cómo los pensamientos, sensaciones físicas y conductas trabajan de manera conjunta para construir nuestras experiencias emocionales.

También aprenderás cómo identificar tus reacciones a las emociones, los juicios que haces de las experiencias emocionales y las formas en que esas reacciones juegan un importante papel en tus síntomas. Aprenderás y practicarás también habilidades que te ayudarán a dar un paso atrás respecto a tus experiencias emocionales con el objetivo de contemplarlas como un observador externo, a identificar qué aspectos de tus experiencias son centrales y están ofreciéndote información importante y adaptativa, y, por el contrario, qué otros aspectos son juicios o reacciones negativas a tu experiencia. Finalmente, aprenderás cómo averiguar si tu experiencia emocional se ajusta en realidad a lo que está sucediendo en el momento presente.

## **3. ¿Qué queremos decir con conciencia emocional?**

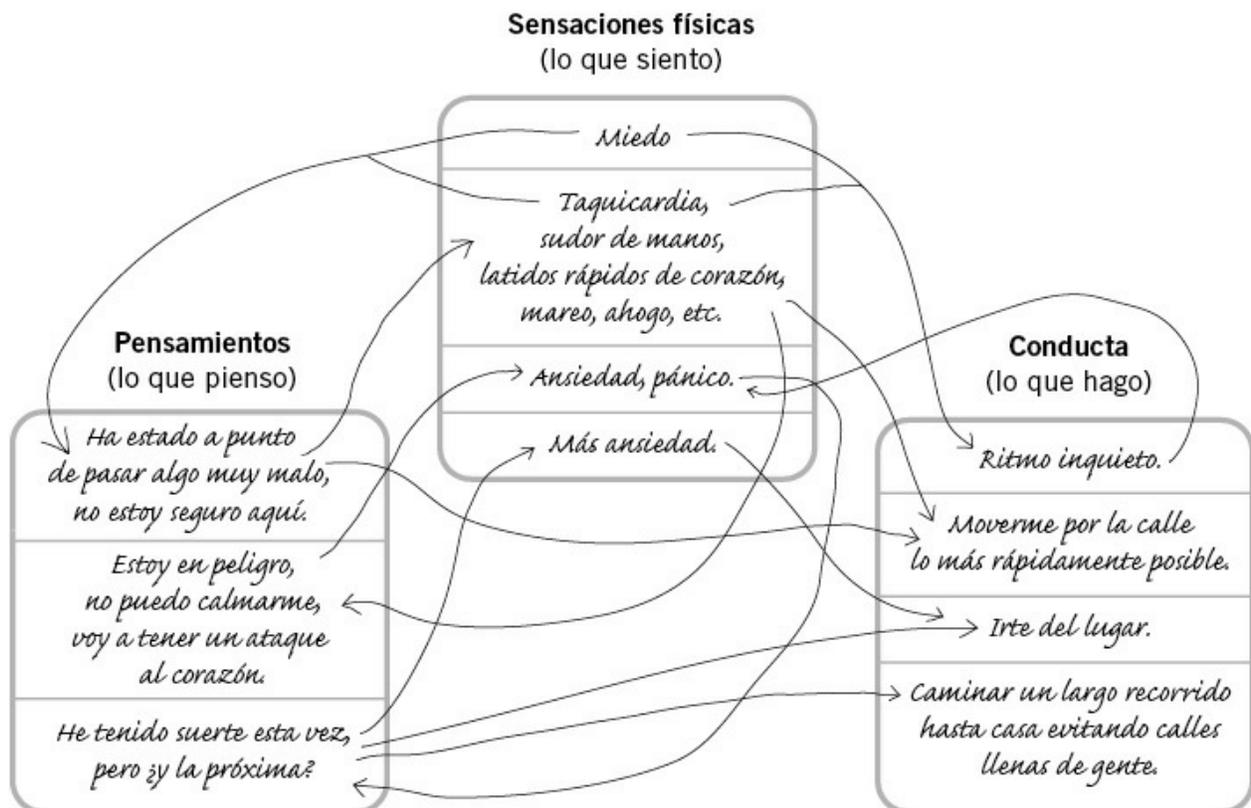
Ya hemos hablado de los motivos por los cuales las emociones pueden ser adaptativas; cómo empezar a observar tus experiencias emocionales, identificar desencadenantes, respuestas y consecuencias de tus respuestas (el ARC de las experiencias emocionales), y cómo descomponer una experiencia emocional en sus tres componentes principales (pensamientos, sensaciones físicas/sentimientos y conductas). En este capítulo, llevaremos estos conceptos un poco más lejos, ofreciéndote habilidades para ayudarte a conseguir una conciencia más objetiva de tus emociones. Aprenderás cómo observar tus experiencias desde fuera. La conciencia emocional no significa simplemente focalizarte en tu emoción. Quizá puedas sentir en estos momentos que eres muy consciente de tus emociones, que ya sabes que estás ansioso o deprimido o quizá frustrado. Puedes sentir que ser consciente de tus emociones no es el problema, sino que las emociones te sobrepasan, te parecen confusas, que no sientes ningún control sobre ellas, o que te parezca que solo «ocurren» de manera automática. Lo que podría no ser consciente, sin embargo, es que tus experiencias emocionales evolucionan a partir de la interacción constante de tus pensamientos, sensaciones y conductas, y esta interacción puede influir en la intensidad, la duración, incluso en el tono general de tu experiencia y puede jugar

un papel relevante en el desarrollo y mantenimiento de tus síntomas. Cuando hablamos de la conciencia emocional en este tratamiento, nos referimos a la habilidad de salir del círculo de interacción de pensamientos, sensaciones físicas y conductas con el objetivo de observar tu experiencia objetivamente. Solo de esta manera serás capaz de esclarecer qué parte de tu experiencia se ajusta en realidad a la situación en la que te encuentras ahora, y qué parte de tu experiencia es el resultado de procesos poco útiles como los pensamientos catastróficos o las conductas desadaptativas (conceptos que describiremos con más detalle en los capítulos 8 y 9).

Puedes pensar de esta manera: cuando tienes una respuesta emocional, por ejemplo, el miedo como reacción a algún acontecimiento cercano a ti, o quizá algo que te ocurre internamente como una sensación física, esta respuesta emocional inicial no es en sí misma problemática. Tal y como hemos mencionado, las emociones tienen un propósito y en esencia son adaptativas. La emoción inicial de miedo aparece para llamar tu atención sobre algo en potencia peligroso para ti. No obstante, tu experiencia emocional no acaba en esta emoción inicial de «miedo». Sino que, por el contrario, como resultado de esta emoción inicial, se desencadenan una gran cantidad de pensamientos, sensaciones físicas y conductas que se asocian e interactúan entre sí. Estas respuestas son las *reacciones* a tus emociones y juegan un importante papel en la vida de las personas con trastornos emocionales. Básicamente, estas reacciones están ahí para ayudarte a evaluar el mensaje inicial y decidir qué hacer con él. Como tales, están destinadas a ser útiles y prácticas. Por ejemplo, cuando experimentamos miedo, estamos en alerta de algo que puede ser potencialmente peligroso. Podemos evaluar este mensaje y si determinamos que el contexto actual no presenta ningún elemento amenazante, reconocemos la respuesta inicial de miedo como una falsa alarma, y por tanto el miedo comenzará a desaparecer. Otra posibilidad es que nuestro miedo nos motive a actuar con rapidez, preservando nuestra seguridad en la situación amenazante (sirviendo así de importante función). Podemos evaluar este mensaje y, después de determinar que el miedo ya no está presente (estamos a salvo fuera de peligro), reconocer que la respuesta emocional ha sido de ayuda pero ya no será necesaria; en este punto, el miedo comenzará a desaparecer. Podemos observar también las sensaciones que acompañaban la experiencia como la taquicardia o el sudor de manos y pensar que fueron una parte de la respuesta que nos ayudaría a salir del lugar, por tanto, sirven para un propósito que ya no es necesario; en este punto, las sensaciones físicas comenzarán a desaparecer. Sin embargo, mientras que estas reacciones secundarias están *destinadas* a ser adaptativas, pueden convertirse en problemáticas y desadaptativas, sobre todo si esa evaluación comienza a ser crítica, catastrófica o de incapacidad (p. ej., «no puedo afrontarlo»), o no son imágenes exactas de lo que está ocurriendo en el contexto presente. Mientras que nosotros podemos ser muy conscientes de nuestras respuestas emocionales iniciales, como el miedo, podemos ser menos conscientes de las reacciones secundarias del miedo, o de cuando esas reacciones cruzan la línea de ser útiles a extremadamente inútiles.

Para entender este concepto, veamos un ejemplo continuando con la emoción de miedo. Recuerda el ejemplo del capítulo 5, donde aprendiste que el miedo provocado por un coche que viene a toda velocidad hacia ti cuando estás cruzando la calle es adaptativo, funcional y puede salvar tu vida asegurándose de que saltes fuera de la carretera con rapidez, incluso antes de que pienses sobre lo que está ocurriendo. En este ejemplo, la emoción de miedo te motiva a actuar en el momento, con el objetivo de preservar tu vida y claramente no es una emoción problemática. No obstante, digamos que esta emoción de miedo te provoca taquicardia y sudor de manos y tú eres consciente de que esas sensaciones físicas están presentes, a pesar de que ha pasado el incidente. Comienzas a sentirte ansioso en respuesta a esas sensaciones y comienzas a preocuparte porque están empeorando o porque tú no puedes calmarte. Quizá la reacción a tu taquicardia sea pensar que estás teniendo un ataque al corazón. Comienzas a sentir pánico y a preocuparte porque quizá te desmayes. O quizá comiences a pensar que el mundo no es seguro, que has tenido suerte esta vez pero que algo malo puede ocurrirte todavía, o incluso que *va a suceder*. Esta experiencia puede llegar a ser tan abrumadora para ti que puedes sentir que necesitas salir de allí. Al día siguiente, al volver a pasar por la misma calle, vuelves a revivir la experiencia y decides caminar por otra calle aunque tardes más tiempo en llegar a tu destino. La figura 7.1 ilustra cómo pueden desarrollarse estas reacciones.

**Figura 7.1 Ejemplo del Modelo emocional de los tres componentes**



En este escenario imaginario, el miedo ha provocado sensaciones físicas desagradables e indeseadas (aceleración cardíaca o sudor de manos), ha producido una cascada de pensamientos negativos y conductas, causando una gran ansiedad que perdura incluso pasada la situación. El miedo que experimentaste al principio se ve como algo amenazante para ti, en lugar de la ocurrencia de una emoción natural que te alerta de algo importante que está ocurriendo a tu alrededor en un momento determinado (p. ej., «salir de la carretera si un coche se dirige hacia ti»).

Utilizando otro ejemplo comentado anteriormente, la intensa tristeza, el entumecimiento y el intenso sentimiento de pérdida que sentirías tras el fallecimiento de un ser querido no son, en sí mismos, problemáticos. Estas emociones, una vez más, están ahí con un propósito, ayudarte a centrarte en hacer frente a la pérdida y permitir el periodo de duelo. No obstante, si las reacciones a tu tristeza son una corriente de pensamientos negativos, como por ejemplo que tu tristeza es una señal de tu incapacidad para afrontar la pérdida, que nunca tendrás una vida normal o que nunca volverás a ser feliz de nuevo, estos pensamientos servirán para intensificar tus sentimientos de tristeza y soledad, haciendo que te sientas desmotivado/a y solo/a. En lugar de ver la tristeza como una señal de que necesitas tiempo para cuidarte y recuperarte, se puede ver la experiencia de tristeza como una señal de error y desesperanza.

Estos ejemplos nos muestran cómo las reacciones secundarias pueden convertirse en problemáticas y servir para aumentar la intensidad y prolongar las emociones desagradables. Cuanto más veamos nuestras emociones como amenazantes e indeseables, y cuanto más nos digamos a nosotros mismos que nuestros sentimientos son «malos» o que nosotros somos «malos» por sentirnos de una determinada manera, más alimentamos el círculo vicioso de pensamientos, sensaciones físicas/sentimientos y conductas que sirven para intensificar la experiencia emocional. Por el contrario, aprendiendo a observar cómo nuestras experiencias emocionales se despliegan, aceptando sin juicios que nuestras reacciones emocionales iniciales nos envían una señal de que algo está ocurriendo (que puede o no ser importante para nosotros), comenzaremos a parar el círculo vicioso de interacción entre pensamientos, sensaciones y conductas antes de que tengan la oportunidad de arrastrarnos con ellas.

Observa si puedes identificar algunas de tus propias reacciones de una experiencia reciente que hayas tenido:

- ¿Qué desencadenó la experiencia emocional?

---

---

---

- ¿Cuál fue tu respuesta emocional *inicial* (p. ej., miedo, ansiedad, tristeza, alegría)?

---

---

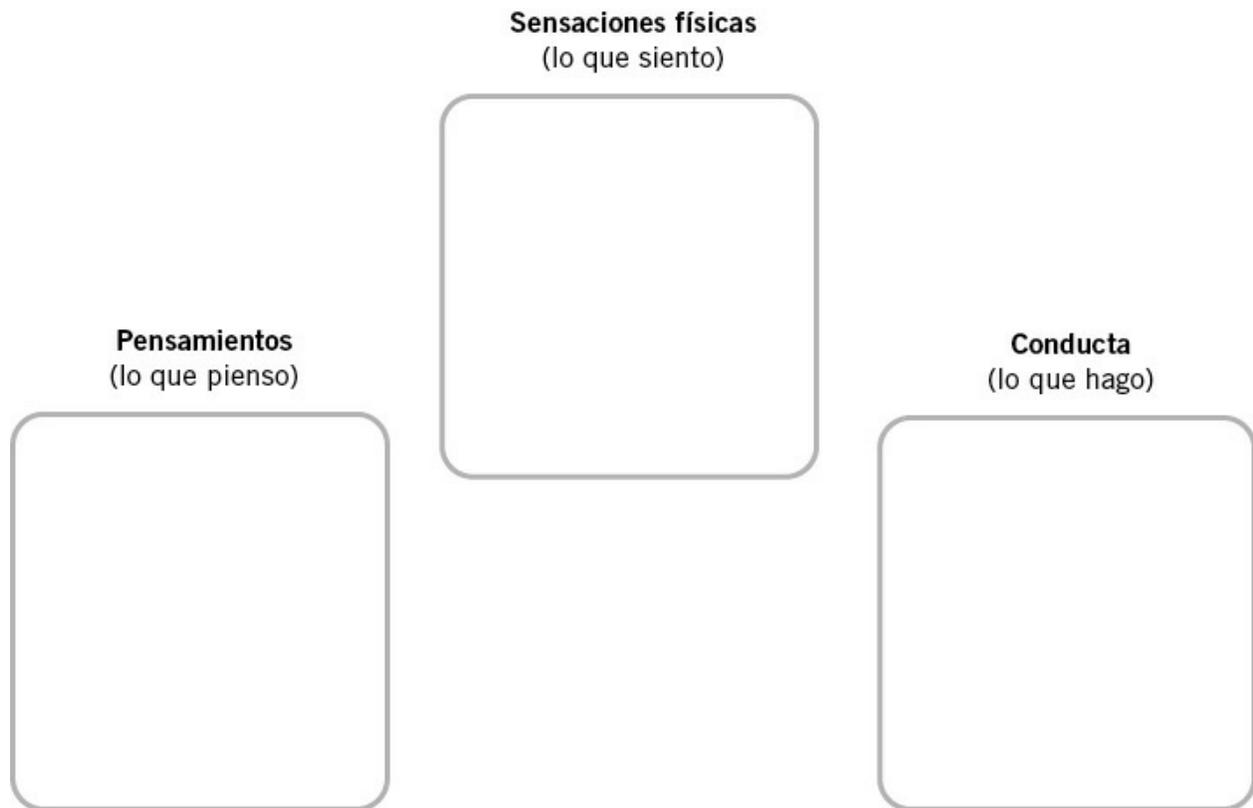
---

Utiliza el registro del Modelo de los tres componentes de las emociones de la figura 7.2 para analizar cómo surgen tus emociones. Utiliza flechas para reflejar cómo tus pensamientos, sensaciones físicas/sentimientos y conductas interactúan para influenciar tu experiencia.

#### **4. Conciencia emocional sin juzgar: distinguir las emociones de las reacciones a tus emociones**

Para empezar a fijarnos en nuestras *reacciones* ante una emoción inicial, alimentando nuestras experiencias emocionales a través de pensamientos negativos, acciones (CIE) y conductas de evitación, podemos prevenir nuestra respuesta emocional inicial siguiendo el curso natural de la emoción, que consiste en observar cómo va y viene, disminuyendo de manera gradual. Además, nunca tenemos la oportunidad de observar cómo nuestras emociones vienen y se van o de aprender lo que nos están diciendo. Por el contrario, nos dejamos llevar por nuestras reacciones, las cuales a menudo tienen la forma de juicios sobre nuestras emociones, arrastrándonos y dejando de lado nuestras experiencias emocionales con mucha facilidad. A esto nos referimos como *la conciencia sin juzgar*.

**Figura 7.2 Modelo de los tres componentes de las emociones**



La conciencia sin juzgar significa permanecer en contacto con nuestras experiencias incluso cuando estas son desagradables, y aceptarlas como son, aprendiendo cómo dejar que las emociones ocurran cuando se producen, y dejando que las reacciones que parten de las emociones vengan y se vayan sin intentar reducirlas, cambiarlas, o considerarlas buenas o malas, y sin intentar huir de ellas. Aceptar nuestras experiencias en este sentido *no significa resignarse a ellas*, no es lo mismo que decir «vive con tu ansiedad» o con tus emociones desagradables, o «vive con ello» o «sonríe y aguanta». Aceptar nuestras experiencias significa observar las emociones *tal y como son en el momento presente*, reconocer que nuestras emociones, a pesar de ser molestas, están intentando decirnos algo, y después, si todavía están ahí, nos animan a comenzar a responder a nuestras experiencias en un sentido más racional y realista, y no de manera instintiva/impulsiva. Solo desde esta perspectiva podemos comenzar a distinguir entre lo que es un fiel reflejo de lo que está ocurriendo en nuestro mundo en este momento y si hay algo que necesitamos hacer o, por el contrario, lo que es una *falsa alarma* y debemos dejarla pasar. Y, a través de aceptar nuestras experiencias presentes, no como una amenaza, sino como experiencias desagradables, comenzarán a perder un poco del poder que tienen sobre nosotros.

## 5. Importancia de vivir en el presente

En la última sección, hemos descrito la importancia de evaluar y aceptar nuestras experiencias emocionales presentes. Pero ¿qué es lo importante del momento presente?, ¿qué hemos aprendido de nuestras experiencias pasadas?, ¿y qué hemos aprendido sobre estar preparados para el futuro? Aprender de las experiencias y planificar el futuro son dos procesos muy importantes y nos informan, hasta cierto punto, sobre cómo podemos responder a las situaciones con las que nos enfrentamos. No obstante, la única vía para que podamos determinar si las respuestas emocionales en curso son un fiel reflejo de las actuales necesidades o demandas de la situación es anclar nuestra conciencia en el momento presente. Vivir plenamente en el pasado o en el futuro sin prestar atención a lo que tenemos delante no nos ayuda a entender qué necesitamos hacer en respuesta a las situaciones con las que nos encontramos en cada momento.

Lo que ocurre normalmente es que nuestras respuestas y juicios momentáneos sobre nuestras emociones suelen tener muy poco que ver con lo que en realidad está pasando *ahora mismo*. De hecho, las reacciones a nuestras emociones se basan, a menudo, en lo que ocurrió en el pasado o lo que pensamos que ocurrirá en el futuro. Las emociones desencadenan recuerdos sobre lo que pasó la última vez que nos sentimos así o hacen que comencemos a especular sobre lo que nos ocurrirá o lo que se avecina. Muchas veces, perdemos el contacto con lo que está ocurriendo delante de nosotros, en el aquí y el ahora, y permanecemos en un lugar lejano del pasado o del futuro («Esto es lo que pasó la última vez» o «Esto es lo que ocurrirá»). Ya no vemos lo que en realidad es la experiencia emocional, pensamientos, sensaciones y conductas desplegándose aquí y ahora. Deberíamos aprender algo de nuestras experiencias pasadas, pero lo que ocurre en este momento nunca será exactamente igual que lo que pasó con anterioridad. Del mismo modo, tenemos ideas de lo que ocurrirá en el futuro, pero nunca podemos tener la certeza ciento por ciento de que ocurrirá lo mismo y, por tanto, la información que está enfrente de nosotros es la única información exacta de la que disponemos. Ciertamente, si estamos centrados en el pasado o futuro, tenderemos a perder información muy importante que está frente a nosotros. Con el objetivo de entender nuestras emociones y qué están intentando transmitirnos, necesitamos empezar a ser más conscientes de nuestras experiencias emocionales *tal y como están sucediendo ahora mismo*. Para colocarlas en el contexto apropiado, es necesario abandonar el pasado y el futuro y anclarnos en el momento presente.

Por ejemplo, supongamos que la última vez que cogiste un tren tuviste un ataque de pánico. Tal y como ya hemos comentado, tú aprendes de tus experiencias y sobre todo de aquellas que te producen emociones intensas. Has experimentado un momento de alta ansiedad y miedo como resultado de un ataque de pánico en el pasado. Recuerdas que cuando ocurrió el ataque de pánico, el tren estaba repleto de gente y sentiste que no podías respirar.

Ahora, digamos que estás viajando en el tren. El tren para en una estación abarrotada y mucha gente comienza a subir al tren. Recuerdas que la última vez que esto ocurrió

sufriste un ataque de pánico. Sientes miedo y tu corazón empieza a latir con fuerza. Tu mente comienza a acelerarse y tu ansiedad comienza a crecer. Empiezas a convencerte de que vas a sufrir otro ataque de pánico, te dices a ti mismo que esta vez será peor que el anterior y te preocupa que en esta ocasión podrías incluso desmayarte.

En este momento, tu miedo provoca recuerdos del pasado, situaciones estresantes en las cuales tuviste un ataque de pánico. Tu miedo también provoca pensamientos negativos sobre el futuro, en los cuales te imaginas teniendo una experiencia mucho peor y dudas sobre tu capacidad de afrontarla. Cuando no eres consciente de lo que ocurre en el presente, tu miedo *asocia* la situación presente con un recuerdo pasado. No existe ningún peligro real en el presente, de hecho es una falsa alarma. Mientras estés en el pasado o el futuro, estarás fuera de la realidad del momento presente, en el cual no estás teniendo un ataque de pánico, no estás en una situación real o presente de peligro y de hecho, estás a punto de llegar a tu destino. Cuando llegas a tu destino, si tu mente continúa centrada en el pasado o futuro, pensarás que esta vez has escapado por poco de un ataque de pánico inevitable, pero seguro que ocurrirá la próxima vez. Un análisis más exacto de la situación es que llegaste a tu destino en el tren sin sufrir un ataque de pánico.

Como puedes observar, si no nos centramos en el presente utilizando el contexto actual para evaluar nuestras experiencias, reconociendo nuestras reacciones secundarias como reacciones actuales de una realidad que ocurre en el aquí y el ahora y, por el contrario, perdemos el contexto actual por completo, estaremos incapacitados para aprender de nuestras situaciones presentes y permaneceremos en los recuerdos de situaciones estresantes pasadas o preocupaciones sobre catástrofes futuras. Puedes pensar en esta habilidad como una cámara lenta para comprender mejor cómo funcionan tus respuestas emocionales. Consiste en dar un paso fuera de tu experiencia y observar las respuestas que están ocurriendo momento a momento. De este modo obtendrás una visión más completa sobre lo que puede ser una actuación errónea, te darás cuenta de que no estás teniendo en cuenta la evaluación de la emoción para determinar cómo deberías responder en función de la actual circunstancia, enganchándote en un círculo vicioso de interacción entre pensamientos negativos, conductas y sentimientos que sirven para intensificar, aumentar e incluso empeorar tu experiencia. Centrarse en el momento presente permite obtener nueva información y aprender nuevas asociaciones con tus emociones (p. ej., sentir miedo no significa siempre que estés en peligro).

Prestar atención a tus experiencias de esta manera se denomina *tener conciencia plena* (mindfulness). La conciencia plena es prestar atención consciente a lo que ocurre con el propósito de no juzgarlo, observando las cosas *tal y como son en este momento*. Cuando prestamos atención de esta manera, comenzamos a arraigarnos en la realidad presente y a valorar las opciones que están disponibles para nosotros en este momento. Solo entonces podremos permitir nuevos aprendizajes y nuevas reacciones a las emociones desagradables (p. ej., «puedo afrontar esto») que nos ocurren.

## 6. Practicando «vivir en el presente» y la «conciencia sin juzgar»

Ser plenamente consciente del momento presente no es algo que nos ocurra, de manera natural, a muchos de nosotros. Puede resultar especialmente difícil centrarnos en el presente cuando nos sentimos agitados o estresados. Aprender a prestar atención a nuestras experiencias, observándolas de manera objetiva, sin juzgarlas, aceptándolas y comprendiendo que están aquí, no es algo que ocurra con frecuencia. Puedes pensar en esta habilidad como desarrollar un nuevo músculo, y desarrollar los músculos requiere práctica. Si quieres correr un maratón en tu ciudad, no basta con inscribirse como participante, debes entrenar y practicar en distancias más cortas hasta que correr mayores distancias sea más fácil para ti. Se trataría de algo similar. Aprender a observar las experiencias que te ocurren en el presente, evaluar qué aspectos no son de ayuda y realizar cambios de acuerdo a la situación, requiere cierta práctica antes de que se convierta en una habilidad automática. Es una habilidad que debe ser practicada en este tratamiento, y que te será de ayuda para continuar en las siguientes fases, observando más próximamente cómo tus patrones de respuesta que incluyen pensamientos, conductas y sensaciones/sentimientos, pueden contribuir a provocar tus síntomas.

Con el objetivo de dominar esta habilidad, lo primero que debemos conseguir es acostumbrarnos a lo que se siente cuando observamos las experiencias que ocurren en el presente. Puede resultar muy sorprendente descubrir cuánto tiempo no somos conscientes de lo que ocurre a nuestro alrededor en el presente. Para acostumbrarse, recomendamos reservar al menos cinco minutos, una vez al día, por lo menos durante una semana, para practicar la conciencia centrada en el presente. El ejercicio se explica en la próxima sección (se puede descargar una versión en audio, en inglés, de la web de Treatments *ThatWork*<sup>®</sup> [www.oup.com/us/ttw](http://www.oup.com/us/ttw)). Si lo deseas, puedes continuar la práctica de este ejercicio como parte de tu rutina diaria. Lo importante en este momento es practicar por lo menos una semana para conseguir acostumbrarnos a observar tus experiencias. Utiliza tabla 7.2 Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar para ayudarte a evaluar tus progresos. Un ejemplo ya completado se muestra en la tabla 7.1.

**Tabla 7.1 Ejemplo de Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar**

<b>¿Qué has notado?</b>	<b>¿Cómo de eficaz fuiste en no juzgar tu experiencia?</b>
	<b>0 -10</b>

	Práctica	Pensamientos	Sensaciones físicas/ sentimientos	Conductas	(nada) (mucho)
Lunes	1.	No puedo prestar atención, ¿qué pasa si no sé hacerlo?	Noto que mis músculos están tensos y un poco de ansiedad	Me muevo en mi silla, miro el reloj para ver cuánto queda	0
	2.	Noto dudas y pensamientos otra vez	Noto que los músculos se van tensando	Miro el reloj y luego trato de mirar a otro lado	5
Martes	1.	Descubro que estoy pensando en buscar un trabajo	Noto mis hombros tensos y que aprieto la mandíbula	Intento que mis músculos se relajen	4
	2.	No lo estoy haciendo bien	Tensión, nervios	Moverme, cambiar de posición	2
Miércoles	1.	Preocupación por el dinero	Sensación de nudo en el estómago, después sentí los músculos relajados cuando me centré en mi respiración	Hago unas respiraciones profundas y vuelvo a prestar atención a mi respiración	7
	2.	Nunca encontrarás trabajo	Me sentí asustada y después calmada	Me centré en la respiración y en los sonidos	7
Jueves	1.	Pensamientos violentos vienen y se van, ahora vendrá otro pensamiento violento	Paz, relajación de músculos	Centrado en la respiración, escucho algunos sonidos	8
	2.	Estoy aquí ahora	Paz	Centrado en la respiración, respirar más lentamente	8

### **Tabla 7.2 Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar**

Reserva un tiempo, para hacer al menos un (o quizá dos) registros al día para practicar la conciencia centrada en el presente sin juzgar. El objetivo de este ejercicio es acostumbrarse a prestar atención a lo que ocurre, dentro y fuera de ti en el momento presente, observando tus pensamientos, sensaciones y conductas. Practicar el reconocimiento de pensamientos y sentimientos tal y como son, dejando marchar la necesidad del juicio crítico, el cambio o evitación de la experiencia interna. Con el aumento de la práctica, estas técnicas comenzarán a automatizarse y, finalmente, podrán convertirse en habilidades utilizadas en cualquier momento a lo largo del día y en cualquier situación.

	¿Qué has notado?				¿Cómo de eficaz fuiste en no juzgar tu experiencia?
	Práctica	Pensamientos	Sensaciones físicas/ sentimientos	Conductas	0 - 10 (nada) (mucho)
Lunes	1.				
	2.				
Martes	1.				
	2.				
Miércoles	1.				
	2.				
Jueves	1.				
	2.				

## 6.1 Ejercicio de conciencia emocional sin juzgar

La primera vez que realices este ejercicio (adaptación de Segal, Williams y Teasdale, 2002), detente entre las secciones y anota lo que percibes. Esto te ayudará a entender mejor el objetivo del ejercicio. Después de haber realizado el ejercicio desde el principio hasta el final por lo menos una vez, intenta practicar el ejercicio completo sin interrupciones, registra únicamente lo que notas al finalizar el ejercicio.

Cierra los ojos y permanece en tu silla. Por un momento, dirige tu atención a ti mismo/a. Imagina la habitación, qué cosas hay, dónde están ubicados los muebles. Ahora imagínate sentado/a dentro de la habitación y en el lugar exacto donde estás. Nota cómo te sientes sentado/a en la silla. Comienza a observar cómo se siente tu cuerpo, y cualquier sensación que tenga. Nota cualquier reacción física que tengas en este momento. Para por un momento, y solo permítete observar tus sensaciones físicas.

- Solo la primera vez: ¿qué has notado?

Lentamente, dirige tu atención a tu propia respiración. Nótate inspirando y espirando. Céntrate en tu respiración y lo que ocurre ahora, en este momento, utiliza tu respiración para ayudarte a anclarte en el momento actual. Céntrate en la sensación del aire que llena todo tu cuerpo y después sale de él. Tu respiración está siempre contigo y siempre ocurre en el aquí y el ahora. Utiliza tu respiración para recordar prestar atención y observar lo que ocurre ahora mismo. Para por un momento, y solo permítete observar tu respiración.

- Solo la primera vez: ¿qué has notado?

Tal y como estás centrado/a en tu respiración, lleva tu atención al interior de tus propios pensamientos. Nota cómo tus pensamientos cambian constantemente. Algunas veces piensas una cosa, otras veces otras. Algunos

pensamientos tan solo pasan, otros te distraen, y algunos de ellos cuesta más que se vayan. Solo nota qué estás pensando. Si notas que un pensamiento te atrapa o te arrastra, solo date cuenta y sin juzgar, intenta volver tu atención de nuevo a observar tus pensamientos, utiliza tu respiración para anclarte al presente. Permítete observar tus pensamientos por unos momentos y nota cómo vienen y se van.

- Solo la primera vez: ¿qué has notado?

Tal y como te has centrado en estos pensamientos, empieza a explorar cómo te estás sintiendo. Las emociones, como los pensamientos, están constantemente cambiando. Algunas veces sientes amor y otras odio, algunas veces calma y otras tensión, alegría, tristeza, felicidad. Algunas veces las emociones vienen y se van como las olas, otras veces se quedan; algunas veces se producen por ciertos pensamientos, otras veces aparecen no se sabe de dónde. Simplemente reconoce cómo te estás sintiendo ahora. Permítete observar tus emociones, sin juzgarlas. Nota cómo fluyen. Para por un momento, y permítete observar tus emociones.

- Solo la primera vez: ¿qué has notado?

Continúa utilizando tu respiración para anclarte y empieza a notar tu experiencia completa, cómo se siente tu cuerpo, qué estás pensando, qué emociones estás experimentando. Si notas que estás intentando cambiar la experiencia de alguna manera, presta atención y tranquilamente guíate de nuevo a tu experiencia. Nota todo lo que estás experimentando en este mismo momento.

- Solo la primera vez: ¿qué has notado?

Usa tu respiración para anclarte en el presente, permite a tu conciencia moverse para que pueda disfrutar de lo que está sucediendo a su alrededor. Nota la temperatura de la habitación. Nota cada sonido que se produce fuera de la habitación. Nota los sonidos que se producen dentro de la habitación.

- Solo la primera vez: ¿qué has notado?

Y, cuando estés preparado, comienza a volver a la habitación. Obsérvate sentado en esta habitación, observa lo que hay alrededor, qué cosas hay. Cuando estés listo, vuelve a la habitación y abre tus ojos.

Para tener una idea de cómo funciona este ejercicio, vamos a ver un ejemplo de conversación entre María y su psicólogo:

Psicólogo —Bien, ¿qué has notado?

María —Me he sentido muy incómoda. No me gusta estar sentada, me hace sentir ansiosa.

Psicólogo —Entonces, ¿estar sentada y centrar tu atención en el presente te hace sentir ansiosa?

María —Sí. No sé, me ha hecho pensar en cosas. En cosas que no quiero pensar, por ejemplo cómo me va a ayudar este tratamiento, que me sentiré fracasada si no funciona, que no debería estar sentada aquí y debería estar trabajando, lo de siempre. Entonces he intentado dejar de pensar sobre esto. No sé...

Psicólogo —Suena a que algunos pensamientos vienen a tu mente y tienes algunas

reacciones a esos pensamientos y ¿no quieres que estén ahí, no?

María —Sí, pero pienso que me he centrado más en intentar no pensar sobre ellos.

Psicólogo —Entonces te has centrado en las reacciones a tus pensamientos.

María —Sí, supongo que eso hice.

Psicólogo —¿Qué me dices sobre las sensaciones físicas?, ¿cómo te has sentido?

María —Bueno, al principio me sentí un poco tonta, y después me sentí un poco tensa cuando comencé a pensar en cosas.

Psicólogo —¿Has notado algunas reacciones físicas a tus pensamientos?

María —Sí, cuando pienso lo que debería estar haciendo, mis hombros comienzan a ponerse tensos y me siento inquieta.

Psicólogo —Entonces has notado algunas conductas que han pasado, como estar inquieta.

María —Sí, no lo sé, quizá no lo esté haciendo bien.

Psicólogo —Recuerda, el objetivo es no juzgar las experiencias y solo practicar la observación de estas y de tus propias reacciones. En este sentido, no se hace «mal» o «bien», solo tenemos que acostumbrarnos a observar cómo tus pensamientos, sentimientos/sensaciones físicas y conductas se desencadenan y se influyen mutuamente. Parece que el comienzo del ejercicio te ha provocado un poco de estrés y han surgido algunos pensamientos negativos con los que has luchado un poco. Parece que, algunas sensaciones físicas como la tensión también surgen junto con algunas conductas como estar inquieta. Entonces has notado bastantes cosas en tu primera experiencia. Vamos a practicar otra vez, mira si puedes solo observar algún pensamiento negativo que surja, notarlo como un pensamiento más, no luchar contra él y observar qué sensaciones físicas o conductas aparecen. Recuerda, estás practicando el empezar a convertirte en un observador curioso de tus experiencias, más que aproximándote a ellas como un juez, que es lo que solías hacer hasta ahora. Esta es una nueva perspectiva, y se requiere de tiempo para sentirte a gusto con ella.

Como puedes ver con este ejemplo, la primera vez que realices el ejercicio quizá te sientas un poco extraño/a o quizá pienses que no estás haciéndolo bien. Recuerda que el objetivo de este ejercicio no es hacerlo perfectamente: el objetivo es comenzar a aprender cómo observar y tomar conciencia de tus propias experiencias, para entender cómo se desarrolla todo el proceso en ti. Esto te ayudará a empezar a ver cuándo tus experiencias emocionales cambian de algo adaptativo y útil, a algo desadaptativo e inútil.

Una vez que comiences a sentirte más cómodo observando tus experiencias, pensamientos, sensaciones físicas y conductas que conforman tus experiencias, intenta practicar esta misma forma de observación mientras estás en un estado emocional determinado. Puedes hacerlo eligiendo música o canciones con algún significado especial para ti, algunas que podrían provocarte emociones intensas. Si tienes dificultades en elegir una canción, puedes elegir alguna del listado propuesto en *Treatments ThatWork*®

de la web [www.oup.com/us/ttw](http://www.oup.com/us/ttw). Escucha cada parte de la canción y practica observando cómo tus pensamientos, sensaciones físicas y conductas interactúan en respuesta a las emociones que provoca la música. Utiliza el Registro de inducción de estado de ánimo, tabla 7.3, para identificar las emociones y las reacciones a estas que han surgido al escuchar la música. ¿Cuál fue tu primera respuesta emocional?, ¿con qué fuerza sentiste esa emoción inicial?, ¿cuál fue tu reacción a esa respuesta emocional inicial?, ¿qué pensamientos, sensaciones o sentimientos experimentaste? Evalúa la intensidad de tu experiencia emocional utilizando la escala de 0 a 10 puntos que incluye el registro.

### Tabla 7.3 Registro de inducción del estado de ánimo

El propósito de este ejercicio es darse cuenta de los pensamientos, sensaciones y conductas que aparecen durante una experiencia emocional. Intenta encontrar canciones que despierten emociones intensas en ti. Cuando las estés escuchando, percibe las reacciones a la música o canciones que has seleccionado. Utiliza este registro para apuntar qué has notado después de escuchar cada pieza. ¿Cuál fue tu primera respuesta emocional? ¿Con qué fuerza sentiste esa primera emoción? ¿Cuál fue tu reacción a esa respuesta emocional inicial? ¿Qué pensamientos, sensaciones o sentimientos experimentaste? Puntúa la intensidad de tu experiencia emocional utilizando la escala de 0 a 10 puntos que te mostramos a continuación:

De 0 a 1	2 a 3	4, 5 y 6	7 a 8	9 a 10
No mucho	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

	Respuesta emocional inicial	Intensidad de la respuesta emocional	Reacción a la respuesta emocional		
Título canción	Describe la emoción que has sentido	Puntúa cómo de fuerte has sentido la emoción	Describe los pensamientos	Describe las sensaciones	Describe las conductas

## 7. Práctica diaria para centrarse en el presente

Una vez que has practicado formalmente la observación de tus experiencias por lo menos durante una semana, es importante ir incorporando esta habilidad en tu vida diaria mediante la práctica informal de la conciencia centrada en el presente, al menos una vez al día, con el objetivo de automatizar esta habilidad. Esto puedes realizarlo con facilidad y sin esfuerzo. Primero, es importante identificar algo que puedas usar fácilmente en tu vida diaria para acordarte de ser consciente en el momento presente. Una de las mejores señales, fácilmente disponible en nuestra vida diaria, es nuestra propia respiración. Tu respiración está contigo donde quiera que vayas, y siempre ocurre en el momento

presente. Si usas tu respiración o cualquier otro tipo de señal, asegúrate de que sea algo que puedas usar fácil y rápidamente para recordarte que permanezcas centrado en el presente. Una vez que has identificado una señal que te servirá de recordatorio, practica esta acción junto con algo que puedan percibir tus sentidos y que traiga tu atención hacia el presente, algo que esté sucediendo a tu alrededor. Puede ser un sonido que estés escuchando, algo que ves, o algo que puedas sentir físicamente (como la silla, el teclado del ordenador, la esponja). Entonces, por ejemplo, en un momento concreto del día respirarás profundamente (señal) y escucharás los sonidos del exterior de la calle o los sonidos del interior de la habitación. O también, respirarás profundamente y dirigirás tu atención a lo que sienten tus dedos al tocar las teclas de tu teclado. El objetivo de este ejercicio no es pensar sobre el significado de lo que notas, ni intentar entender tus reacciones. El primer objetivo de este ejercicio es tan solo practicar el prestar atención a lo que está ocurriendo a tu alrededor en el momento presente, dándote la oportunidad de estar «fuera de tu cabeza» y en el presente.

El segundo propósito de este ejercicio es comenzar a asociar las acciones o señales que elijas con la experiencia de permanecer centrado y observando el momento presente. A través de la repetición de la asociación entre señal con la conciencia de lo que ocurre a tu alrededor (sonidos, visiones, sensaciones), comenzarás a asociar con rapidez la señal con la conciencia centrada en el presente. Esto te permitirá por fin permanecer centrado en el presente de manera más automática que en el estado emocional de angustia. Por ejemplo, cuando te sientes abrumado/a y ansioso/a, realizar una respiración profunda (tu señal) te recordará que puedes dar un paso atrás del círculo de pensamientos, sensaciones y conductas, para observar tu experiencia, animándote a identificar y cambiar con rapidez las respuestas desadaptativas (algo de lo que aprenderás más en los siguientes capítulos).

Es importante entender que la señal que elijas no debe ser utilizada para distraerte y no sentir emociones. Más bien, tu señal está destinada a «darte auxilio» y recordarte rápidamente que, en momentos de angustia, debes llevar tu atención y conciencia al momento presente. De esta manera, te permitirá hacer un rápido escaneo de los pensamientos, sensaciones y conductas que estás experimentando en este momento y te ayudará a determinar cuál de tus respuestas, en estos tres dominios, son un reflejo exacto de lo que está pasando en ese mismo momento. Al ir avanzando en el tratamiento aprenderás estrategias que te ayuden a determinar si tus respuestas son útiles y apropiadas, y estrategias para devolvarte a la situación cuando tus respuestas sean desadaptativas. Por ahora, tu objetivo es aprender cómo observar tus experiencias y cómo permanecer anclado en el presente; esto te preparará para aprender nuevas habilidades a medida que avances en el tratamiento.

Para ayudarte a aprender estas habilidades, practica centrarte en el presente por lo menos una vez al día con alguna cosa que suceda a tu alrededor. Apunta todo lo que has notado en el Registro centrado en el presente en la tabla 7.4: debes usarlo para

comprobar la eficacia de permanecer centrado en el presente y para acostumbrarte al hábito de usar esta habilidad cada día. Recuerda, el objetivo de este ejercicio no es pensar en el significado de lo que sientes, ni intentar entender tus reacciones. El propósito es simplemente practicar el prestar atención a lo que está ocurriendo a tu alrededor, *justo en ese momento*. También apunta cualquier pensamiento, sentimientos/sensaciones físicas, o conductas que percibas. Puedes ver un ejemplo de registro ya completado en la tabla 7.5.

### Tabla 7.4 Registro centrado en el presente

Por lo menos una vez al día practica el permanecer centrado en el presente a través de al menos una cosa que esté a tu alrededor. Puede ser un sonido que oigas, algo que veas o algo que puedas sentir físicamente (como tu silla, el teclado del ordenador o la esponja). Puedes utilizar tu respiración para ayudarte a permanecer centrado en el presente. El objetivo de este ejercicio no es pensar qué significa lo que notas, ni intentar comprender tus reacciones. El propósito de este ejercicio es practicar el prestar atención a lo que está ocurriendo a tu alrededor en este mismo momento. También anota cualquier pensamiento, sensación o conducta que percibas.

¿Qué has notado?	¿Cómo de eficaz has sido anclándote en el presente? 0 - 10 (nada) (mucho)
Lunes	
Martes	
Miércoles	
Jueves	
Viernes	
Sábado	
Domingo	

### Tabla 7.5 Ejemplo de Registro centrado en el presente

¿Qué has notado?	¿Cómo de eficaz has sido anclándote en el presente? 0 - 10 (nada) (mucho)
Lunes El sonido de una moto en la calle	7
Martes El sonido del viento moviendo las hojas de los árboles	6
Miércoles El ruido del motor de la nevera	8

Jueves	Notaba las llaves en el bolsillo	6
Viernes	Pájaros fuera	9
Sábado	Sonido de coches pasando	8
Domingo	Notar la alfombra en la planta de mis pies	9

## 8. Resumen

En este capítulo hemos visto más exhaustivamente cómo funcionan las experiencias emocionales, y hemos descrito la importancia de ser consciente, no solo de las emociones iniciales que se desencadenan, sino también de las reacciones secundarias a esas emociones. Hemos descrito cómo pensamientos, sensaciones y conductas secundarias pueden influir en la intensidad, duración y tono emocional de nuestras experiencias, provocando que la respuesta emocional adaptativa a nuestra experiencia se convierta en una respuesta desadaptativa. También hemos visto la importancia de aprender cómo observar de manera objetiva y sin juzgar, tanto nuestras emociones, como nuestras reacciones a las emociones, con el objetivo de identificar formas en las que nuestros pensamientos, sensaciones físicas o conductas puedan convertirse en desadaptativas. Hemos hablado sobre la importancia de mantener nuestra conciencia centrada en el momento presente con el objetivo de determinar si el curso de nuestra respuesta emocional es reflejo exacto de las demandas o necesidades actuales de la situación. Para finalizar, hemos planteado la importancia de practicar la observación de pensamientos, sensaciones y conductas que ocurren en el momento presente y hemos introducido estrategias para ayudar a practicar esta habilidad.

En los próximos cuatro capítulos, nos aproximaremos más exhaustivamente a los tres dominios (pensamiento, conducta y sensaciones), ayudándote a distinguir cuáles de las estrategias que utilizas en la actualidad en estos tres dominios son desadaptativas y contribuyen a mantener tus síntomas. Y plantearemos nuevas estrategias de afrontamiento más adaptativas, a partir de las cuales pueda romperse el círculo de respuestas desadaptativas, y por tanto, se alivien tus síntomas.

## 9. Tareas para casa

- Dedicar tiempo a practicar la conciencia centrada en el presente sin juzgar, por lo menos una vez al día, para ayudarte a empezar a familiarizarte con la observación de tus experiencias. Utiliza el «Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar» para anotar tus experiencias.
- Utiliza el «Registro de inducción del estado de ánimo» para empezar a registrar las

emociones que experimentas en respuesta a la música, y para practicar el ser consciente de las experiencias emocionales sin juzgar. Anota en el registro tus reacciones a las canciones que has escuchado, y explora qué pensamientos, sensaciones y conductas emergen como respuesta a la música. Haz este ejercicio varias veces en días separados, y observa si notas cómo las reacciones emocionales difieren dependiendo de cómo te sentías antes de hacerlo. Utiliza el «Modelo emocional de los tres componentes» para explorar tus reacciones posteriores.

- Utiliza el «Registro centrado en el presente» para la práctica informal de la conciencia centrada en el presente, usando las señales elegidas (como respirar), para ayudarte a permanecer anclado en el momento presente. Practica el centrarse en el presente una vez al día percibiendo, al menos, una cosa que ocurra a tu alrededor y apuntala en el registro.
- Continúa utilizando el registro del «Modelo emocional de los tres componentes» y las CIE para identificar los desencadenantes emocionales y tus respuestas a esos desencadenantes. Incluye todos los ejemplos que puedas, y comienza a practicar el notar las CIE en tu vida diaria. Además, te proponemos que participes en al menos dos actividades durante toda la semana que provoquen emociones, positivas o negativas, observa tus reacciones y respuestas, y anota tus experiencias en el registro. Este ejercicio puede implicar que comiences a participar en algunas actividades que podrían ser un poco incómodas. Al principio puede ser difícil, pero es importante para construir la conciencia de las experiencias emocionales, tanto las positivas como las negativas.
- Continúa rellenando tus experiencias semanales utilizando el OASIS y ODSIS.
- Recuerda usar el Registro del progreso para anotar las puntuaciones totales del OASIS y ODSIS semana tras semana.

## 10. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. En este tratamiento, «la conciencia emocional» significa centrarte en tus emociones y cómo de mal te hacen sentir. V F
2. En este tratamiento, «la conciencia emocional» significa aprender a dar un paso hacia atrás en tu experiencia con el objetivo de observar la interacción entre pensamientos, sentimientos/sensaciones y conductas de una manera más objetiva. V F
3. Aceptar tus emociones significa que debes «sonreír y aguantar». V F
4. Muchas veces estamos centrados en el momento presente en lugar de pensar sobre el pasado o preocuparnos sobre el futuro. V F

5. Aprender a ser consciente es fácil y no requiere de mucha práctica.

V F

---

[2](#) Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002): *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.

# Capítulo 8.

## Entender los pensamientos: pensar en lo peor y sobrestimar el riesgo

### OBJETIVOS

- Entender cómo los pensamientos influyen en nuestras emociones.
- Aprender sobre la evaluación cognitiva.
- Aprender acerca de los errores comunes de pensamiento e identificarlos.
- Aprender la técnica de reevaluación cognitiva para aumentar la flexibilidad en el pensamiento y aplicarla.

### 1. Revisión de las tareas para casa

¿Has completado los test OASIS y ODSIS durante esta semana? ¿Has añadido las puntuaciones en el Registro de progreso? En el capítulo anterior, añadimos tres nuevos registros: Registro de conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar, Registro de inducción del estado de ánimo y el Registro de centrado en el presente. ¿Has practicado formalmente la conciencia centrada en el presente sin juzgar esta semana? A pesar de que esta tarea te resulte difícil al principio, recuerda que ponerla en práctica varias veces te permitirá estar más cómodo para así observar, de manera objetiva, todos tus pensamientos, emociones y conductas. El objetivo no es hacerlo de forma perfecta, pero al ponerla en práctica lo suficiente llegarás a sentirte más cómodo observando tus experiencias, sin intentar resolver tus problemas, controlar tus pensamientos o hacer otra cosa que no sea observar de un modo objetivo. Si no has podido ponerla en práctica al menos tres veces durante la última semana, vuelve atrás de nuevo para hacerlo antes de empezar este capítulo.

¿Intentaste realizar el anclaje en el presente durante la semana pasada? ¿Qué fue lo que más te gustó al centrar tu atención por completo en el presente? ¿Los sonidos? ¿Lo que estabas tocando? ¿Lo que estabas saboreando? ¿Necesitaste tomar aire o hacer algo que te ayudara a recordar que debías estar anclado en el momento presente? Practicar el anclaje en el presente, al menos una vez al día, es muy importante de cara a conseguir que realices esta habilidad de manera automática. Si no has podido practicar este ejercicio, aprovecha los próximos días para ponerlo en práctica antes de seguir avanzando en el programa. Recuerda que estás intentando encontrarte mejor y salirte

fuera del bol de gelatina en lugar de mezclarte con ella. Estas habilidades te ayudarán a conseguirlo.

¿Has continuado supervisando tus emociones durante la semana pasada? ¿Qué desencadenantes has detectado? ¿Has observado qué patrones o formas habituales de afrontamiento emergían de manera natural? ¿Qué clase de situaciones te desencadenaban la presencia de ansiedad, depresión, estrés u otras emociones desagradables? ¿Has detectado pensamientos o conductas habituales en respuesta a estas emociones? ¿Qué has aprendido y qué nueva información has obtenido sobre ti mismo esta semana?

## **2. Conceptos clave**

Este capítulo incluye una descripción de la *evaluación cognitiva*, es decir, se discutirá sobre cómo entendemos, interpretamos y damos significado al mundo que nos rodea, a nosotros mismos y a las cosas que nos suceden. Aprenderás a ser más consciente de la forma en que interpretas y evalúas las situaciones, y comprenderás cómo dicha evaluación influye en tus experiencias emocionales, e incluso en cómo te encuentras y en cómo respondes a situaciones que evocan emociones. Trabajarás para desarrollar mayor flexibilidad en tus evaluaciones e interpretaciones, en primer lugar, aprendiendo a identificar las evaluaciones «automáticas» inútiles y, a continuación, aprendiendo a generar evaluaciones e interpretaciones alternativas lo que llamamos *reevaluación cognitiva*.

## **3. Evaluación cognitiva**

Esta parte del tratamiento está dirigida a un aspecto muy importante dentro de la experiencia emocional: los pensamientos. Podrás explorar cómo tus pensamientos (en concreto, nos centraremos en cómo interpretamos y evaluamos las situaciones) afectan a tus emociones y, a su vez, cómo tus emociones pueden influir en tus pensamientos. Existen diferentes formas de interpretar y/o evaluar una situación. Además, esta forma en que podemos llegar a interpretar una misma situación puede sufrir variaciones en función de aspectos tales como el lugar donde focalicemos nuestra atención, el significado que otorgamos a dichos eventos, etc. Las diferentes formas de interpretar y evaluar las situaciones tienen importantes consecuencias en cómo nos sentimos.

### **3.1 ¿Qué es la evaluación cognitiva?**

En cualquier situación, hay un amplio y variado número de aspectos que podemos observar. Para ilustrar mejor este punto, vamos a volver atrás, cuando se os pedía

realizar una presentación oral en el trabajo o en el instituto, universidad, etc. Imagina que después de hacer dicha presentación quedas con tu jefe o tu profesor para comentar la actuación. Durante la conversación, tu jefe o profesor empieza felicitándote por la intervención. Imagina que, conforme avanza esta conversación, el jefe o profesor te comenta un aspecto que deberías mejorar de tu presentación. Por ejemplo, podrían recomendarte aumentar el tiempo de contacto ocular con la audiencia durante la presentación. En muchas ocasiones, ante esta situación, las personas nos quedamos solo o con la alabanza o con la crítica que nos manifiesta nuestro jefe, nuestro profesor, etcétera.

Hay numerosos aspectos diferentes a los que podríamos atender y que podrían ser comentados y evaluados. Por ejemplo, podríamos interpretar lo que tu jefe o tu profesor señalan que debes mejorar como un indicador de fracaso («La exposición ha sido un fiasco, mi jefe me ha dicho que debo mejorar mi contacto visual»), como una crítica constructiva («La exposición ha ido bastante bien. La próxima vez podría salir incluso mejor si mejoro el contacto visual con la audiencia»).

Tus interpretaciones pueden variar mucho según la importancia y significado que atribuyas al evento o situación. Por ejemplo, puedes percibir este fallo como algo atribuible a ti (p. ej., «Realmente me sobrepasó esta charla, soy un fracaso»), o como una situación concreta (p. ej., «Esta charla no me ha salido muy bien, pero la próxima seguro que sale mejor»).

Esta es la forma en que trabaja la mente humana, actuando como un filtro que se centra en ciertos aspectos de las situaciones, asignándoles significado para aumentar la eficiencia y velocidad con la que podemos responder a una situación dada. Este proceso puede ser útil, como discutiremos con mayor detalle más adelante. También tendemos a comparar las situaciones actuales con experiencias pasadas para ayudarnos a interpretar o evaluar situaciones cotidianas, y de vez en cuando utilizamos estas interpretaciones y evaluaciones para anticipar lo que podría suceder en el futuro. Como discutiremos de manera detallada más adelante, es importante que tengas presente que todas estas evaluaciones que realizamos tendrán consecuencias muy diferentes para nuestras emociones, incluso en lo que hacemos y en cómo nos sentimos.

### **3.2 Ejercicio 1 de evaluación cognitiva: construcción de significado**

Vamos a realizar un ejercicio que nos va a ayudar a exponer las diferentes formas en que puede interpretarse una misma situación. Por favor, visualiza durante un instante la ilustración que se muestra a continuación (figura 8.1) e imagina lo que piensas que está ocurriendo en la misma.

#### **Figura 8.1 Escena ambigua**



Ahora, utilizando el Registro de observar tus interpretaciones, registra tu valoración inicial de lo que está ocurriendo en el dibujo. Asegúrate de anotar lo primero que se te ha venido a la cabeza cuando has observado la imagen. A continuación, escribe qué factores te han llevado a interpretar la escena de esta manera (es decir, ¿en qué aspectos del dibujo te fijaste para hacer esta primera interpretación?).

¿Cuáles serían otras posibles interpretaciones de lo que podría estar ocurriendo en la imagen? Dedicar unos minutos para anotar tantas interpretaciones como puedas en el Registro de observar tus interpretaciones. Al principio puede resultar complicado pero con tiempo y práctica puede convertirse en algo casi natural. Recuerda que no hay «respuestas correctas», incluso si alguna de esas evaluaciones posteriores no se corresponde con tu interpretación inicial.

¿Cómo te ha hecho sentir tu primera interpretación respecto a lo que estaba ocurriendo en la ilustración? ¿Qué ocurriría si tú estuvieras ahora mismo en esa foto? ¿Qué tipo de comportamiento o qué cosas harías en relación a esa primera interpretación? ¿Habría otra interpretación que podrías realizar y que estuviera relacionada con otro tipo de respuesta emocional? ¿Qué harías entonces si hubieras interpretado la imagen inicialmente de esta forma?

### 3.3 Análisis de tus interpretaciones

1. ¿Cuáles fueron tus interpretaciones automáticas sobre la escena que recoge la ilustración?

---

---

---

2. ¿Qué factores o indicios contribuyeron a tu interpretación automática? (P. ej., experiencias pasadas, recuerdos, aspectos específicos del dibujo, etcétera).

---

---

---

3. Genera algunas interpretaciones alternativas sobre lo que el contenido de la imagen podría significar (al menos tres alternativas). Si tu primera interpretación del dibujo fue negativa, piensa en alguna interpretación positiva que pueda ajustarse. Por el contrario, si la primera interpretación fue positiva, trata de generar una interpretación nueva negativa. Pon este ejercicio en práctica siendo flexible con tus interpretaciones.

---

---

---

Como ves, las diferentes interpretaciones o evaluaciones, que hacemos, están asociadas con diferentes emociones e incluso con diferentes tipos de respuestas y conductas. Esto refleja un hecho muy importante a considerar, y es que nuestras propias interpretaciones influyen de manera intensa en cómo nos comportamos ante la ocurrencia de una determinada situación o en el manejo de la propia situación en sí. Para las personas que tienen algún trastorno emocional, este proceso de evaluación de los eventos puede convertirse en problemático.

Ahora, ¿cómo crees que interpretarías la imagen si estuvieras muy triste o muy desanimado? ¿Qué ocurriría, por el contrario, si estuvieras feliz y contento? Al igual que

nuestras evaluaciones pueden influir en nuestras emociones, nuestro estado de ánimo puede influir en nuestras interpretaciones y evaluaciones de las situaciones en nuestra vida cotidiana. Este hecho, en parte, es lo que mantiene algunas de las dificultades y problemas que experimentan las personas con trastornos emocionales, como más adelante comentaremos.

Al completar este ejercicio que acabamos de realizar, las personas en general nos sorprendemos al comprobar la gran variedad de interpretaciones adicionales que podemos llegar a realizar de una misma imagen, después de la primera interpretación automática realizada. Y en realidad esto es lo que hacemos continuamente en nuestro día a día. Las cosas que nos pasan, las situaciones en las que nos vemos envueltos son de inmediato, y a veces de forma automática (de manera consciente o inconsciente), interpretadas. Todas estas interpretaciones iniciales o *evaluaciones automáticas* juegan un papel muy importante en la determinación de nuestras experiencias emocionales.

## **4. Evaluaciones o interpretaciones automáticas**

### **4.1 ¿Qué son las evaluaciones automáticas?**

Numerosos pensamientos y evaluaciones rondan por nuestra cabeza. Automatizamos ciertas maneras de interpretar las cosas o de filtrar nuestras experiencias para responder a lo que nos demandan las situaciones de forma rápida y efectiva. Esto es natural y ocurre de manera habitual. Para los seres humanos, es adaptativo en algunas situaciones centrar nuestra atención en ciertos elementos informativos clave, y desechar información adicional. Por ejemplo, si existe algún peligro o daño de manera inminente, como que venga un coche en sentido contrario, nos fijaremos en la velocidad a la que circula, a qué distancia se encuentra de nosotros o de la matrícula. Esto es útil, ya que nos ayuda a procesar peligros y amenazas rápidamente, de manera que nos permitirá responder de forma más adecuada en estos casos. Sin embargo, este proceso natural adaptativo puede volverse problemático.

Con el tiempo, las personas desarrollan a menudo una forma particular o manera de evaluar los eventos y las situaciones en las que se ven envueltos. La investigación ha descubierto que las personas con problemas emocionales son más propensas a focalizarse en lo negativo, en evaluaciones e interpretaciones más pesimistas. Y, como mencionábamos con anterioridad, estas interpretaciones negativas influyen en la forma en que nos sentimos y en cómo actuamos.

### **4.2 Identificando nuestras principales evaluaciones automáticas**

En ocasiones, puede resultar complicado identificar nuestras interpretaciones

automáticas, porque a veces ni siquiera nos damos cuenta de que estamos llevándolas a cabo. Para ello, puede resultar de utilidad poner en práctica la identificación de este tipo de evaluaciones en relación con situaciones evocadoras de emociones que podamos encontrarnos de forma cotidiana en nuestro día a día.

Empezaremos con un ejemplo ilustrativo. A continuación encontraremos una descripción de una conversación entre Sara y el terapeuta. A principios de la semana, Sara fue invitada a una fiesta con compañeros de trabajo. Conforme avanza la semana y va llegando la noche en cuestión, Sara se va poniendo más nerviosa acerca de su asistencia a la fiesta. Veinte minutos antes de la hora a la que habían quedado para acudir a la fiesta, Sara llama a una de las compañeras de trabajo con las que había quedado para disculparse y comunicarle que finalmente le iba a ser imposible asistir.

Terapeuta —Así que te invitaron a una fiesta con tus compañeros de trabajo, ¿no?

Sara —Sí, y les dije que iría. De hecho, a principios de semana me compré ropa nueva y todo lo necesario para asistir. Pero después, justo antes de la fiesta, cuando ya estaba lista para salir hacia allí, empecé a asustarme.

Terapeuta —¿Qué empezaste a notar mientras te estabas preparando para la fiesta?

Sara —Empecé a sentir náuseas y que mi corazón latía a mayor velocidad. Y empecé a sudar mientras me estaba maquillando.

Terapeuta —De acuerdo, así que notaste algunas sensaciones físicas relacionadas con la ansiedad. ¿Qué pensabas mientras estabas arreglándote?

Sara —Bien, pues me di cuenta de que estaba empezando a preocuparme por cómo iría la fiesta. Me preocupaba el no tener nada que decir. Empecé a sentirme peor, así que llamé a mis amigos y les dije que no podía ir.

Terapeuta —¿Estabas tan preocupada por no saber qué decir que llamaste a tus amigos para decirles que no asistirías?

Sara —Sí, porque estaba muy ansiosa, no podía soportarlo. Sin embargo, tampoco me sentí mucho mejor quedándome en casa. Me sentí fatal. Me senté en el sofá y me enfadé conmigo misma por no haber ido a la fiesta.

Terapeuta —Por lo que me cuentas, parece que te pusiste muy ansiosa por no saber qué decir cuando estuvieras en la fiesta. Por curiosidad, ¿qué hubiera ocurrido (o qué hubiera significado para ti), si no hubieras tenido nada que decir en la fiesta?

Sara —Bueno, pienso que si no tuviera nada que decir la gente pensaría que soy aburrida.

Terapeuta —¿Y qué ocurriría si la gente hubiera pensado que tú eras aburrida?

Sara —Pues que no me hubieran invitado a fiestas nunca más.

Terapeuta —Así que tú estás convencida de que tus amigos pensarían que eres aburrida y que por eso no te invitarían a más fiestas en el futuro. Si esto que dices fuera cierto... ¿qué ocurriría después?

Sara —Pues que perdería a todos mis amigos y que estaría sola para siempre.

En el ejemplo anterior, Sara identificó inicialmente que estaba preocupada por no saber qué decir en la fiesta, lo que la llevó por fin a cancelar su asistencia en el último momento y a quedarse en casa. Sin embargo, el comportamiento de Sara parece ser una reacción extrema del miedo que le genera el no tener nada que decir. Al discutirlo con el terapeuta en sesión, Sara fue capaz de identificar la principal interpretación automática que estaba haciendo y que estaba modulando la intensidad de su respuesta emocional. En concreto, que los asistentes a la fiesta pensarían que es aburrida y que por eso perdería a todos sus amigos y se quedaría sola para siempre. Es muy importante tener en cuenta que este tipo de interpretación haría que cualquiera se pusiera aún más ansioso, dificultando mucho acudir a la fiesta.

Como comentábamos antes, no somos conscientes de lo que nos decimos a nosotros mismos. Algunas veces nuestras evaluaciones pueden llegar a ser tan aprendidas, que pueden producirse automáticamente, sin que seamos totalmente conscientes. Es importante que identifiquemos exactamente lo que nos decimos a nosotros mismos sobre una determinada situación, lo que denominamos *evaluación automática inicial*, con el objetivo de entender nuestra respuesta emocional y reaccionar de manera más adaptativa a largo plazo, en lugar de reaccionar de forma directa a la intensidad de las emociones. Una de las técnicas que puede sernos útil para identificar nuestra evaluación automática es la técnica de las flechas descendentes. Para ponerla en marcha, es necesario que nos preguntemos a nosotros mismos cuestiones similares a las que el terapeuta realizó a Sara en el diálogo que acabamos de leer («¿Qué ocurriría si X fuera verdad?»; «¿Qué ocurriría después?»; «Si X fuera cierto, ¿qué significaría para mí?»).

Ahora es el momento de poner en práctica esta nueva habilidad. En primer lugar, escoge algunos ejemplos de las semanas anteriores del Registro de análisis contextual de emociones y CIE. Recuerda aquellas situaciones que anotaste y atiende a los pensamientos que fuiste capaz de identificar en su momento. ¿Percibes alguna desconexión entre tu conducta en dicha situación (p. ej., evitación) y la evaluación automática identificada (p. ej., «No tendré nada que contar a la gente»)? En muchas ocasiones, las evaluaciones automáticas iniciales que identificamos tan solo atienden a una parte de la historia. Utiliza el Registro de la técnica de las flechas descendentes (tabla 8.1) para identificar algunas de tus evaluaciones automáticas principales anotadas en tus registros anteriores. Te mostramos también un ejemplo ya completado en la tabla 8.2.

Estas evaluaciones (p. ej., pensamientos de amenaza o de fracaso) son a menudo poco útiles. Si aparecen de forma inadecuada, en el momento equivocado, o con demasiada frecuencia, tienden a hacernos sentir peor, y pueden impedir que llevemos una vida plena. Ahora, vamos a analizar algunos ejemplos específicos sobre evaluaciones automáticas que las personas tienen habitualmente. A estas evaluaciones automáticas inútiles las llamamos *errores de pensamiento*.

## 5. Errores de pensamiento

### 5.1 ¿Qué son los errores de pensamiento?

Cuando nos centramos de manera repetida en una única interpretación sobre un determinado acontecimiento, esta manera de entender la realidad se vuelve más fuerte e insistente, de forma que excluye e ignora otras maneras de interpretar o de pensar sobre dicho acontecimiento. El pensamiento se convierte en una «trampa» o «error» que contribuye a que se produzcan emociones como miedo, ansiedad, depresión, ira... haciéndolas más intensas e incluso «fuera de control». Para entender estos ejemplos, podría ser útil que nos trasladáramos al inicio del capítulo, en el que recibíamos la valoración por parte de nuestro jefe o profesor sobre la presentación que habíamos realizado. Por supuesto, si no realizamos bien del todo la tarea asignada en el trabajo o el instituto, es útil que recibamos retroalimentación por parte del jefe o profesor para fijarnos en lo que hicimos mal (en lugar de otros aspectos de tu presentación), con el objetivo de mejorar tu presentación en el futuro. Esta situación es un ejemplo de cómo filtrar la información puede ser útil y adaptativa. Sin embargo, podría convertirse en algo problemático si tan solo filtráramos esa parte negativa y no hiciéramos caso en absoluto a aquellos aspectos de la presentación que sí hemos hecho de manera correcta, o a que la presentación en general ha estado muy bien, o a que el error que cometiste fue totalmente comprensible. En estos casos, focalizarnos solo en lo que hicimos mal ignora otra información significativa e importante acerca de tus logros. Este filtrado incompleto puede dar lugar a que emerjan sentimientos como la tristeza, la impotencia y además que surjan en nuestra cabeza pensamientos del tipo «nunca haré nada bien». Por tanto, tanto las evaluaciones automáticas como nuestros sentimientos mantienen el círculo de las emociones, ya que nuestras evaluaciones influyen en cómo nos sentimos, y cómo nos sentimos influye en las futuras evaluaciones que hagamos.

#### Tabla 8.1 Registro de la técnica de flechas descendentes

##### REGISTRO DE LA TÉCNICA DE FLECHAS DESCENDENTES

- Evaluación automática:



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

- Evaluación encubierta:



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

- Evaluación encubierta:

⇓

Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

- Evaluación encubierta:

Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

⇓

- Evaluación encubierta:

## **Tabla 8.2 Registro de la técnica de flechas descendentes, de Sara**

### **REGISTRO DE LA TÉCNICA DE FLECHAS DESCENDENTES (completado)**

- Evaluación automática: «No tendré nada que decir»

⇓

Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

- Evaluación encubierta: «No tendré nada que decir, soy aburrida»

⇓

Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

- Evaluación encubierta: «Si no tengo nada que decir, no me invitarán a fiestas nunca más»

⇓

Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

- Evaluación encubierta: «Si no me invitan a fiestas nunca más, perderé todos mis amigos»

Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

⇓

- Evaluación encubierta: «Perderé todos mis amigos y estaré sola para siempre»

## 5.2 Errores de pensamiento comunes

La identificación de las evaluaciones automáticas que tienes en situaciones que provocan emociones (las cuales pueden llevar a experimentar emociones de manera abrumadora) es el primer paso para empezar a corregir estos patrones incorrectos de pensamiento. En ocasiones es más sencillo identificar las evaluaciones negativas cuando podemos englobarlas dentro de una categoría o tipo de evaluaciones automáticas. Para ayudarnos en este proceso de identificar nuestras evaluaciones automáticas, los expertos han llegado a la conclusión de la existencia de dos errores de pensamiento que están muy relacionados con la ansiedad y la depresión. Estas formas de pensamiento no son incorrectas o negativas, pero sí influyen de manera poco beneficiosa al reducir la flexibilidad o la interpretación alternativa de algunas situaciones, lo que puede dar lugar al mantenimiento del círculo de respuesta emocional negativo.

Los dos errores de pensamiento más comunes son:

- *Sobrestimar la probabilidad* (también conocido como *saltar a las conclusiones*): Tiene lugar cuando la persona sobrestima la probabilidad de la ocurrencia de eventos negativos. También cuando interpreta las cosas negativamente, a pesar de que existe poca o ninguna evidencia que apoye estas interpretaciones. De la misma manera, la persona ignora la información que podría sugerir otros resultados, incluso más probables.
- *Catastrofizar* (o pensar lo peor): Ocurre cuando la persona, automáticamente, predice que lo peor va a ocurrir, sin considerar otros posibles resultados. La persona tiende a subestimar su habilidad para afrontar ese resultado en el caso que se diera.

### 5.2.1 Sobrestimación de la probabilidad (o saltar a las conclusiones)

Las personas con trastornos emocionales suelen sobrestimar la probabilidad de que algo malo suceda, como suspender un examen, que otros les rechacen, que el avión en el que viajan se estrelle, o que contraigan una enfermedad. En el caso de que haya un peligro o amenaza real, puede que pensar así les pudiera ayudar, porque les prepararía para la amenaza o para evitar algo peligroso. A veces, incluso puede ayudarnos que las emociones «dirijan» nuestros pensamientos a sobrestimar la probabilidad de la amenaza o peligro para prepararnos y que no salgamos heridos (suspendamos, o sintamos vergüenza). No obstante, se convierte en una trampa u error cuando sobrestimamos frecuente e indiscriminadamente la probabilidad de que un evento desagradable o temido pase. Por ejemplo, imagina que Pablo está teniendo de manera repetida ataques de ansiedad que parecen llovidos del cielo. Cuando le sucede, le aterroriza morir por el ataque de ansiedad. El problema con ese error de pensamiento es que sobrestimar la probabilidad de que lo que tanto teme suceda (p. ej., morir por el ataque de ansiedad,

aunque nunca haya sucedido) y centrarse en esa única interpretación, hace que Pablo se esté perdiendo otras alternativas (p. ej., es un ataque de ansiedad y se pasará pronto), o las evidencias de que morir por un ataque de ansiedad es muy improbable.

De nuevo, es importante subrayar que el problema con estos errores de pensamiento no es que sean «equivocaciones» o sean «malos», sino que hacen que nuestras evaluaciones sean más rígidas (menos flexibles), lo cual, si lo combinamos con nuestro estado de ánimo, puede mantenernos estancados en un círculo de fuertes emociones. Para empezar a identificar estos errores de pensamiento en tu vida diaria, utiliza tu Registro de análisis contextual de emociones y CIE de estas últimas semanas. Intenta identificar algún ejemplo de sobrestimación de la probabilidad usando la descripción que acabamos de realizar de este error de pensamiento.

### 5.2.2 Catastrofizar (o pensar lo peor)

Este error de pensamiento se refiere a la tendencia de las personas con trastornos emocionales a pensar que lo peor que podría suceder va a pasar realmente y que, si sucede, no podrán afrontarlo. Por ejemplo, Sara piensa que si se presenta a alguien nuevo tendrá vergüenza y se ruborizará. Como resultado, asume que la otra persona la rechazará y sentirá desprecio hacia ella, lo cual sería devastador para ella. En este caso, los resultados serían catastróficos (p. ej., la otra persona la rechazará), aunque es más probable que el resultado no sea tan desastroso. También está la suposición de que Sara no sería capaz de afrontar este resultado tan catastrófico si ocurriera (p. ej., sería devastador). El problema con este error de pensamiento es que tomamos como cierto que lo peor que pensamos es lo que va a suceder y que cuando pase no podremos afrontarlo (p. ej., la otra persona me rechazará y será devastador) y solo centrándonos en esa única interpretación, nos perdemos otras alternativas posibles (p. ej., que la otra persona no nos rechace) o evidencias de que ya hayamos afrontado situaciones similares en el pasado (p. ej., me han rechazado anteriormente y he sobrevivido). Este error de pensamiento nos puede mantener atrapados en una única interpretación, aumentando la intensidad de nuestra respuesta emocional y evitando que podamos adoptar una perspectiva más realista y flexible.

De nuevo, utiliza el Registro de análisis contextual de emociones y CIE de las semanas anteriores e intenta identificar ejemplos de catastrofización de tu vida diaria. Te darás cuenta de que algunos de tus pensamientos automáticos pueden considerarse como sobrestimación de la probabilidad y como catastrofización al mismo tiempo. Esto es normal y muy común. No importa si no puedes clasificar el pensamiento como una u otra, lo realmente importante es que empieces a reconocer cuándo caes en estas interpretaciones tan rígidas para poder pasar al siguiente paso del tratamiento: aumentar la flexibilidad de pensamiento.

De todos modos, antes de llegar ahí, sería conveniente que aprendieras a identificar

los diferentes pensamientos automáticos que haces en tu vida diaria. Para ello, vamos a empezar a registrar tus pensamientos automáticos con el Registro de identificación y evaluación de los pensamientos automáticos de la tabla 8.3. Por ahora, rellena solo las primeras cuatro columnas (hasta la columna de «interpretaciones alternativas»). Ya rellenaremos esta columna más tarde, cuando hayamos visto la siguiente sección.

Podemos encontrar un ejemplo parcialmente completado en la tabla 8.4.

**Tabla 8.3 Registro de identificación y evaluación de los pensamientos automáticos**

Situación/ Desencadenante	Pensamientos automáticos	Emociones	Identificación de «errores de pensamiento»	Interpretaciones alternativas
------------------------------	-----------------------------	-----------	---	----------------------------------

**Tabla 8.4 Registro de identificación y evaluación de los pensamientos automáticos de Pablo**

Situación/ Desencadenante	Pensamientos automáticos	Emociones	Identificación de «errores de pensamiento»	Interpretaciones alternativas
Estoy arreglándome. A punto de coger el coche para ir al trabajo	Tendré un ataque de ansiedad, perderé el control del coche y tendré un accidente	Ansiedad, aprensión	Sobrestimación de la probabilidad	
”	”	”	Catastrofización	
Empezaré a sentir ansiedad viendo una película en el cine	La ansiedad irá a peor hasta que no lo soporte y me muera	Ansiedad, miedo	Sobrestimación de la probabilidad	
”	”	”	Catastrofización	
Irme de casa sin el móvil	Si tengo un ataque de ansiedad no podré pedir ayuda y me moriré	Ansiedad, miedo	Catastrofización	

## 6. La reevaluación cognitiva

## **6.1 Permitiéndonos otras interpretaciones**

Los errores de pensamiento mantienen el círculo de respuesta emocional negativa, puesto que disminuye nuestra capacidad de flexibilizar nuestros pensamientos, excluyendo un amplio abanico de interpretaciones posibles y el contexto en que ocurren dichos pensamientos y evaluaciones.

Una manera de empezar a luchar contra estos errores de pensamiento es atender a las evaluaciones automáticas que tenemos sobre una determinada situación y no entenderlas como «verdades absolutas», sino como una de las posibles interpretaciones de la situación. En lugar de pensar de manera automática que la peor de las consecuencias va a ocurrir y que seremos incapaces de afrontar este hecho, es muy importante empezar a considerar otras interpretaciones. Los pensamientos sobre la ocurrencia de la peor de las opciones pueden seguir estando ahí, pero pueden coexistir con otras interpretaciones de la situación. La investigación ha demostrado que ser capaz de identificar nuestros errores cognitivos antes de que se den determinados sucesos y situaciones puede ayudar a experimentar tus emociones de manera más manejable y menos intensa. Antes de afrontar estas situaciones evocadoras de emociones, puede ser útil considerar las evaluaciones automáticas que hacemos en dicho contexto. A esto lo llamamos *reevaluación cognitiva*.

El objetivo de la reevaluación cognitiva es incrementar la flexibilidad de nuestros pensamientos y permitirnos tener evaluaciones alternativas respecto a las situaciones generadoras de emociones a través de anclarnos en la situación presente y tomando en consideración el contexto en el que ocurren.

## **6.2 La importancia de no juzgar**

Es posible que te hayas dado cuenta que a menudo te culpas a ti mismo/a por las interpretaciones automáticas que haces. Esto es algo bastante común, pero constituye una barrera para generar interpretaciones más flexibles porque cuanto más te culpas más intentas controlar o eliminar esos pensamientos y más rígido se hace tu patrón de pensamientos. También es importante entrenar el ser consciente de los pensamientos automáticos sin llegar a juzgarlos, dándose cuenta de la interpretación, dejándola entrar en la mente y salir de ella en vez de cogerla como el único modo de considerar la situación y quedarnos con esa interpretación. La cuestión no es pensar «soy tonto/a por caer en este error de pensamiento» o castigarte por tenerlo. En contraposición, la cuestión está en ser consciente de que lo has tenido y considerarlo en el contexto de la emoción que está siendo experimentada, como una forma de interpretar la situación. Esto permitirá aumentar la flexibilidad de pensamiento.

## **6.3 Estrategias de reevaluación cognitiva**

La reevaluación cognitiva es una habilidad muy útil para romper el círculo habitual de las emociones. La investigación la ha identificado como una estrategia muy efectiva para cambiar la manera en la que experimentamos una emoción o un suceso. Aprender a desarrollar una forma más flexible de interpretar las situaciones, y reconocer reinterpretaciones de las situaciones más realistas y basadas en evidencias, nos ayuda a regularlas, haciéndolas menos intensas y más manejables.

Teniendo en cuenta los errores de pensamiento que hemos comentado previamente, hay dos estrategias que nos pueden ayudar a reevaluar los pensamientos automáticos y generar pensamientos alternativos: calcular la sobrestimación de la probabilidad y descatastrofizar.

- La primera habilidad de reevaluación cognitiva es *calcular la probabilidad de sobrestimación*, o aprender a reevaluar el salto a las conclusiones. Tras identificar el principal pensamiento automático, el siguiente paso es examinar de forma realista la probabilidad de que lo que espera pase de verdad. Vamos a empezar con un ejemplo. A continuación se transcribe la conversación del terapeuta y Pablo, el cual teme morir como resultado de un ataque de pánico.

Terapeuta —¿Qué te preocupa que pase como consecuencia del ataque de pánico?

Pablo —Es que... son tan intensos y tan desagradables... Cuando empieza, tengo miedo que la ansiedad siga y siga subiendo, haciéndose cada vez más intensa hasta que me caiga muerto al suelo por el pánico.

Terapeuta —¿Cuántos ataques de pánico has tenido hasta ahora?

Pablo —¿En toda mi vida? Pues no sé... no estoy seguro. Supongo que más de 100.

Terapeuta —De acuerdo. Digamos entonces que has tenido 100 ataques de pánico hasta ahora. ¿Cuántos de ellos te han provocado la muerte?

Pablo —Pues ninguno todavía. Pero sé que si no hago nada para pararlos ¡me van a matar!

Terapeuta —¿Con qué probabilidad crees que el próximo ataque de pánico te va a matar?

Pablo —No lo sé. Supongo que hay un 50% de probabilidades de que muera en el próximo ataque de pánico.

Terapeuta —Vale. Eso significaría que de cada dos ataques de pánico que tienes, uno te mataría. Basándonos en tu experiencia pasada, ¿puedes pensar en posibilidades alternativas para esta evaluación automática?

Pablo —Bueno, he tenido 100 ataques de pánico y algunos de ellos han sido muy intensos y no me he muerto, así que es posible que no me muera de un ataque de pánico y que se pase solo.

En este ejemplo, el terapeuta ha podido hacer que Pablo identificara el error de pensamiento en el que estaba cayendo (p. ej., 50% de probabilidad de que muriera por el

ataque de pánico) y generar una evaluación o interpretación alternativa de la situación que fuera más coherente con las evidencias y la experiencia pasada de Pablo (p. ej., ha tenido más de 100 ataques de pánico y ninguno le ha matado).

Ahora vamos a empezar a utilizar esta habilidad de reevaluación cognitiva con ejemplos de tu vida diaria. Mira el Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos que ya has rellenado. Utilizando las preguntas que encontrarás a continuación, empieza a rellenar la última columna generando pensamientos alternativos para aquellas interpretaciones que identifiques como sobrestimaciones de la probabilidad. En la tabla 8.5 encontrarás cómo lo ha hecho Pablo.

**CALCULAR LA PROBABILIDAD DE SOBRESTIMACIÓN**  
**Aprender a reevaluar el «salto a las conclusiones»**

Preguntas que hacer cuando evaluamos evaluaciones automáticas:

1. ¿Sé seguro que \_\_\_\_\_ va a pasar?
  2. ¿Estoy seguro al 100% de que se producirán esas consecuencias tan horribles?
  3. ¿Qué evidencias tengo para tener este miedo o creencia?
  4. ¿Qué ha pasado otras veces en esta misma situación?
  5. ¿Tengo una bola de cristal? ¿Cómo puedo estar seguro de la respuesta?
  6. ¿Podría haber alguna otra explicación?
  7. ¿Cuánto creo/siento que \_\_\_\_\_ va a pasar? ¿Cuál es la probabilidad real de que \_\_\_\_\_ pase?
  8. ¿Mi predicción negativa viene impulsada por las emociones tan intensas que estoy teniendo?
  9. ¿Es \_\_\_\_\_ realmente tan importante o sus consecuencias?
- Teniendo en cuenta las respuestas a estas preguntas, ¿cuál sería una forma alternativa para interpretar esta situación?

---



---



---

**Tabla 8.5 Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos de Pablo**

Situación/ Desencadenante	Pensamientos automáticos	Emociones	Identificación de «errores de pensamiento»	Interpretaciones alternativas
Arreglándome. A punto de coger el coche para ir al trabajo	Tendrá un ataque de ansiedad, perderé el control del coche y tendré un accidente	Ansiedad, aprensión	Sobrestimación de la probabilidad	Puede que no tenga un ataque de ansiedad. He conducido muchísimas veces sin tenerlos
”	”	”	Catastrofización	Aunque tuviera uno, podría controlar el coche mientras tengo las sensaciones
Empezar a sentir	La ansiedad irá a peor	Ansiedad,	Sobrestimación	He tenido más de 100

ansiedad viendo una película en el cine	hasta que no lo soporte y me muera	miedo	de la probabilidad	ataques de ansiedad y no me he muerto
”	”	”	Catastrofización	Aunque el ataque de ansiedad vaya a más, puedo sobrellevarlo, porque sé que irá bajando poco a poco
Irme de casa sin el móvil	Si tengo un ataque de ansiedad no podré pedir ayuda y me moriré	Ansiedad, miedo	Catastrofización	Aunque tenga un ataque de ansiedad, puedo manejarlo. Se pasará y no necesitaré llamar para pedir ayuda.

- La segunda habilidad de reevaluación cognitiva es la *Descatastrofización* o aprender a reevaluar pensar en lo peor. Una vez que ya has identificado el pensamiento automático principal, el siguiente paso es analizar de forma realista las evidencias que tienes, basándote en cómo lo has afrontado en el pasado. Vamos a ver un ejemplo que lo ilustre. A continuación vamos a ver la transcripción de otra conversación entre el terapeuta y Sara. Como ya hemos comentado con anterioridad, a Sara le preocupa ruborizarse cuando conozca a alguien nuevo y que entonces la trate con desprecio y la rechace.

Terapeuta —Has mencionado que te preocupa que al conocer a alguien nuevo te pongas tan roja que los demás te lo noten, ¿qué te preocupa que pase si te pones así de roja?

Sara —Que la otra persona vea lo ansiosa que estoy, me rechace completamente y me sienta devastada.

Terapeuta —Así que tu pensamiento automático principal es que te pondrás roja y que la otra persona te rechazará por completo y esto, te dejará devastada e incapaz de afrontarlo, ¿es correcto?

Sara —Sí. Eso es lo que temo que pase.

Terapeuta —De acuerdo. ¿Te han rechazado con anterioridad? Es decir, ¿ha habido personas que has conocido que no te han caído bien?

Sara —Sí. Supongo que sí. No muy a menudo, pero alguna vez sí me ha pasado.

Terapeuta —¿Cómo lo afrontaste cuando no te llevabas bien con alguien?

Sara —Pues supongo que no me disgustaba demasiado. Es decir, si no nos habíamos caído bien, no me molestaba no mantener contacto con esa persona. Así que supongo que si no me llevo bien con alguien tampoco es tan horrible.

Terapeuta —¿Alguna vez te has sentido decepcionada o disgustada cuando no te has llevado bien con alguien?

Sara —Sí. Una vez con un chico con el que salí una vez y me gustaba, pero estaba tan nerviosa que luego ya no me volvió a llamar nunca más.

Terapeuta —Debió de ser una situación difícil. ¿Cómo te sentiste después de eso?

Sara —Bueno, estaba muy triste porque aquel chico me gustaba y me enfadé conmigo misma porque pensé que había hecho algo malo.

Terapeuta —Claro que te sentiste triste. Es duro cuando nos gusta realmente alguien y no nos corresponden, es como que perdemos una oportunidad, ¿cuándo pasó esto?

Sara —Esto pasó el mes pasado.

Terapeuta —¿El mes pasado? Y, ¿cómo dirías que lo afrontaste entonces?

Sara —Bueno, supongo que lo hice bastante bien, ya que no había pensado en ello hasta que lo has mencionado tú ahora mismo.

Terapeuta —Entonces, a pesar de sentir rechazo por parte de alguien que te gustaba, has sido capaz de afrontarlo bastante bien. De hecho, no lo tenías en mente hasta que lo he mencionado yo. Entonces, quizá aunque te rechazara otra persona tampoco sería tan devastador como pensabas al principio.

Sara —No, supongo que no, puesto que ya me ha pasado antes y ¡aquí estoy!

En este ejemplo, el terapeuta ha ayudado a Sara a identificar el error de pensamiento en el que estaba cayendo (p. ej., la gente me rechazará y será devastador) y a generar una interpretación alternativa de la situación que fuera más coherente con la evidencia y su experiencia previa (p. ej., puede que ella tampoco quiera seguir en contacto con esa persona e incluso, aunque ella sí que quisiera y las otras personas no, fue capaz de afrontarlo en circunstancias similares en el pasado).

Ahora vamos a empezar a utilizar esta habilidad de reevaluación cognitiva con ejemplos de tu vida diaria. Mira el Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos que ya has rellenado. Utilizando las preguntas que encontrarás a continuación, empieza a generar pensamientos alternativos para aquellas interpretaciones que identifiques como catastrofizaciones.

### DESCATASTROFIZAR

Aprender a reevaluar «pensar en lo peor»

1. ¿Qué es lo peor que podría pasar? ¿Cómo sería de malo?
2. Si \_\_\_\_\_ pasara, ¿podría afrontarlo? ¿Cómo lo haría? ¿Cómo manejaría la situación?
3. Entonces, ¿qué? ¿Qué pasaría?
4. Incluso si \_\_\_\_\_ pasara, ¿podría sobrellevarlo?
5. ¿He sido capaz de afrontar \_\_\_\_\_ en el pasado?
6. ¿Es \_\_\_\_\_ realmente tan terrible?

Teniendo en cuenta las respuestas a estas preguntas, ¿cuál sería una forma alternativa para interpretar esta situación?

---

---

---

## 6.4 Evaluando los pensamientos obsesivos, intrusivos y absurdos

A veces, la gente tiene pensamientos que parecen «venirles a su mente» y que no tienen sentido. Esto es bastante común y le sucede a la mayoría de las personas. No obstante, mientras que la mayoría de las personas pueden dejar que esos pensamientos «extraños» se marchen, quizá diciéndose a sí mismas algo como «¡qué tontería!» y olvidándose de ellos, otras personas se quedan «atrapadas» por ellos. Para algunos, los pensamientos son intrusivos y molestos y no pueden sacárselos de la cabeza. Por ejemplo, alguien puede sentirse molesto por un pensamiento intrusivo sobre que dañará a algún ser querido o que podría hacer algo horrible como abusar de un niño. O puede que alguien tenga un pensamiento intrusivo que va en contra de sus creencias religiosas o morales, como pensamientos satánicos o pensamientos sexuales no deseados. Este tipo de pensamientos intrusivos suelen ser experimentados como «automáticos», pero son un poco diferentes a los que hemos comentado hasta el momento. Hasta ahora, en este capítulo hemos hablado de pensamientos automáticos que una persona puede tener al interpretar una situación o un suceso y que normalmente se pueden reevaluar usando una de las dos estrategias que acabamos de describir. Sin embargo, el tipo de pensamientos que definimos ahora no tienen sentido y pueden ser muy difíciles de discutir. Por ejemplo, si estás haciendo la discusión del pensamiento «Soy un pederasta» con las preguntas «¿qué es lo peor que puede pasar? O ¿cuánto de malo es?», puede ser muy difícil encontrar una respuesta satisfactoria.

La realidad es que los pensamientos obsesivos, intrusivos y absurdos no son los que tienen que ser discutidos y reevaluados, sino la *interpretación* de lo que puede *significar* tener ese pensamiento. Para ejemplificar este punto, lee la conversación que tienen el terapeuta y un hombre que tiene pensamientos intrusivos de ser un pederasta:

Paciente —He intentado hacer las preguntas para reevaluar mis pensamientos, pero no funciona. Lo que consigo es sacar todas las razones por las que esos pensamientos son realmente malos.

Terapeuta —¿Me puedes poner un ejemplo?

Paciente —Claro..., por ejemplo, si me pregunto a mí mismo si estoy seguro al ciento por ciento de que voy a abusar de un niño, simplemente no puedo contestarlo. No quiero hacerlo, pero ¿cómo voy a estar seguro al ciento por ciento de que no lo haré? Y si me pregunto cuánto de malo sería o si en realidad sería tan horrible como creo, pues ¡por supuesto que sería horrible!

Terapeuta —Sí. Abusar de un niño sería terrible, pero déjame preguntarte: ¿cómo te hace sentir tener estos pensamientos?

Paciente —Fatal... me pongo malo. Me pongo muy ansioso.

Terapeuta —¿Y qué piensas cuando tienes esos pensamientos?

Paciente —Que soy una especie de monstruo, una persona horrible y que mi familia debería avergonzarse de mí.

Terapeuta —Así que tu evaluación automática es que por tener esos pensamientos, incluso aunque para ti sean ofensivos y vayan en contra de tus propias creencias y valores, ¿eres un monstruo? Y entonces, me pregunto, ¿tener estos pensamientos significa también que tú quieres ser un pederasta?

Paciente —¡No, claro que no! ¡Solo pensarlo es tan repugnante! Me cabrea pensar que alguien pudiera hacer algo tan horrible.

Terapeuta —Entonces, puede que tú tengas esos pensamientos y al mismo tiempo pienses que toda esa idea es increíblemente ofensiva. Me pregunto, ¿llamarías «monstruo» a alguien que piensa que abusar de un niño es algo horrible?

Paciente —No. No tendría sentido.

Terapeuta —Entonces, ¿es posible que tengas un pensamiento intrusivo horrible sobre ser un pederasta y no ser un monstruo?

Paciente —Supongo que sí.

Como puedes ver, intentar retar a un pensamiento intrusivo absurdo puede ser muy difícil y muchas veces no funciona. No obstante, algo más ocurre cuando las personas tienen ese tipo de pensamientos: suelen formar parte de una experiencia emocional y provocan fuertes reacciones emocionales. Si tienes este tipo de pensamientos, pregúntate «¿cómo me hace sentir este pensamiento? ¿Qué significa para mí tener este pensamiento?». La interpretación que las personas hacen sobre los pensamientos intrusivos y absurdos es lo que los hace ser molestos y desagradables para algunas personas y no para otras. Una persona puede tener un pensamiento intrusivo horrible y ser capaz de «quitárselo de la cabeza» solo como lo que es, como un pensamiento intrusivo y que no tiene nada que ver con lo que esa persona es o podría llegar a hacer. Otras personas, sin embargo, pueden tener ese mismo pensamiento e interpretar que el pensamiento dice algo horrible de ellos, o que van a hacer algo de forma inevitable. Es la interpretación de lo que *esos pensamientos significan* lo que produce el malestar y es aquí donde tenemos que utilizar las estrategias que hemos tratado en este capítulo. Si tienes este tipo de pensamientos intrusivos, trata de identificar la evaluación automática que haces *de esos* pensamientos intrusivos e intenta generar evaluaciones o pensamientos alternativos utilizando las dos estrategias descritas con anterioridad.

## 7. Resumen

En este capítulo, hemos abordado de manera más completa uno de los tres principales componentes de la experiencia emocional: los pensamientos. Hemos visto cómo los pensamientos influyen en nuestras emociones, y cómo, a su vez, las emociones influyen en nuestros pensamientos. También hemos comprobado que lo que interpretamos y evaluamos de una determinada situación tiene un impacto en cómo nos sentimos y viceversa, cómo nos sentimos influye en la forma en que interpretamos y evaluamos una

determinada situación. Hemos aprendido que las evaluaciones pueden automatizarse y que pueden llegar a convertirse en «errores de pensamiento». Dos de los errores de pensamiento más comunes son pensar lo peor (o catastrofizar) y saltar a las conclusiones (o sobrestimar la probabilidad de un resultado negativo). Por último, hemos descrito la forma en que podemos cuestionar estos pensamientos automáticos y errores de pensamiento, a través de la generación de interpretaciones alternativas a la situación, que permitan flexibilizar la manera en que interpretamos y evaluamos las situaciones.

Ten en cuenta que puede resultar difícil reconocer las interpretaciones y pensamientos automáticos que llevas realizando desde hace tanto tiempo. Puede ocurrir que incluso te sientas frustrado al comprobar la cantidad de errores de pensamiento que tienes; no te ocurre solo a ti. Esta es una respuesta habitual. Recuerda, el objetivo de la reevaluación cognitiva no es eliminar todos los pensamientos o interpretaciones negativas, ni «castigarte» por tener interpretaciones negativas. La reevaluación cognitiva es una habilidad dirigida a ayudarnos a adquirir cierta perspectiva de los pensamientos, para que las interpretaciones automáticas negativas no sigan aumentando la intensidad de tus respuestas emocionales y se mantenga el círculo habitual de tus respuestas emocionales que se han convertido en problemáticas para ti.

En los próximos dos capítulos, abordaremos con más detalle otro de los tres componentes de las experiencias emocionales: las conductas. En concreto, exploraremos las estrategias desadaptativas que suelen ser utilizadas para evitar las experiencias emocionales en el capítulo 9 y también las CIE en el capítulo 10.

## **8. Tareas para casa**

- Al finalizar este módulo de trabajo, puedes empezar a utilizar el Registro de identificación y evaluación de los pensamientos automáticos para anotar tus evaluaciones y emociones (al principio solo debes completar las 4 primeras columnas). Ten en cuenta la situación que desencadena la interpretación, tu evaluación automática de la misma, la emoción y después valora cuál es el papel de la interpretación y de los errores de pensamiento que hemos mencionado.
- Una vez que hayas identificado tus pensamientos automáticos, empieza el proceso de reevaluación cognitiva. Trata de generar, al menos, una evaluación alternativa para cada pensamiento automático (puedes generar más de una evaluación alternativa, te resultará útil), y anótala en la última columna del Registro de identificación y evaluación de los pensamientos automáticos. Recuerda que el objetivo aquí no es creer al ciento por ciento en la nueva interpretación, sino conseguir que esta coexista con la evaluación negativa automática. Ninguna de las interpretaciones es necesariamente correcta, ya que existe un amplio rango de interpretaciones posibles.
- Continúa supervisando tus experiencias semanales rellenando el OASIS y ODSIS.

- Acuérdate de utilizar el Registro de progreso para rellenar las puntuaciones totales del OASIS y ODSIS semana tras semana.

## 9. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. La forma en que interpretamos o evaluamos una situación, no afecta a nuestras emociones. V F
2. Los errores de pensamiento se convierten en un problema cuando aparecen de manera automática y no son apropiados para la situación actual. V F
3. Nuestras emociones afectan al tipo de interpretaciones que hacemos. V F
4. El objetivo de la reevaluación cognitiva es eliminar por completo los errores de pensamiento. V F

# Capítulo 9.

## Entender las conductas 1: evitar tus emociones

### OBJETIVOS

- Aprender sobre la evitación emocional.
- Comprender cómo la evitación emocional influye en las experiencias emocionales.
- Aprender a identificar diferentes estrategias de evitación emocional.

### 1. Revisión de las tareas para casa

Revisa tus puntuaciones en los test OASIS y ODSIS de la semana anterior y añade los resultados en tu Registro de progreso. Durante la semana pasada, ¿fui capaz de registrar e identificar tus pensamientos automáticos asociados a tus experiencias emocionales? ¿Pudiste cuestionar las evidencias y evaluar tu habilidad para afrontar los eventos negativos? Recuerda que el objetivo de evaluar tus pensamientos automáticos no es corregir formas de pensar «defectuosas» o «incorrectas», sino aumentar la flexibilidad para evaluar diferentes situaciones. Si no lo has logrado, utiliza esta semana para registrar y discutir cuidadosamente tus pensamientos automáticos.

Recuerda que, a lo largo de este tratamiento, cada nuevo capítulo se construye a partir de los bloques previos, por lo que es importante que reserves tiempo para practicar cada una de las técnicas y tareas antes de avanzar al siguiente. La reevaluación cognitiva es una habilidad muy importante que te será de gran ayuda en tus progresos durante el resto del tratamiento. Aumentar la flexibilidad en la interpretación de las situaciones a través de la identificación y reevaluación de las interpretaciones automáticas supone un gran esfuerzo y, al principio, puede resultar complejo e incluso parecer poco práctico y artificial. Como decíamos con anterioridad, tu forma actual de evaluar las situaciones ha ocurrido con tanta frecuencia que se ha convertido en automática. Esto puede hacer difícil el cambio. Aumentar tu flexibilidad en evaluar las situaciones es como aprender un nuevo idioma. Ambos requieren mucha práctica. Sin embargo, dedicándole tiempo y con insistencia, la generación de pensamientos alternativos te resultará más sencilla y necesitarás menos esfuerzo para discutir los pensamientos ansiógenos. Ocurrirá de forma natural.

## **2. Conceptos clave**

El concepto clave de este módulo es el de evitación emocional. La evitación emocional se refiere a todas las estrategias que tratamos de poner en práctica con el objetivo de evitar experimentar emociones intensas o para prevenir que las emociones que estamos sintiendo se hagan más intensas. Aunque estas estrategias pueden resultar útiles en ciertas situaciones, casi nunca funcionan bien a medio y largo plazo, e incluso pueden llegar a incrementar la intensidad de tus emociones cuando te encuentres ante una situación similar en el futuro.

En este capítulo, aprenderás a ser más consciente de tus propios patrones de evitación emocional, y trabajaremos para generar respuestas alternativas a esta evitación mediante las exposiciones emocionales. Con el tiempo, comprenderás que la evitación de estas emociones mantiene a largo plazo tus patrones actuales de respuesta emocional, y esto te permitirá desarrollar nuevas y más útiles respuestas conductuales ante la vivencia de emociones intensas.

## **3. Evitación emocional**

### **3.1 ¿Qué es la evitación emocional?**

Una de las formas que las personas utilizan para tratar de controlar su experiencia emocional es a través de la evitación emocional. La evitación emocional ocurre cuando ponemos en marcha conductas dirigidas a protegernos de experimentar emociones intensas y/o indeseables. Con frecuencia, la evitación emocional está más relacionada con las emociones negativas, pero también puede darse ante la vivencia de emociones positivas. Por ejemplo, algunas de las personas que sufren ansiedad encuentran dificultades para sentirse relajadas y en calma. Experimentar estas emociones positivas les produce inseguridad y se sienten vulnerables y en alerta sobre la probabilidad de que algo malo ocurra, ya que se sienten como si estuvieran bajando la guardia o confiándose. Algunas personas deprimidas, además, informan de la dificultad que les supone tener que experimentar emociones positivas, ya que se sienten incapaces de poder conseguirlo o piensan que a pesar de intentar hacer algo agradable, surgirán imprevistos. Por lo tanto, las personas podemos experimentar un amplio rango de emociones, negativas y positivas, como desagradables e indeseables, por lo que podríamos desarrollar estrategias específicas para evitar la vivencia de esas experiencias.

### **3.2 Tipos de estrategia de evitación emocional**

Algunas formas de evitación emocional son obvias, como cuando alguien rechaza

participar en una situación que le generará malestar emocional, pero también existen otras estrategias de evitación emocional más sutiles. Hablamos por tanto, de tres tipos de estrategias de evitación emocional: la evitación mediante conductas sutiles, la evitación cognitiva y el uso de «conductas de seguridad». A continuación exponemos algunas de las descripciones de estos tres tipos de evitación:

1. *Evitación mediante conductas sutiles.* Ocurre con frecuencia cuando una persona se ve envuelta en una situación que él/ella asocia con la ocurrencia de emociones intensas y no existe posibilidad de escapar de la misma. Por tanto, como consecuencia, la persona debe poner en marcha todo un conjunto de conductas sutiles, de las que puede llegar a no ser consciente. Algunas de estas conductas sutiles podrían utilizarse para prevenir la activación psicológica asociada con la vivencia de emociones intensas. Por ejemplo, alguien que padece ataques de pánico frecuentes podría evitar ingerir bebidas con cafeína para evitar experimentar un incremento en su ritmo cardíaco (palpitaciones), temblores o sacudidas. Asimismo, alguien que padezca ansiedad social evitará mantener contacto ocular cuando participe en situaciones de interacción social. Otro ejemplo sería el de las personas preocupadas por llegar tarde, quienes programan su alarma para que suene con excesiva anterioridad. También las personas decaídas o deprimidas podrían poner alguna excusa como forma de conseguir marcharse pronto de un evento positivo como puede ser, por ejemplo, una fiesta de cumpleaños.
2. *Evitación cognitiva.* Engloba toda una serie de estrategias que son difíciles de identificar e incluso es posible que no seamos conscientes de estar utilizándolas. El término «cognitivas» se refiere aquí a cualquier cosa que hacemos para evitar tener que pensar, recordar y/o prestar atención a algo que genera estrés a la persona. Algunos ejemplos comunes de estrategias cognitivas de evitación son la *distracción* (p. ej., leer, escuchar música, ver la televisión) y la *disociación* (p. ej., hacer como que no se está en la situación o que se está pero no con la suficiente implicación para experimentarla con plenitud). La distracción puede resultar de utilidad porque nos permite «ausentarnos» con nuestra mente, pero puede ser también una forma de evitación emocional. Por ejemplo, alguien que se preocupa por la fidelidad de su pareja necesitará mantenerse distraído viendo la televisión o entretenerse con algo cuando su pareja sale una noche. La persona que teme que su pareja le sea infiel, si no consigue distraerse para evitar la ocurrencia de pensamientos negativos y emociones desagradables, puede abrumarse debido a la ansiedad y la preocupación que dichos pensamientos le producen. La racionalización de los problemas también puede ser una forma de evitación emocional (distinta de las técnicas de reevaluación cognitiva mencionadas anteriormente) si se utiliza con el objetivo de «apartar» o minimizar con rapidez las emociones cuando estas ocurren. Por ejemplo, una persona preocupada por sacar malas notas intentará de forma desesperada justificar por qué

sacar malas notas es algo que no debería importar, etc. Cuando esta estrategia se realiza con la intención de apartar o evitar emociones, es una estrategia de evitación emocional.

3. *El uso de conductas de seguridad.* Se produce cuando la persona es incapaz de evitar directamente una situación evocadora de emociones y las estrategias de evitación cognitiva no son suficientes, por lo que deber recurrir entonces a «conductas de seguridad» para intentar que las emociones no le desborden. Las conductas de seguridad pueden ser cualquier «objeto» que las personas llevan consigo para sentirse más cómodos o ayudarles a calmarse en situaciones de extrema ansiedad, a pesar del hecho de que dichos «objetos» carecen de utilidad real para afrontar una situación potencialmente amenazante. Así, las señales de seguridad pueden incluso interpretarse de forma mágica y supersticiosa, y funcionar como un talismán para el individuo. Algunos ejemplos comunes de conductas de seguridad son, entre otros, botellas de agua, la medicación (o el envase vacío de la medicación), el teléfono móvil, libros de oración, mascotas, e incluso muñecas u ositos de peluche en miniatura. En ocasiones, esta señal de seguridad puede ser otra persona: una «persona de seguridad». En este caso, alguien que padece ansiedad sería capaz de ir a lugares generadores de malestar mientras permanezca acompañado por esta persona de seguridad. A pesar de que hacer uso de las señales de seguridad podría parecer inofensivo pero no es así. Recurrir a señales de seguridad puede privarte de aprender que la situación no es peligrosa, mientras atribuyas tu capacidad de modular y manejar las emociones a la presencia de la conducta de seguridad. Además, la presencia del objeto o la persona que constituye la conducta de seguridad refuerza la idea de que las experiencias emocionales desagradables e inesperadas son inmanejables y abrumadoras, ya que transmite a la persona el mensaje de que la única manera en la que podrá afrontar esas situaciones será teniendo consigo sus conductas de seguridad. Por tanto, ¿qué significa esto? Significa que es el momento de deshacerte de tus calcetines de la suerte, limpiar tu bolso o cartera y aprender a afrontar las situaciones y las emociones que las acompañan.

Como tarea para casa, utilizarás el Registro de estrategias de evitación emocional que encontrarás de la tabla 9.1 para empezar a identificar cómo tratas de evitar las emociones desagradables. Encontrarás un ejemplo ya completado en la tabla 9.2.

**Tabla 9.2 Registro de estrategias de evitación emocional, ya completado**

Conductas sutiles de evitación	Evitación cognitiva	Conductas de seguridad
Meter las manos en los bolsillos en situaciones sociales	Decirme a mí mismo que estoy limpio	Llevar desinfectante de manos y toallitas

Cubrir mi boca y mi nariz con mi manga	Repasar mentalmente con cuidado los lugares por los que he pasado para asegurarme de que no estoy contaminada
No comer comidas preparadas a menos que yo haya visto cómo se han hecho	Al llegar a casa, recordar la frecuencia con la que me he lavado las manos durante el día
Utilizar utensilios de plástico en los restaurantes	
Evitar estar cerca de personas de apariencia sucia y poco higiénica	
Abrir las puertas cubriendo el pomo con un pañuelo	
Utilizar una cantidad extra de detergente cuando se lava la ropa	

### **Tabla 9.1 Registro de Estrategias de Evitación Emocional**

El objetivo de este registro es comenzar a identificar alguna de las formas sutiles que utilizas para evitar las emociones desagradables. Este listado te ayudará más tarde en otras fases del tratamiento en las que nos expondremos a las emociones, ya que así podrás eliminar estas estrategias contraproducentes y te asegurarás de que las exposiciones son lo más efectivas posible. En la columna de «conductas sutiles de evitación», anota aquellas conductas que realices para sentirte mejor en las situaciones en las que estás experimentando emociones intensas (esto incluye la toma de medicación, hacer ejercicios de respiración lenta, etc.). En la columna de «estrategias de evitación cognitiva», registra aquellas técnicas que realizas para sentirte mejor en aquellas situaciones ansiógenas de las que te es imposible escapar de manera explícita (algunas de estas técnicas incluyen la distracción viendo la televisión o escuchando música, el «desconectar» de una conversación o forzándonos a nosotros mismos/as a pensar en otra cosa en una determinada situación). En la columna de «conductas de seguridad», anota cualquier cosa que lleves contigo o que hagas antes de una determinada situación, para sentirte más cómodo y seguro (llevar una botella de agua, llevar la medicación en el bolso, llevar un contacto de la agenda de teléfonos seleccionado en el móvil, etc.). No te preocupes si te surgen dudas acerca de en qué columna registrar una determinada estrategia, no pasa nada. Lo más importante es que comiences a registrar las diferentes estrategias de evitación emocional que realizas en la actualidad.

<b>Conductas sutiles de evitación</b>	<b>Evitación cognitiva</b>	<b>Conductas de seguridad</b>
---------------------------------------	----------------------------	-------------------------------

### 3.3 Ejemplo de las estrategias de evitación emocional

Empezaremos con un ejercicio para ayudarte a comprender mejor el concepto de evitación emocional, y para ver cómo las estrategias de evitación emocional funcionan (o no funcionan):

- Durante un minuto, intenta pensar en un oso blanco.
- ¿Has conseguido pensar en este animal?
- De acuerdo, ahora, durante otro minuto, vas a pensar en cualquier cosa que quieras, excepto en el oso blanco.
- En esta ocasión... ¿has conseguido (o no) pensar en un oso blanco?
- ¿Cómo de frecuentes e intensos fueron tus pensamientos cuando trataste de *no* pensar en el oso blanco, en comparación con la frecuencia e intensidad de tus pensamientos cuando la instrucción te permitía pensar en el oso blanco?

Este ejercicio está basado en el experimento realizado por el Dr. Daniel Wegner de la Universidad de Harvard y el Dr. David Scheneider de la Universidad de Rice. Su investigación se centraba en estudiar qué ocurría cuando las personas utilizamos estrategias de control cognitivo, como la supresión de pensamientos. El objetivo de este estudio fue demostrar que los intentos por suprimir ciertos pensamientos, de forma paradójica producen un incremento en la frecuencia de dichos pensamientos, en lugar de reducirlos. Sus resultados mostraron que las personas, ante la instrucción de *no* poder pensar en algo, en lugar de lograrlo, centraban aun más su atención en dicho pensamiento y no podían evitar no pensar en ello. Este experimento ilustra la idea de que los intentos por suprimir los pensamientos negativos y las emociones son en general ineficaces. De hecho, lo que hace este intento por suprimirlos es aumentar aún más la frecuencia e intensidad de los pensamientos y emociones que la persona está tratando de evitar. Y solo en el caso de que tuvieras curiosidad, la idea de este ejercicio parte de *Notas de invierno sobre impresiones de verano* de Fyodor Dostoievsky: «Trate de realizar esta tarea para usted mismo: no pensar en un oso blanco, y verá como la maldita cosa vendrá a su mente cada minuto».

¿Te resulta familiar esta manera de proceder con cómo afrontas tus propias emociones y pensamientos en tu vida diaria? ¿En alguna ocasión te has dado cuenta de que estabas intentando no pensar en algo desagradable o que te generaba ansiedad? Relata algún ejemplo en este espacio:

Ahora que no puedes quitarte al oso blanco de la cabeza, debemos poner en marcha otro ejercicio que nos ayude a entender la naturaleza paradójica de la evitación emocional:

En primer lugar, escoge uno de los ejemplos anotados en el párrafo anterior de las

experiencias sobre las que te resulta desagradable pensar. Intenta anotar información específica relevante sobre esa situación, incluyendo aquellos detalles que resulten especialmente emocionales. ¿En qué estabas pensando? ¿Qué estabas sintiendo? Trata de recordar exactamente cómo sucedió. No hagas nada para evitarlo, solo déjate llevar y piensa en lo que ocurrió, agárrate a la memoria.

Cuando lo hayas hecho, utiliza unos minutos para atender a qué ocurrió durante la realización de este ejercicio. ¿Has tratado de evitar algo? ¿Qué emociones has experimentado? ¿Cómo de difícil fue para ti dejarte llevar por la experiencia en tu mente?

Ahora vamos a hacerlo de nuevo, pero esta vez tienes que intentar no pensar en este recuerdo o situación. Utiliza otras estrategias en las que pensar. Intenta lo máximo posible no pensar sobre la situación durante un breve tiempo.

De nuevo, utiliza unos minutos para atender tu experiencia. ¿Cómo de eficaz has sido en no pensar en esos recuerdos o en la situación en sí? ¿Has sido capaz de dejar a un lado los pensamientos y las emociones asociadas al recuerdo de la situación? ¿Qué estrategias has empleado para suprimir la respuesta emocional? ¿Han funcionado dichas estrategias durante todo el ejercicio?

Como habrás podido comprobar, eres capaz de evitar pensar sobre el recuerdo y los detalles de una determinada situación durante un periodo breve de tiempo. Sin embargo, para asegurarte de que no estabas pensando en el recuerdo como proponía el ejercicio, habrás necesitado recurrir en ocasiones a «comprobar» que los pensamientos acerca de los recuerdos de la situación no estaban en tu mente. En este proceso, sí estaría implicado, verdaderamente, el hecho de pensar en la situación y recordarla.

## **4. Resumen**

A lo largo de este capítulo hemos examinado el papel de la evitación emocional en el mantenimiento del malestar emocional. La evitación emocional se refiere a cualquier estrategia que solemos utilizar para evitar experimentar emociones fuertes y también para prevenir que estas aumenten y se hagan aún más intensas. Las estrategias de evitación pueden ser útiles para aliviar el malestar a corto plazo, pero lo empeorarán a largo plazo. Los tres tipos de estrategias de evitación emocional incluyen las conductas sutiles de evitación (como, por ejemplo, evitar el contacto visual en situaciones sociales, o evitar tocar el pomo de las puertas por miedo a contaminarse); la evitación cognitiva (como la distracción con la televisión, o decirnos a nosotros mismos que la fuente generadora de malestar o ansiedad no es tan importante) y la utilización de conductas de seguridad

(como por ejemplo acudir a lugares tan solo si vamos acompañados de cierta persona, salir solo si llevamos una botella de agua). Por último, hemos visto que la evitación emocional viene en nuestra contra cuando intentamos evitar pensar en algo importante o estresante para nosotros mismos.

En el siguiente capítulo, discutiremos otros aspectos de la conducta que influyen en la experiencia emocional —las conductas impulsadas por las emociones o CIE— y descubriremos las estrategias de evitación encubierta y las CIE desadaptativas.

## 5. Tareas para casa

- Utiliza el Registro de estrategias de evitación emocional para empezar a identificar la forma en que evitas las emociones desagradables en las situaciones vividas durante la semana. La hoja de registro incluye tres columnas que recogen los tres tipos de estrategias expuestas a lo largo del capítulo (conductas sutiles de evitación, evitación cognitiva y el uso de conductas de seguridad).
- Continúa supervisando tus experiencias semanales rellenando el OASIS y ODSIS.
- Recuerda utilizar el Registro de progreso para rellenar las puntuaciones totales del OASIS y ODSIS semana tras semana.

## 6. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. La evitación emocional se refiere a cualquier tipo de estrategia que se utilice para evitar la experiencia de emociones intensas, o para prevenir que nuestras emociones se hagan demasiado intensas. V F
2. La evitación emocional es algo que debemos practicar de manera regular como estrategia de control de nuestras emociones. V F
3. Las conductas sutiles de evitación, la evitación cognitiva y las conductas de seguridad son ejemplos de estrategias de evitación emocional. V F
4. Las conductas de seguridad pueden evitar que aprendamos que las situaciones no son peligrosas y refuerzan la idea de que las experiencias emocionales desagradables e inesperadas son incontrolables y abrumadoras. V F



# Capítulo 10.

## Entender las conductas 2: conductas impulsadas por las emociones

### OBJETIVOS

- Aprender acerca de las conductas impulsadas por las emociones (CIE).
- Conocer cómo las CIE influyen en las experiencias emocionales.
- Aprender a identificar y contrarrestar las CIE.

### 1. Revisión de las tareas para casa

¿Has recordado completar los test OASIS y ODSIS esta semana? ¿Has pasado tus puntuaciones al Registro de progreso? En el capítulo anterior, introdujimos la lista de las estrategias de evitación emocional. ¿Qué estrategias has anotado? ¿Qué cosas haces para evitar tus emociones? ¿Te distraes escuchando música o mirando la televisión? ¿Buscas seguridad en los demás? ¿Evitas el contacto visual? ¿Te mantienes alejado de lugares con mucha gente? Si no has completado el Registro de las estrategias de evitación emocional, tómate algo de tiempo y complétala ahora. Revisa los ejemplos que vimos. ¿Cuáles son las conductas que sueles utilizar para evitar emociones incómodas? ¿Cuáles son las estrategias cognitivas que utilizas, además de la racionalización y la distracción? ¿Qué señales de seguridad utilizas, además de ir a lugares solo si vas acompañado de alguna persona o asegurarte de llevar contigo una botella de agua?

### 2. Conceptos clave

El concepto clave de este capítulo es la conducta impulsada por la emoción (CIE). Las CIE son respuestas que reducen la intensidad de las sensaciones que tenemos cuando estamos experimentando emociones demasiado intensas. En este capítulo nos centraremos en qué haces en respuesta a tus experiencias emocionales. Las emociones están estrechamente relacionadas con la conducta. Las emociones intensas pueden decirnos o «guiarnos» a realizar determinadas conductas, algunas veces incluso antes de

tener la posibilidad de pensar en cómo responder. Esto resulta muy útil y adaptativo, por ejemplo, cuando estamos ante un inminente peligro (p. ej., cuando vemos un coche que viene directamente hacia nosotros). Sin embargo, algunas veces, nuestras CIE no son coherentes con la situación (p. ej., teniendo la misma respuesta que si viéramos un coche dirigirse hacia nosotros cuando realizamos una presentación en público). En este caso, vemos cómo la utilización de las mismas respuestas, en el primer caso nos alivia de la intensidad emocional de la experiencia, pero, en cambio, en el segundo ejemplo, este tipo de respuestas en realidad limitan nuestra vida e incluso pueden llegar a ser perjudiciales. En este capítulo, primero aprenderemos a identificar nuestras propias CIE y conoceremos cómo desarrollar nuevas respuestas para afrontar las emociones de manera más eficaz.

### **3. Conductas Impulsadas por la Emoción (CIE)**

#### **3.1 ¿Qué son las CIE?**

Uno de los aspectos más importantes de las emociones es que nos dicen cómo actuar en determinados momentos o dirigen determinadas conductas. Por ejemplo, cuando sentimos miedo, tendemos a intentar huir y escapar: es una respuesta natural que nos protege. Como discutíamos en el capítulo 5, nos referimos a esas respuestas como conductas impulsadas por emociones o CIE. Por ejemplo, el hecho de huir cuando realmente estamos asustados es una CIE que nos protege de lo que nos da miedo (respuesta de huida, lucha o quedarse paralizado). Es una conducta impulsada por la propia emoción de miedo. Asimismo, si algo nos provoca enfado, tendemos a atacar, defendernos o tal vez gritar (o por lo menos empezar a pensar en gritar), a quien sea o lo que sea que nos ha provocado la ofensa: o, incluso, llegado el extremo, pensamos en la posibilidad de atacar físicamente a la persona en defensa propia.

Nuestra capacidad para responder con rapidez a nuestras emociones y evitar situaciones de riesgo es necesaria y adaptativa. En efecto, las CIE tienen una importante función para nuestra supervivencia y son útiles cuando estamos en riesgo por algo realmente peligroso. Pero en otras situaciones, las CIE pueden ser desproporcionadas para la situación en la que nos encontramos, o incluso nos perjudican en manejar determinadas situaciones. Por ejemplo, si tienes una entrevista de trabajo y necesitas prepararte para ella, puedes experimentar algo de ansiedad que te permite prepararte. En este caso, mucha gente estaría de acuerdo en que la conducta de preparar la entrevista es adaptativa y útil para manejar la situación. Sin embargo, si tuvieras que realizar la misma preparación a la hora de relacionarte con amigos, verías cómo sería un problema. En el primer caso, la conducta de preparación sería mucho más adaptativa que en el segundo. Por coger otro ejemplo, algunos jugadores de tenis o golf lanzan o rompen su raqueta o

palo como una CIE en respuesta a la ira por un mal saque o lanzamiento. Mientras esta CIE puede aliviar o reducir algo la ira, es claramente una conducta desadaptativa. La capacidad para reconocer cuándo y bajo qué circunstancias una conducta debería ser considerada adaptativa o desadaptativa, es esencial para el cambio conductual.

Otro aspecto importante de las emociones humanas es que a menudo se basan en lo que ha ocurrido en el pasado o lo que pensamos que ocurrirá en el futuro. Como tenemos la capacidad de pensar en el futuro o en el pasado, nuestros pensamientos a menudo pueden provocar experiencias emocionales sin que en realidad sean provocadas por algo que haya ocurrido en el contexto presente de la situación. Así pues, si nosotros respondemos a esas emociones provocadas por pensamientos sobre el futuro o el pasado, esto también puede ser considerado CIE.

Las CIE se diferencian de la evitación emocional en que las CIE suelen ocurrir en respuesta a una emoción que ha sido disparada, mientras que las estrategias de evitación suelen ocurrir incluso antes de que la emoción tenga la probabilidad de darse. Sin embargo, como la evitación emocional, las CIE pueden llegar a ser poderosos hábitos para mantener el círculo de las emociones.

### **3.2 Ejemplos de CIE**

#### *Ansiedad*

Alguien puede estar muy preocupado sobre la seguridad de su familia y empezar a llamar de manera frenética a todos los miembros de su familia para ver si están bien.

- Emoción = Ansiedad sobre la seguridad de los miembros de la familia.
- Conducta = Llamarles para comprobar que están bien y tranquilizarse.

#### *Tristeza*

Alguien que se siente decaído y depresivo permanece en casa durmiendo durante varios días en lugar de ir a trabajar, pensando que no tiene amigos en el trabajo.

- Emoción = Depresión, sentimientos negativos abrumadores y desesperanza.
- Conducta = Incrementa su aislamiento respecto de los demás.

#### *Miedo*

Alguien que lava excesivamente sus manos en respuesta a sensaciones de suciedad o contaminación.

- Emoción = Miedo a la contaminación.
- Conducta = Limpieza.

#### *Ira*

Alguien se siente frustrado y enfadado al recibir una multa de tráfico. Como respuesta, rompe la multa y grita al agente de tráfico.

- Emoción = Ira al recibir una multa.
- Conducta = Romper la multa y gritar al policía.

En estos ejemplos, las CIE pueden ser poco adaptativas en algunas situaciones y más adaptativas en otras. Para entender la diferencia, vamos a ver en mayor profundidad un ejemplo de CIE en respuesta al miedo a contaminarse. Si nosotros entramos en contacto con algo que es sin lugar a dudas contaminante y nos puede enfermar, como recoger el pañuelo usado de un niño con un resfriado, y tenemos miedo de pillar un resfriado, tiene sentido que llevemos a cabo conductas como lavarnos las manos (algo que incluso nos diría el médico que deberíamos hacer). Pero ¿qué ocurre si sentimos ansiedad ante la *posibilidad* de ponernos enfermos por entrar en contacto con algo que está sucio? ¿Qué ocurre si cada vez que tocamos el pomo de una puerta vamos a lavarnos con cuidado las manos durante varios minutos con agua caliente y las secamos hasta el punto de que se agrieten y sangren? En este ejemplo, la conducta de lavarnos las manos no nos protege, de hecho, en realidad puede reducir nuestra capacidad de permanecer sanos. La conducta que era adaptativa en una situación, deja de serlo en otras condiciones.

Volviendo al ejemplo de Diego, vamos a ver cómo el terapeuta trabaja con él para identificar sus CIE.

Terapeuta —Me gustaría que me contaras alguna situación reciente en la que te hayas sentido contaminado.

Diego —Por supuesto. De hecho, puedo contarte una que ha ocurrido mientras venía a la sesión de hoy. Cuando estaba en el ascensor, una mujer que estaba cerca de mí ha empezado a toser. Inmediatamente me he dado la vuelta y me he tapado la boca.

Terapeuta —Entonces, ¿la tos te ha hecho sentir ansiedad?

Diego —Sí. Tan pronto como ha empezado a toser, he notado que me ponía ansioso. Mi corazón ha empezado a latir rápido. Inmediatamente, he tenido la repentina urgencia de salir del ascensor. Me sentía atrapado... rodeado por la enfermedad. Sé que suena estúpido pero en ese momento todo lo que podía pensar era en que esa persona tenía alguna enfermedad y yo iba a contagiarme.

Terapeuta —¿Qué clase de enfermedad piensas que podía tener?

Diego —Probablemente ninguna. Podría haber sido incluso una alergia. Pero en ese momento cuando ella estaba tosiendo, todo lo que podía pensar era en cómo salir de esa situación. Estaba preocupado por si ella tuviera un virus malo o algo así... por un instante pensé en la gripe aviar. Algunas veces me preocupo por contraer el sida, aun sabiendo que de esa manera no puede transmitirse.

Terapeuta —Así pues, vamos a volver atrás, ¿qué conductas notas que ocurren en respuesta a tus emociones? ¿Qué conductas hiciste por tu ansiedad?

Diego —Bueno, lo primero que siento es el deseo de salir fuera. En ese momento todo lo que quiero hacer es salir.

Terapeuta —Ya veo. Tu ansiedad, o incluso el miedo en esa situación, te pedían que escaparas.

Diego —Así es. Íbamos al mismo piso, así que empecé a mirar los botones de los pisos del ascensor para ver cuánto tiempo faltaba antes de que se abrieran las puertas y pudiera alejarme de ella. Al mismo tiempo, todo lo que podía hacer era cubrirme la boca con mi brazo. En realidad, intenté contener la respiración pero por un instante tuve que tomar aire.

Terapeuta —De acuerdo. Esos son buenos ejemplos de cómo las conductas son impulsadas por las emociones. El miedo que tú experimentas como respuesta a la tos de la mujer te pide escapar de esa situación. Pero como no puedes salir del ascensor en ese momento, cubres tu boca, te das la vuelta e intentas mantenerte sin respirar. Además también miras cuántos pisos faltan para salir del ascensor, para ver cuándo esa situación llegará a su fin. Es como si estuvieras aguantando hasta que la situación termine.

Diego —Así es como me sentí. Todo lo que yo quería hacer era salir de allí. Y entonces, cuando por fin salí del ascensor, directamente fui al baño a lavarme las manos, incluso me lavé la boca con jabón, pensando que así me protegería de ponerme enfermo.

Terapeuta —Así que además de tapar tu boca, mirar los botones del ascensor y escapar con rapidez, has tenido la CIE adicional de lavar tus manos y tu boca.

### **3.3 Cómo las CIE mantienen la respuesta emocional**

A pesar de que las CIE son adaptativas en determinadas situaciones y pueden reducir las emociones estresantes durante un corto periodo de tiempo, no siempre funcionan a largo plazo. Por ejemplo, alguien puede empezar a escribir un informe que tiene fecha límite pero dejarlo varias veces («escapar» un ejemplo de CIE) porque escribir le provoca fuertes pensamientos depresivos sobre el fracaso, perdiendo así energía y motivación. Sin embargo, incluso pensando que dejar de escribir le producirá un alivio en un corto espacio de tiempo, la persona se sentirá incluso peor después, porque todavía tiene las mismas preocupaciones acerca de la realización del informe. Pero además, tiene la presión de tener que escribirlo en un corto periodo de tiempo y puede sentirse mal consigo mismo por aplazarlo. Por otra parte, si la persona experimenta ansiedad sobre el trabajo y de manera automática responde haciendo el trabajo «perfecto» y tan pronto como sea posible, en realidad, esto no puede ser útil a largo plazo. Intentar hacer algo «perfecto» (lo cual es una manera de establecer el control sobre una situación de amenaza en apariencia incontrolable), normalmente lleva a estándares cada vez más altos de trabajo añadiendo más ansiedad en tareas adicionales. En ambos casos, la realización de las CIE refuerza y fortalece la conexión entre esas situaciones y las experiencias

emocionales.

Es importante entender la función de nuestras conductas e identificar las consecuencias a corto y largo plazo al utilizar las CIE. Para entender la función de nuestras conductas, incluso si estas son adaptativas o no, puede ser útil reflexionar sobre la situación que ha provocado las fuertes emociones y examinar en profundidad cómo respondemos conductualmente. Escoge una situación reciente en la que has sentido fuertes emociones. ¿Cuál era la situación? ¿Qué emociones estabas experimentando? Dedicar un momento para identificar qué situaciones provocan conductas específicas que son impulsadas por la propia emoción. Recuerda incluir comportamientos sutiles como expresiones faciales, gestos, e incluso la postura corporal.

Situación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emoción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CIE: \_\_\_\_\_

Ahora échale un vistazo a las conductas. ¿Cuál era el propósito o la función de las CIE? ¿Parecen razonables y adaptativas dada la naturaleza de la situación? ¿Cómo te has sentido al realizar esas conductas? ¿Cuáles fueron las consecuencias a corto y largo plazo de esas conductas? ¿Te gustaría actuar de una manera diferente como respuesta a tus emociones? Si es así, ¿cómo?

Por supuesto, cuando tengas en cuenta tus CIE, prestarás mayor atención a la relación existente entre las conductas y las emociones que experimentes. Una vez que hayas reflexionado sobre tus CIE, puedes descubrir que tus conductas son simples maneras que has desarrollado para controlar tus emociones. Por desgracia, puedes darte cuenta de que esas estrategias no están funcionando o que solo sirven para reducir las emociones negativas durante un corto periodo de tiempo. Pero ¿qué ocurre a largo plazo? Cuando escapamos de situaciones que nos dan miedo, en realidad, sentimos momentáneamente una sensación de alivio. Podemos pensar y decirnos a nosotros mismos: «¡Menos mal! Salí de allí en el último momento». Pero ¿qué ocurre la próxima vez que vuelves a estar en esa situación? ¿Tendrás más o menos miedo? Lo conseguiste... lo más probable es que tendrás el mismo miedo, incluso más que en la situación anterior.

Esto nos lleva a un punto importante ya que a menudo hay que pagar un precio por la utilización de las CIE. Este precio pueden ser la consecuencia al llevar a cabo conductas desadaptativas y algunas veces destructivas, o tan solo cómo te sientes contigo mismo cuando no estás actuando de una manera coherente con quien tú quieres ser (piensa en el lanzamiento de la raqueta de tenis o del palo de golf). Pero ¿por qué continuamos realizando esas CIE que nos hacen sentir mal a largo plazo? La respuesta es el *refuerzo*

*negativo*. El refuerzo negativo se refiere a las sensaciones positivas que podemos obtener al dejar atrás algo negativo. Así pues, por ejemplo, cada vez que «dejas atrás» al menos parte de tu ansiedad por realizar CIE, como salir pronto de una situación, o lavar tus manos, o comer comida rápida en lugar de dejar tu trabajo hecho, te deshaces de una sensación incómoda, aunque sea temporalmente. Las CIE nos gratifican en ese sentido, por eso se repiten las mismas CIE en el futuro. Para empeorar las cosas, se hacen incluso más intensas las emociones la próxima vez que estás en una situación similar. Por ejemplo, si tú «te salvas» de un ataque de pánico en medio de una multitud escapando de esta, has escapado con la idea de que estar en una multitud es algo decisivo para tener realmente un ataque de pánico. Lo más probable es que la próxima vez que te encuentres rodeado de gente, «salvarte» de esa situación amenazante será el primer objetivo en tu mente, potenciando la idea de que las multitudes son peligrosas e incrementan tu ansiedad. Así pues, el precio que pagamos sigue subiendo. No parece muy justo, ¿verdad? Por fortuna tienes algo que decir en ese sentido, porque, incluso si tus emociones te piden que realices determinadas conductas, todavía puedes tomar la decisión de adoptar nuevas conductas, más adaptativas y trabajar duro para cambiar tu respuesta conductual.

Recuerda, como discutíamos en el capítulo 5, el objetivo de este tratamiento no es deshacerse de las emociones incómodas como la ansiedad, por tanto, tú no estás aquí para aprender modos de controlar, reprimir o evitar tus emociones. De nuevo, las estrategias de control o supresión emocional lo más probable es que mantengan o incrementen la intensidad de muchas emociones que estás intentando controlar. En lugar de eso, este tratamiento se dirige a aprender de forma plena de las experiencias, de aceptar y tolerar todo el rango de emociones, y aprender a responder a tu experiencia emocional más adaptativamente.

## **4. Contrarrestando los patrones de evitación y las CIE**

### **4.1 Adoptando patrones de aproximación como oposición a la evitación**

Una manera de empezar a responder a las experiencias emocionales más adaptativamente es utilizar conductas de acercamiento, como oposición a la evitación. En otras palabras, es importante empezar a participar en actividades en las que es probable que aparezcan las emociones que en la actualidad evitamos, con el fin de reunir más información acerca de tu capacidad para hacer frente a cualquier situación dada. Utilizando el ejemplo anterior, si siempre evitas las aglomeraciones de gente por miedo a tener un ataque de pánico, solo tendrás suficiente información para asociar multitudes con ataques de pánico. Tu experiencia podría resumirse así: Multitudes = inevitable ataque de pánico, colapso, posibilidad de muerte. Pero si tú te permitieras acercarte a esta situación en

lugar de evitarla, reuniendo más y más información acerca de tu capacidad de hacer frente a esta situación, tu experiencia podría resumirse así: Multitudes = ocasionales ataques de pánico, raro ataque de pánico completo, cero colapsos, no muerte. Aprenderás más sobre esto en el capítulo 12, pero por ahora párate a pensar por un momento... ¿cuáles son las situaciones que actualmente evitas y que quieres trabajar aproximándote a ellas? Escríbelas a continuación.

---

---

---

## **4.2 La importancia de la acción alternativa**

La investigación ha demostrado que una de las maneras más efectivas de romper el círculo de las emociones, y en realidad, cambiar la manera en la que las emociones son experimentadas, es hacer algo diferente por completo de lo que harías normalmente en respuesta a tu emoción. Así, por ejemplo, sonreír en lugar de fruncir el ceño cuando te sientes decaído ha demostrado que cambia la manera en que la emoción es experimentada en ese momento. Podríamos referirnos a esto como «elegir una acción alternativa», o «una acción que es opuesta o contraria» a lo que tú has hecho en el pasado como respuesta a tus emociones. Por ejemplo, la tristeza o depresión tienden a hacer que la gente quiera alejarse de los demás, o no hacer las cosas con las que antes normalmente disfrutaban. En este caso, adoptando una acción alternativa podemos encontrarnos hablando con amigos o saliendo a hacer cosas. Acción alternativa no significa que tienes que hacer algo grande, puede ser algo como sentarte recto en lugar de encorvado o intentar sonreír un poco cuando estás deprimido. Otros ejemplos son hablar con alguien incluso pensando que te pone ansioso, o estar en un autobús cuando quieres escapar. Cambiar la forma en la que te comportas puede, con el tiempo, cambiar cómo te sientes. Este concepto no es nuevo, y ha aparecido en los dichos, en la sabiduría popular y el refranero español («quien canta su mal espanta» o «a mal tiempo, buena cara»).

Un punto que es importante que tratemos en este capítulo es que llevar a cabo conductas alternativas (p. ej., cantar aunque estés triste) es muy diferente de obligarte a tener pensamientos alternativos. Intentar convencerte a ti mismo de que te encanta la miel cuando en realidad la detestas no funciona, al igual que decirte a ti mismo que eres feliz cuando estás decaído tampoco. Intentar decirte a ti mismo que sientes una emoción que no sientes es un ejemplo de estrategia de evitación cognitiva (ver capítulo 9) y como discutíamos en el capítulo 8, el objetivo cuando vienen pensamientos no es convencerte a ti mismo de que estás pensando algo diferente a lo que estás pensando, sino más bien permitirte ser más flexible en tus pensamientos, identificando evaluaciones automáticas desadaptativas y reuniendo evidencias objetivas que apoyen o rechacen esos pensamientos. Lo que estamos tratando en este punto es la realización de conductas

motoras alternativas a las que las emociones inicialmente nos impulsaban a hacer (CIE), no decirte a ti mismo que no tienes miedo simplemente «silbando», en lugar de sentirte acobardado por el miedo o tratar de escapar. Cambiar la conducta de esta manera ha demostrado ser una forma eficaz de alterar la experiencia emocional que a su vez puede afectar también a los pensamientos.

Puede ser útil en este punto identificar algunas de tus típicas CIE y trabajar en desarrollar conductas alternativas. No te preocupes si tienes problemas en identificarlas todas ahora mismo. Tendrás la oportunidad de trabajar en identificar las CIE en las tareas para casa. Pero, de momento, anota algunas de las CIE que te gustaría cambiar (tabla 10.1) como parte de tu tratamiento y anota algunas acciones alternativas claras que tú crees que podrán ser respuestas adaptativas a tus emociones a largo plazo.

**Tabla 10.1 Registro de cambio de las CIE**

CIE	Acciones alternativas
-----	-----------------------

## 5. Resumen

En este capítulo, hemos discutido otro aspecto de las conductas que juega un papel importante en las experiencias emocionales: las conductas impulsadas por las emociones (CIE). Las CIE son estrategias que podemos utilizar para sentirnos menos incómodos cuando estamos sintiendo fuertes emociones. Comentábamos cómo las CIE pueden ser una parte adaptativa de las experiencias emocionales, pero también cómo pueden llegar a ser desadaptativas, como cuando son excesivas por la exigencia de la situación (p. ej., preparando en exceso una reunión). Observamos algunos ejemplos de CIE desadaptativas en una serie de emociones, y discutíamos cómo esas CIE sirven para mantener la ansiedad. Por último, comentamos el fuerte impacto que puede tener en la experiencia emocional luchar contra las CIE desadaptativas a través de acciones alternativas.

En el próximo capítulo exploraremos el último aspecto de los tres componentes de la experiencia emocional: las sensaciones físicas.

## 6. Tareas para casa

- Utiliza el Registro de cambio de las CIE (tabla 10.3) para ayudarte a modificar tus conductas impulsadas por las emociones (en la tabla 10.2 se muestra un ejemplo).
- Continúa practicando las habilidades que has aprendido en este capítulo y en los anteriores. Por ejemplo, puede ser útil continuar practicando la conciencia centrada en el presente (ver capítulo 7) utilizando el Registro centrado en el presente. De la misma manera, puede ser útil para ti seguir practicando estrategias de reevaluación cognitivas (ver capítulo 8) utilizando el Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos.
- Continúa supervisando tus experiencias semanales rellenando el OASIS y ODSIS.
- Recuerda utilizar el Registro de progreso para rellenar las puntuaciones totales del OASIS y ODSIS semana tras semana.

**Tabla 10.2 Ejemplo de Registro de cambio de las CIE**

Situación/Desencadenante	Emoción	CIE	Nuevas respuestas (incompatibles)	Consecuencias
Hablando con mi hija sobre su trabajo	Ansiedad, preocupación por mi hija	Di a mi hija un consejo sobre cómo manejaría yo la situación	Intentar escuchar sin ofrecer asesoramiento	Mi hija llegó a una similar conclusión sobre cómo manejar la situación. Me agradeció que la escuchara
Mi marido expresó frustración sobre su trabajo	Ansiedad	Preguntar a mi marido por la estabilidad en su trabajo. Preocupada por si mi marido pierde su empleo	Intentar ser comprensiva. Intentar hacer algo productivo siguiendo la conversación, en lugar de solo preocuparme	Mi marido estaba mucho más positivo sobre su trabajo después de ese día. Se sintió bien siendo capaz de centrar mi atención en otras cosas
Me desperté pronto y era incapaz de volver a dormir	Ansiedad	Tirarme en la cama pensando en cosas	Salir de la cama e ir a dar un largo paseo	Me sentí bien por no luchar contra mi ansiedad y forzarme a volver a la cama. Disfruté de hacer algo de ejercicio por la mañana y tuve un día productivo
Mi hija no me llamó cuando me dijo que lo haría	Ansiedad	Lamarla para asegurarme de que está bien	Esperar hasta que ella me llame	Llamó tarde esa noche. Nada malo ocurrió, solo estaba muy ocupada para llamar

**Tabla 10.3 Registro de cambio de las CIE**

## 7. Autoevaluación

Responde a cada una de las preguntas siguientes rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. Las conductas impulsadas por las emociones nunca son útiles o adaptativas, incluso a corto plazo. V F
2. Las CIE tienden a realizarse como respuesta a una emoción, mientras que las estrategias de evitación normalmente ocurren antes de que sintamos la emoción. V F
3. Llevar a cabo conductas de aproximación, en oposición a la evitación, es una estrategia para cambiar las respuestas emocionales actuales. V F
4. Aunque la identificación de CIE es muy importante, cambiar como nos comportamos raras veces nos ayuda a cambiar el modo en el que nos sentimos. V F

# Capítulo 11.

## Entender y afrontar las sensaciones físicas

### OBJETIVOS

- Identificar las sensaciones físicas asociadas a tus emociones.
- Comprender el papel que juegan las sensaciones físicas en tu respuesta emocional.
- Hacer frente a las sensaciones físicas desagradables a través de ejercicios de exposición.

### 1. Revisión de las tareas para casa

Antes de empezar este capítulo, revisa tus registros de los módulos anteriores (el Registro de cambio de CIE, el Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos y el Registro de anclado en el presente). Si has dejado de realizar los registros, recuerda que anotar tus experiencias es una parte esencial de este tratamiento. Sin tus registros, no conseguirás evaluar tus propias reacciones ni adaptar las estrategias que estás aprendiendo aquí a tu propia experiencia personal. Por tanto, seguir rellenando los registros es por tu propio beneficio. Habrás notado que insistimos en este punto capítulo tras capítulo. Esto es porque sabemos que permanecer semana tras semana haciendo las tareas puede ser un trabajo duro y creemos que recordarte por qué lo haces puede ayudarte a mantenerlo y a retomarlo en el caso de que lo hayas dejado de hacer. Si aun así todavía encuentras dificultades para hacerlo, intenta pensar cuál podría ser la manera de que fuera lo más fácil posible para ti. Encuentra un momento del día para trabajar por y para ti, haz un compromiso contigo mismo/a para utilizar ese tiempo invirtiéndolo en ti. Comprueba que tienes todos los materiales que necesitas (registros, bolis, lápices...). Pon recordatorios en tu nevera o una alarma diaria.

Además, te recomendamos que no continúes hasta que entiendas completamente todo el material presentado en los capítulos anteriores. Si te surgen dudas, o bien vuelve a leer el capítulo o pregunta a tu terapeuta para que te las resuelva. Puesto que este programa está basado en el aprendizaje de cosas nuevas capítulo a capítulo, es muy importante que comprendas el motivo y continuidad de todas las tareas y registros que te estamos pidiendo que realices.

En el caso de que hayas completado tus registros, ¿de qué te has dado cuenta la semana pasada? ¿Qué comportamientos has observado? ¿Ves alguna relación entre

algunos de tus pensamientos y algunos de tus comportamientos? ¿Cómo son de influenciables tus pensamientos por lo que haces? ¿Cómo y qué haces para influir en tus pensamientos? ¿Cómo influyen tus emociones en tus pensamientos y conductas? ¿Eres capaz de centrar la atención y la conciencia en el momento presente, para «salir de tu mente», con el fin de ayudarte a observar tus pensamientos y conductas de una forma más objetiva?

## 2. Conceptos clave

El concepto clave de este capítulo es el papel que las sensaciones físicas juegan en la experiencia emocional. Las *sensaciones físicas* se refieren a cualquier síntoma físico que podrías experimentar durante una fuerte emoción. Por ejemplo, cuando tienes miedo o estás realmente excitado, tu corazón podría latir con más rapidez. Al igual que cómo pensamos o cómo nos comportamos en una situación puede influir en nuestra experiencia emocional, también puede influir cómo nos sentimos físicamente. Nuestras sensaciones físicas pueden convertirse en «señales» de que nuestras emociones son más intensas de lo que en realidad son, y pueden influir en la intensidad de nuestra respuesta emocional y lo que nosotros hacemos en respuesta a nuestras emociones. En este módulo trabajarás para hacer frente a las sensaciones físicas internas asociadas con emociones intensas o incómodas.

## 3. Comprender las sensaciones físicas

En capítulos anteriores, el tratamiento estaba centrado en dos partes de la respuesta emocional: pensamientos y conductas; y en explorar cómo estos influyen en nuestras emociones. Hay una parte más en la experiencia emocional a explorar: cómo nos sentimos. Cómo nos sentimos se refiere a las sensaciones físicas internas que experimentamos, o nuestra respuesta física durante la emoción. Nuestras emociones influyen en cómo nos sentimos físicamente, y nuestras sensaciones físicas influyen en nuestras emociones (así como nuestros pensamientos están influidos por nuestras emociones y a través de estos podemos también influir en nuestras emociones —para refrescar conceptos ver capítulo 8—). Por lo tanto, es igual de importante tener en cuenta cómo nos *sentimos* durante una experiencia emocional, que reconocer qué *pensamos* y qué *hacemos*.

Y, como discutíamos respecto a nuestros pensamientos y nuestras conductas, es importante contextualizar cómo nos sentimos. Podemos estar en una situación que nos hace sentir ansiosos, como hablar delante de un gran grupo de personas. Nos damos cuenta de la respuesta física que estamos teniendo: nuestro corazón está latiendo con

fuerza, nos sudan las palmas de las manos, sentimos mareos. Si volcamos nuestra atención en esas sensaciones físicas, podemos empezar a sentir que la situación nos está provocando más ansiedad, o incluso es amenazante porque estamos reaccionando con intensidad.

Pero, a medida que nos hacemos más conscientes del contexto completo de nuestra experiencia emocional, comenzamos a recordar que bebimos tres tazas de café y que no dormimos bien la noche anterior. Luego, quizá esa fuerte reacción física ante el hecho de tener que hablar en público ocurre porque estamos ansiosos y porque hemos tomado demasiada cafeína y porque estamos cansados y nerviosos por haber dormido poco. Podría ser que la situación no provocara tanta ansiedad como inicialmente creíamos que iba a provocar, sin embargo, nuestras sensaciones físicas internas están haciendo que parezca más ansiógena y amenazante de lo que en realidad es. Para llegar a ser más conscientes y estar más cómodos con nuestras sensaciones físicas internas, podemos empezar a observarlas y ver cómo influyen sobre nuestra experiencia emocional.

#### **4. Afrontar las sensaciones físicas**

Los siguientes ejercicios están diseñados para ayudarte a practicar y ser más consciente de tus sensaciones físicas. Cada uno de estos ejercicios puede provocarte sensaciones físicas que imitan las sensaciones que experimentamos cuando estamos ansiosos o angustiados. El propósito de estos ejercicios es ayudarte a que empieces a identificar las sensaciones físicas como lo que son— sensaciones físicas, separadas de la experiencia emocional angustiada—. A pesar de que las sensaciones físicas son un componente de las experiencias emocionales, no son necesariamente algo malo ni aversivo en sí mismas ni por sí mismas. Muchas veces nuestras interpretaciones de las sensaciones físicas pueden hacerlas parecer mucho peores de lo que son en realidad.

Podría ser útil considerar esto. Cuando eras niño, ¿visitaste alguna vez un parque infantil? ¿Para qué están diseñados la mayoría? Lo están para proporcionar diversión y entusiasmo a los niños. Un lugar donde los niños pueden liberar su energía y correr libres. Pero vamos a analizar con mayor profundidad qué experimentan los niños en un parque. Cuando un niño se desliza por un tobogán, su estómago podría encogerse y podría sentirse mareado y sonrojado cuando aterriza en la base y se pone de pie. ¿Y qué decir sobre los columpios? ¿Alguna vez has subido muy alto en un columpio y al descender has tirado la cabeza hacia atrás pareciendo que el mundo se precipitara rápidamente al revés? Esto nos hace sentir mariposas en el estómago, un sentido de irrealidad y quizá si volvemos a repetirlo sentimos más mareos y sofocos. ¿Y los tiiovivos? Su propósito es hacer que los niños se mareen, se mareen tanto que al salir de allí no puedan mantenerse en pie (esa es la mejor parte si eres un niño), incluso salir desorientado o con pequeñas náuseas. Todas esas actividades van acompañadas de

intensas carreras por el parque que aceleran el corazón y hacen que lata rápido. Todas esas sensaciones físicas, mareos, angustia en el estómago, sentimientos de irrealidad, sofocos, taquicardia, cuando ocurren en el contexto de la infancia en un parque de juegos, son buenas sensaciones, ¡algunos niños las buscan a propósito! Pero esas mismas sensaciones, experimentadas por un adulto en una habitación llena de gente, de repente se convierten en amenazantes, representando una catástrofe inminente y una señal de no ser capaz de afrontarlo. ¿Qué hace que esas experiencias sean diferentes? ¿Son las propias sensaciones físicas? ¿O es la interpretación que hacemos de lo que podrían significar esas sensaciones físicas?

Para entender cómo contribuyen las sensaciones físicas a las experiencias emocionales incómodas, lo primero es ser capaz de entender qué se siente con las sensaciones físicas, al margen de cualquier interpretación de lo que podrían significar. Solo entonces puedes empezar a evaluar tus interpretaciones de las sensaciones y, utilizando las habilidades que has aprendido en el capítulo 8, ser capaz de determinar si esas sensaciones físicas representan un peligro real o son solo una respuesta automática. Cuanto más te permitas acostumbrarte a sentir esas sensaciones en contextos de seguridad (p. ej., en la privacidad de tu casa en lugar de en medio de un centro comercial), más fácil será romper la asociación de esas sensaciones como algo amenazante o como señal de peligro.

Intenta realizar los ejercicios que expondremos a continuación en las próximas semanas. Durante los ejercicios, intenta prestar mucha atención a cómo te sientes físicamente, así como a cualquier emoción o pensamiento que pudieras tener durante el ejercicio. Para obtener mejores resultados, es importante repetirlos al menos dos o tres veces cada vez que los hagas. La primera vez puedes experimentar sensaciones desagradables, la segunda vez quizá no tanto y, para la tercera vez, te será mucho más fácil. Incluso si necesitas más tiempo y requieres más repeticiones, tras algunos ensayos encontrarás que te habitúas más y más a las sensaciones físicas, y que se vuelven menos aversivas.

Para llevar a cabo estos ejercicios necesitarás un cronómetro, así sabrás durante cuánto tiempo has llevado a cabo cada ejercicio. Aquí está la lista de ejercicios:

### *1. Hiperventilación*

Durante aproximadamente 60 segundos, haz respiraciones rápidas y profundas a través de la boca, utilizando mucha fuerza, como si tuvieras que hinchar un globo. Este ejercicio produce aturdimiento, mareos y sentimientos de irrealidad.

### *2. Respirar a través de una pajita (finita)*

Durante aproximadamente 120 segundos, respira a través de la pajita, tapando la nariz para que no entre aire. Este ejercicio provocará sensaciones relacionadas con la dificultad de respirar y la restricción del flujo del aire. Puede inducir ansiedad muy pronto, así que es importante continuar el ejercicio durante al menos 1 o 2 minutos, para dar suficiente tiempo a la ansiedad a que poco a poco disminuya.

### 3. *Dar vueltas sobre uno mismo*

Durante aproximadamente 60 segundos, levántate y gira rápidamente sobre ti mismo (aproximadamente una vuelta entera cada tres segundos) y con los ojos cerrados. También puedes dar vueltas en una silla giratoria. Si llevas a cabo el ejercicio de pie, asegúrate de tener cerca una silla cómoda o un sofá por si pierdes el equilibrio para así poder sentarte rápidamente y centrarte en las sensaciones que has sentido. Este ejercicio está diseñado para producir mareos, aturdimiento y desorientación.

### 4. *Correr en el mismo sitio*

Durante aproximadamente un minuto, corre manteniéndote en el mismo sitio levantando las rodillas tan alto como puedas. Este ejercicio conllevará un rápido ritmo cardíaco, falta de aliento, mejillas sonrojadas y aumento del calor corporal.

Después de cada ejercicio, utiliza el Registro de inducción de síntomas y toma nota de lo siguiente:

1. Cualquier sensación física experimentada
2. La intensidad de esas sensaciones físicas en una escala de 0 a 8 (donde 0 = ninguna intensidad, 4 = intensidad moderada, 8 = intensidad extrema)
3. El nivel de ansiedad que has experimentado durante el ejercicio en una escala de 0 a 8 (donde 0 = ninguna ansiedad, 4 = ansiedad moderada, 8 = ansiedad extrema)
4. La similitud con los síntomas que experimentas cuando tienes emociones intensas en una escala de 0 a 8 (donde 0 = nada similar, 4 = moderadamente similar, 8 = extremadamente similar)

Dedica un momento mientras realizas el ejercicio para conectar con tu experiencia, dándote cuenta de cualquier emoción, pensamiento o conducta (en particular conductas de evitación) desencadenadas por la experiencia.

## **5. Registro de inducción de síntomas**

Por favor, completa cada uno de los ejercicios (como se ha indicado) que se muestran en la tabla 11.1. Asegúrate de realizar los ejercicios por completo e intenta hacerlos de manera que consigas, al menos, una intensidad moderada de los síntomas. Después del ejercicio, por favor, anota:

1. Los síntomas físicos que has experimentado
2. La *intensidad* de los síntomas (escala de 0-8; 0 = sin intensidad, 8 = intensidad extrema)
3. El nivel de *ansiedad/angustia* que has experimentado durante la tarea (escala de 0-

8; 0 = sin angustia, 8 = angustia extrema)

4. El grado de *similitud con la ocurrencia natural de tus síntomas* (escala de 0-8; 0 = sin similitud, 8 = similitud extrema)

Espera hasta que la mayoría de los síntomas hayan desaparecido antes de realizar el siguiente ejercicio. Utiliza los espacios en blanco previstos en el registro para ser creativo y poner ejercicios adicionales que sean específicos para ti. Cuando esté hecho, escoge tres de los ejercicios que te producen mayor ansiedad. Pon un asterisco (\*) al lado de esos ejercicios y repítelos.

Incluso si no estás angustiado por las sensaciones físicas, algunas personas encuentran útil utilizar estas experiencias como una oportunidad para practicar la conciencia emocional sin juzgar. Recuerda, las sensaciones físicas (similares a las producidas por estos ejercicios) son uno de los tres componentes de las emociones. Así pues, llegar a tener más conciencia sobre ellas puede ser útil, independientemente de si te provocan ansiedad en mayor o menor medida, o van acompañadas de otras emociones.

**Tabla 11.1 Registro de inducción de síntomas**

Procedimiento	Síntomas experimentados	Intensidad	Ansiedad	Similitud
Hiperventilación (60 s)				
Respirar a través de una pajita (2 min)				
Dar vueltas sobre uno mismo (60 s)				
Correr en el mismo sitio (60 s)				
Otro: ( ___ s)				
Otro: ( ___ s)				
Otro: ( ___ s)				

Hay que señalar que algunas personas no experimentan mucha ansiedad cuando realizan estos ejercicios, mientras que otras personas pueden encontrarlos más difíciles. Si no experimentas ansiedad al hacerlos, considera cuáles pueden ser las razones. Primero, los ejercicios pueden no provocarte sensaciones similares a las que experimentas de manera natural durante las emociones intensas. Pensando sobre tus propios síntomas, puedes desarrollar ejercicios para provocarte las sensaciones físicas que actualmente encuentras angustiosas. Por ejemplo, si te molestan las sensaciones visuales, podrías ponerte frente a un espejo y mirar fijamente durante dos minutos, o

mirar a una luz brillante durante 30 segundos antes de mirar a otro lado, etc. Ciertos patrones visuales como cuadros en 3D o el salvapantallas de los ordenadores pueden también provocar sensación de irrealidad. Las sensaciones de debilidad o sensaciones de hormigueo pueden ser reproducidas tensando todos los músculos de tu cuerpo al mismo tiempo alrededor de 30-60 segundos. O si te molesta sentir calor podrías ponerte un abrigo de invierno mientras te sientas en una habitación poco ventilada o enfrente de una estufa. Recuerda, el objetivo de estos ejercicios es causar deliberadamente las sensaciones que te provocan ansiedad. Así pues, identifica las sensaciones físicas que te provocan ansiedad y crea tus propios ejercicios para provocarlas. Puedes ser creativo manteniendo la seguridad.

Haz una lista de esos ejercicios en el espacio propuesto. Recuerda, ¡sé creativo!

1.

---

2.

---

3.

---

4.

---

La segunda razón por la que puedes no haber experimentado mucha ansiedad al hacerlos es que puedes haber parado antes de experimentar las sensaciones de forma completa, quizá anticipando que esas sensaciones podrían ser angustiosas o llegar a ser demasiado intensas. Si crees que puede haber pasado esto, inténtalo de nuevo. Esta vez intenta continuar con el ejercicio el tiempo recomendado con anterioridad.

Una tercera razón puede ser que los estés haciendo en un ambiente seguro, como tu casa o acompañado por una persona que te transmite seguridad, como un buen amigo o tu pareja. En este caso, deberías considerar realizar los ejercicios «fuera» de ese ambiente seguro o intentar hacerlos solo.

En definitiva, podría ser debido a que sabes que son producidas por los ejercicios, más que en respuesta a situaciones ansiógenas o acompañadas por fuertes emociones. Para algunas personas, es más estresante tener esas sensaciones cuando surgen de la nada o en situaciones en las que no esperaban que ocurrieran. Por supuesto, no se puede recrear esa situación, pero aun así puedes beneficiarte de estos ejercicios para llegar a estar más cómodo/a con esas sensaciones cuando ocurran.

## **6. Afrontar las sensaciones físicas a menudo**

Ahora que has identificado los ejercicios que causan las sensaciones físicas que encuentras más angustiosas, practicarás estos ejercicios a menudo, así podrás empezar a darte cuenta de cómo tu angustia sobre los síntomas decrece al intentar enfrentarte a ellos. Participa en cada ejercicio plenamente, intentando provocar al menos síntomas de intensidad moderada en cada uno de ellos. Intenta no evitar, por ejemplo, realizar los ejercicios a medias o «superficialmente». Más bien, haz frente a los ejercicios desafiándote a ti mismo a provocar sensaciones físicas. Provocar plenamente las sensaciones físicas te proporcionará una oportunidad para aprender que los síntomas no son peligrosos y que volverán a la normalidad por sí mismos después de un corto espacio de tiempo.

Practica los ejercicios una y otra vez, solo esperando suficiente tiempo entre los ensayos para que tus síntomas disminuyan. Continúa repitiendo el ejercicio hasta que tu ansiedad/angustia puntúe 2 o menos. Si tu ansiedad/angustia nunca ha puntuado por encima de 2, haz cualquier cosa que pueda hacer el ejercicio más difícil (p. ej., combinando ejercicios, haciéndolos delante de otras personas, o intentando inducir síntomas cuando todavía sientes ansiedad, tristeza, o estás alterado). Deberías hacer al menos un ejercicio cada día durante la próxima semana.

## **7. Resumen**

En este capítulo, hemos explorado el papel que juegan las sensaciones físicas en las experiencias emocionales. Así como las emociones pueden provocar sensaciones físicas, las sensaciones físicas pueden generar emociones. Discutíamos la importancia de experimentar las sensaciones físicas solo como sensaciones, más que como algo amenazante en sí o por sí mismas. A menudo, la interpretación o evaluación de esas sensaciones podría hacerlas más desagradables de lo que realmente son. Por ejemplo, algunas de las sensaciones físicas que acompañan al estrés y a la ansiedad son idénticas a las sensaciones físicas que experimentan los niños jugando en un parque, pero sin embargo en el primer escenario esas sensaciones son valoradas como angustiosas y en el segundo como emocionantes.

Ahora ya cuentas con los conceptos básicos y las habilidades para empezar a hacer frente, aceptar y tolerar las experiencias emocionales incómodas. Has aprendido a observar tu experiencia emocional de una manera objetiva; cómo identificar y reevaluar pensamientos e interpretaciones automáticas desadaptativas; cómo identificar y oponerse a estrategias de evitación emocional y CIE desadaptativas; y cómo mejorar la tolerancia a las sensaciones físicas, solo como sensaciones físicas, reconociendo su papel en la experiencia emocional. En el próximo capítulo, reuniremos todas estas habilidades,

estrategias y conceptos discutidos hasta el momento a través de exposiciones emocionales, a través de las cuales tendrás la oportunidad de aprender realmente esas habilidades aplicándolas en experiencias de tu vida real.

## 8. Tareas para casa

- Continúa realizando cada día los ejercicios de inducción de síntomas y registra tus progresos en el Registro de inducción de síntomas de la tabla 11.2.
- Continúa registrando semanalmente tus experiencias utilizando el OASIS y ODSIS.
- Recuerda utilizar el Registro de progreso para registrar las puntuaciones totales del OASIS y ODSIS semana tras semana.

**Tabla 11.2 Registro de inducción de síntomas**

DÍA 1: _____	DÍA 2: _____	DÍA 3: _____
Ensayo Intensidad Ansiedad Similitud	Ensayo Intensidad Ansiedad Similitud	Ensayo Intensidad Ansiedad Similitud
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____
DÍA 4: _____	DÍA 5: _____	DÍA 6: _____
Ensayo Intensidad Ansiedad Similitud	Ensayo Intensidad Ansiedad Similitud	Ensayo Intensidad Ansiedad Similitud
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	3. _____
4. _____	4. _____	4. _____
5. _____	5. _____	5. _____

## 9. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. Las sensaciones físicas pueden indicarnos que nuestras emociones son más intensas de lo que V F

realmente son, y pueden influir en la intensidad de nuestra respuesta emocional y en qué hacemos en respuesta a nuestras emociones.

2. Es importante que seamos conscientes de cómo nos sentimos durante una experiencia emocional, así como también es importante reconocer qué pensamos y qué hacemos. V F

3. Cuando tenemos sensaciones físicas intensas durante una experiencia emocional, es importante centrarnos en ellas e intentar reducir su intensidad para poder tener las emociones bajo control. V F

4. Hacer frente a las sensaciones físicas repetidamente puede ayudarte a aprender que no son peligrosas, y que la intensidad de la sensación volverá a su estado normal después de un breve periodo de tiempo. V F

# Capítulo 12.

## Ponerlo en práctica: afronta tus emociones en las situaciones en que ocurran

### OBJETIVOS

- Entender el propósito de la exposición emocional.
- Aprender a diseñar ejercicios de exposición emocional eficaces.
- Desarrollar y elaborar una jerarquía de miedo y evitación.
- Practicar repetidamente el afrontamiento a las emociones fuertes a través de ejercicios de exposición emocional.

### 1. Revisión de las tareas para casa

¿Has completado los registros de la semana pasada? ¿Has trazado en el Registro de progreso tus puntuaciones obtenidas en el OASIS y en el ODSIS? ¿Has notado algún cambio en tus respuestas?

En el capítulo anterior, introdujimos los ejercicios desarrollados con el propósito de provocar sensaciones físicas similares a las que puedes experimentar durante los momentos de angustia o malestar emocional. ¿Has practicado repetidamente estos ejercicios? Si no lo has hecho, te animamos a que lo hagas durante los próximos días. Es importante hacer estos ejercicios diariamente, para que puedas empezar a experimentar las sensaciones físicas como simples sensaciones, y además empezar a darte cuenta de que los pensamientos o conductas pueden estar asociados a esas sensaciones físicas.

Si has completado los ejercicios, ¿qué has notado? ¿Notaste algunos pensamientos o conductas que pudieron haber ocurrido en respuesta a las sensaciones físicas? ¿Cómo interactuaron y cómo afectaron a tu experiencia? Si tuviste un pensamiento negativo en respuesta a una sensación física, ¿la sensación fue a mejor o peor? ¿Estabas haciendo algo para evitar el experimentar por completo las sensaciones? ¿Qué ocurrió cuando permitiste que las sensaciones se produjeran sin tratar de controlarlas?, ¿fueron a mejor o peor?

### 2. Conceptos clave

El concepto clave de este capítulo es la exposición emocional. Durante esta parte del tratamiento, te enfrentarás gradualmente a situaciones específicas, imágenes y/o actividades que pueden producir reacciones emocionales fuertes o intensas. Esta es una oportunidad para poner en práctica las habilidades aprendidas hasta el momento, y de este modo tener la seguridad de que puedes manejar tus experiencias emocionales tal y como suceden. Es muy importante que te comprometas a invertir tiempo y esfuerzo durante esta última etapa del tratamiento, porque es la oportunidad para que se produzcan los cambios más grandes y duraderos.

### **3. Introducción a la exposición emocional**

Esta fase del tratamiento representa el paso más importante en la verdadera adquisición, comprensión, y *conocimiento* de todas las habilidades que hemos presentado hasta el momento. Cuando aprendemos algo nuevo, para que lo incorporemos como algo nuestro —automático— necesitamos aprender haciendo. ¿Alguna vez has tratado de enseñar a alguien a ir en bicicleta con tan solo describir cómo hacerlo? A pesar de que puede «obtener» el concepto racional/técnicamente, y puede ser capaz de visualizar cómo se hace, a no ser que se combine con la parte práctica y así aprender determinadas habilidades, caerá una y otra vez. Este efecto también es válido aquí: has aprendido todas las habilidades y los conceptos que necesitas para hacer frente con éxito a aquellas experiencias emocionales desagradables, y así poder aceptarlas y manejarlas, pero a menos que pongas estos conocimientos en práctica en el mundo real, nunca se convertirán en automáticos y por lo tanto no se habrán aprendido de verdad.

La forma en la que aprendes a «ir en bicicleta» es la de aprender haciendo, a través de exposiciones emocionales. Las exposiciones emocionales son ejercicios que están diseñados de manera específica para provocar fuertes reacciones emocionales, las mismas respuestas que han generado tus síntomas de ansiedad, y por las que te hemos proporcionado todas las habilidades necesarias para ayudarte a hacerles frente de una manera más adaptativa. Como explicaremos, hay diferentes tipos de exposiciones emocionales, o diferentes contextos en los que la exposición emocional puede ser provocada. Las exposiciones emocionales pueden ocurrir en el contexto de las situaciones internas, tales como los pensamientos, recuerdos, o incluso las sensaciones físicas de las que hemos hablado en el capítulo 11. Pero, además, las exposiciones emocionales también pueden ocurrir en situaciones externas que podrían provocar emociones, tales como lugares o situaciones que te hacen sentir incómodo, o que podrías evitar en la actualidad (como subir en un ascensor, conocer gente nueva o tocar objetos «contaminados»). Durante este capítulo te enfrentarás de forma gradual a las situaciones que te provocan emociones fuertes y modificarás tus respuestas a esas emociones. Todas las habilidades que has aprendido hasta el momento (conciencia emocional centrada en el

presente, reevaluación cognitiva, oponerse a la evitación y las CIE, afrontar las sensaciones físicas) te ayudarán a realizar con eficacia las exposiciones emocionales. Ahora tienes la oportunidad de poner en marcha estas nuevas habilidades. Estas también te ayudarán a eliminar cualquier evitación emocional durante las exposiciones emocionales. Recuerda, el uso de la evitación emocional durante las exposiciones puede interferir en tu progreso durante el tratamiento, porque las estrategias de evitación emocional no solo te impiden experimentar plenamente tus emociones, sino que también te impiden tanto aprender nueva información acerca de las experiencias, como la capacidad para hacer frente a estas. Para aprender nuevas formas de responder a las situaciones emocionalmente intensas, es necesario llevar a cabo ejercicios que provoquen este tipo de experiencias emocionales. Las respuestas a las emociones no se pueden cambiar hasta que se han experimentado en numerosas ocasiones y se han identificado y modificado las CIE. Esta parte del tratamiento puede ser dura al principio. Pero, recuerda, has llegado muy lejos en este tratamiento; por lo que te mereces intentar «subir a la bicicleta» y poner en marcha esas nuevas habilidades que has aprendido.

Los ejercicios utilizados para evocar emociones desagradables (exposiciones emocionales) varían según la persona, pero pueden incluir conductas como tener una conversación con un extraño, ver una película inquietante, o imaginar y procesar un evento especialmente difícil que experimentaste en el pasado. A continuación te presentamos los tipos de exposición emocional que puedes utilizar para provocar emociones fuertes, incómodas, y así practicar las habilidades que has aprendido hasta ahora.

### **3.1 Exposiciones emocionales situacionales**

Para las exposiciones emocionales situacionales, te enfrentarás a situaciones que pueden provocar reacciones emocionales intensas. Tú podrías ahora mismo evitar muchas de estas situaciones. Dependiendo de tus síntomas, estas situaciones podrían ser el situarte en un lugar cerrado durante un periodo de tiempo, tener una conversación con un extraño, o incluso iniciar conversaciones con un grupo de personas. Cuando se hacen exposiciones a una situación, tienes que comprobar si puedes aplicar las habilidades que has aprendido hasta ahora. ¿Puedes utilizar la respiración para centrarte en el presente, interrumpiendo los pensamientos catastróficos sobre el futuro o las rumiaciones sobre lo que sucedió en el pasado, en situaciones similares? ¿Puedes revisar con rapidez los tres componentes de la emoción: pensamientos, sensaciones físicas y conductas? ¿Puedes identificar las evaluaciones automáticas desadaptativas y los errores de pensamiento? ¿Puedes encontrar nuevas reevaluaciones de la situación más adaptativas? ¿Observas alguna CIE desadaptativa o estrategias de evitación que estás utilizando? ¿Puedes sustituir estas CIE con acciones alternativas, y así evitar que hagas uso de estrategias de evitación? ¿Estás reaccionando a las sensaciones físicas de manera que la situación te

hace sentir aún peor? También es importante controlar tus pensamientos, sentimientos y conductas antes de hacer la exposición a la situación temida, y compararlos con tus pensamientos, sentimientos y conductas poco después de finalizar la exposición. ¿Se han confirmado tus temores y/o valoraciones anticipatorias? ¿Han sido tus sensaciones físicas tan intensas o intolerables como lo habías previsto? ¿Has sido capaz de contrarrestar las estrategias de evitación y las CIE desadaptativas?

Cuando te permitas participar «completamente» en las exposiciones situacionales, sin hacer uso de conductas de seguridad u otras estrategias de evitación, pueden ocurrir varias cosas importantes:

1. Las interpretaciones y evaluaciones automáticas acerca de la peligrosidad de la situación irán cambiando, a veces de forma automática.
2. Al mismo tiempo, las interpretaciones y evaluaciones más adaptativas comenzarán a emerger.
3. La evitación, y su posterior interferencia, empezará a ser revertida.
4. Las CIE son reconocidas y modificadas.

### **3.2 Exposiciones emocionales imaginadas**

También puedes llevar a cabo las exposiciones emocionales imaginando una experiencia de alta intensidad emocional. Estas exposiciones deben realizarse en un entorno tranquilo, con los ojos cerrados. Imagina, con gran detalle, los acontecimientos que se produjeron en una experiencia difícil, incluyendo detalles de las imágenes, pensamientos y sentimientos que tuviste durante el progreso de los acontecimientos. Durante estas exposiciones, debes tratar de vivir completamente las emociones asociadas con la experiencia, ya sea de pánico, tristeza, soledad, miedo, ansiedad o ira. Usando las habilidades que has adquirido, puedes ver esta experiencia de manera objetiva. ¿Qué evaluaciones desadaptativas percibiste? ¿Hay otras formas de interpretar la experiencia? ¿Qué sensaciones físicas surgieron cuando pensaste en la experiencia? ¿Pudiste tolerar esas sensaciones como solo eso, sensaciones? ¿Cómo influyeron tus evaluaciones, tus respuestas emocionales y tus sensaciones físicas a tu conducta? Por ejemplo, cuando piensas sobre la experiencia, ¿tiendes a aislarte de los demás, o recurrir al alcohol o a sustancias para «adormecer» los sentimientos asociados a esa experiencia? ¿Hay nuevas conductas adaptativas que pueden resultarte más útiles, como pasar tiempo con un buen amigo o ir a dar un paseo?

### **3.3 Exposición emocional a las sensaciones físicas**

También puedes optar por continuar realizando exposiciones a las sensaciones físicas, que se explicaron en el capítulo 11, continuando por el proceso de las emociones

causadas por la inducción de las sensaciones físicas.

## 4. Práctica de exposiciones emocionales

Un factor crucial en el éxito del tratamiento se encuentra en llevar a cabo de forma continuada las exposiciones emocionales.

Usa el Registro de jerarquía de evitación emocional y situacional (tabla 12.1), para así tener una idea de los tipos de situaciones que desencadenan las emociones incómodas para ti, y las situaciones que más evitas. Con el paso del tiempo, vas a desarrollar de manera sistemática y gradual tu propia jerarquía. Recuerda que el propósito de estos ejercicios es provocar emociones fuertes, incómodas, por lo que elegir exposiciones demasiado «fáciles» puede que no sea útil. Trata de empezar por una exposición que creas que te generará al menos un grado moderado de emoción (actividades situadas por la mitad de la jerarquía), pero que estés relativamente seguro de que puedas afrontar con éxito. Esto permite que puedas experimentar el manejo de una experiencia desagradable desde el principio, al tiempo que te planteas un reto a ti mismo.

**Tabla 12.1 Registro de jerarquía de evitación emocional y situacional**

No evitación			Se duda en hacer frente, pero se evita poco			A veces se evita		Por lo general se evita		Siempre se evita	
0	1	2	3	4	5	6	7	8			
Nada de angustia			Angustia leve			Angustia moderada		Angustia fuerte		Angustia extrema	
Descripción			Evitación			Angustia					

1  
Peor

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Las exposiciones emocionales pueden ser diseñadas basándose en una situación que evoque emociones incómodas para ti, lo que te permite practicar las habilidades de regulación emocional que has aprendido (observar sin juzgar, conciencia emocional centrada en el presente, identificar y cuestionar las evaluaciones automáticas, oponerse a la evitación emocional y las CIE y tolerar las sensaciones físicas). Por ejemplo, si estás haciendo frente a los síntomas de pánico cuando utilizas el transporte público, es posible que desees coger un autobús repleto de gente para ir a trabajar. Si estás luchando contra el miedo en situaciones sociales, puedes proponerte participar en una conversación con un compañero de trabajo desconocido. O, si estás experimentando pensamientos intrusivos y angustiantes, es posible que quieras escribir los más temidos y leerlos en voz alta todos los días. A continuación te mostramos un ejemplo de la jerarquía de evitación emocional y situacional que Pablo ha creado para hacer frente a sus miedos de tener un ataque de pánico (tabla 12.2). Presta atención a cómo se ha centrado Pablo en incluir varias situaciones. Mira con qué situaciones podrías contar para empezar a enfrentarte a emociones incómodas.

**Tabla 12.2 Jerarquía de evitación emocional y situacional completada por Pablo**

No evitación		Se duda en hacer frente, pero se evita poco			A veces se evita		Por lo general se evita		Siempre se evita	
0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Nada de angustia		Angustia leve			Angustia moderada		Angustia fuerte		Angustia extrema	
Descripción		Evitación		Angustia						
<b>1</b>	Conducir por la autopista	8		8						
<b>Peor</b>										
<b>2</b>	Volar	8		8						
<b>3</b>	Coger un autobús	7		7						
<b>4</b>	Ascensores	6		7						
<b>5</b>	Comer en un restaurante	6		6						

6	Ir de compras al centro comercial	5	6
7	Ir al supermercado	4	5
8	Ir al cine	4	4
9	Ir a pasear	3	4
10	Hacer algo físicamente agotador	3	3

## 5. Jerarquía de evitación emocional y situacional

Describe situaciones que estás evitando con el fin de prevenir que aparezcan las emociones desagradables, empezando por la situación más angustiante. Valora el grado en el que evitas cada una de las situaciones que describes y el grado de malestar que te genera. Para cada situación, escribe el número correspondiente en el espacio adecuado en la tabla 12.3.

**Tabla 12.3 Jerarquía de evitación emocional y situacional**

No evitación		Se duda en hacer frente, pero se evita poco			A veces se evita		Por lo general se evita		Siempre se evita	
0	1	2	3	4	5	6	7	8		
Nada de angustia		Angustia leve			Angustia moderada		Angustia fuerte		Angustia extrema	
Descripción						Evitación			Angustia	
1										
Peor										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

Cuando se diseñan las exposiciones, es importante tener en cuenta qué emociones incómodas pueden ser negativas o positivas. Por ejemplo, algunas personas tienen dificultades en participar en actividades placenteras que les obligan a «dejar atrás sus preocupaciones». Experimentar emociones positivas puede provocar ansiedad por «estar desprevenido». Por lo tanto, puede ser muy importante en cuanto al diseño de las exposiciones tener en cuenta tanto la experiencia emocional positiva como la negativa. Al mirar la jerarquía que has elaborado, ¿tuviste en cuenta las actividades placenteras que pueden provocar emociones incómodas?

Puedes utilizar el Registro de práctica de exposición emocional, para así registrar tus exposiciones emocionales (tabla 12.5). Deberías emplear tiempo procesando las exposiciones que vas completando, prestando especial atención a cualquier patrón de evitación emocional o a los obstáculos que pueden interponerse en tu camino para completar las exposiciones. Echa un vistazo a cómo Pablo rellenó el Registro de práctica de exposición emocional (tabla 12.4). Observa cómo se centró examinando sus pensamientos, sentimientos y conductas, tanto antes como después de haber completado la tarea.

#### **Tabla 12.4 Registro de práctica de exposición emocional completado por Pablo**

Tarea de exposición: *Conducir por la autopista al menos durante 15 minutos.*

Antes de la tarea:

Estrés anticipatorio (0-8): 6

Pensamientos, sentimientos y comportamientos que has notado antes de la tarea:

Pensamientos: *Voy a tener un ataque de pánico que va a provocar que pierda el control del coche. Voy a provocar un accidente y puede que muera.*

Sentimientos: *Corazón a mil y tensión en el cuello.*

Comportamientos: *Ninguno*

Reevalúa tus evaluaciones automáticas acerca de la tarea:

*He tenido ataques de pánico otras veces mientras conducía, y nunca he perdido el control del coche. Durante los ataques, a veces me he sentido fuera de control, pero siempre he tenido control sobre mis comportamientos mientras conducía. Una vez estuve involucrado en un accidente, pero no resulté herido. Aun si lo hubiese estado, probablemente sobreviviría.*

Después de completar la tarea:

Pensamientos, sentimientos y comportamientos que has notado durante la tarea:

Pensamientos: *Voy a tener un ataque de pánico. Si yo siento pánico, tengo que estar fuera de control. Voy a perder el control del coche.*

Sentimientos: Latido rápido del corazón. Sudoración. A veces mareos.

Comportamientos: *Agarré el volante con fuerza, mantuve una postura rígida y estuve mirando por el espejo para asegurarme de que nadie podía sacarme de la carretera. Tuve problemas para mantener una velocidad constante.*

Número de minutos haciendo la tarea: 20 min

Máxima angustia durante la tarea (0-8): 7

Angustia al finalizar la tarea (0-8): 5

¿Ha habido algún intento de evitar tus emociones (distracción, señales de seguridad, etcétera)?

*Hubo un momento, cuando sentí pánico, que encendí la radio y subí el volumen. También me di cuenta de que intentaba regular mi respiración para impedir que tuviese un ataque, siempre sin entrar en el carril de adelantamiento.*

¿Qué conclusión sacas de este ejercicio de exposición? ¿Ocurrieron los resultados que temías? Si es así, ¿cómo fuiste capaz de hacerles frente?

*Cuando sentí pánico tuve bastante miedo. Me dije a mí mismo que tenía el control del coche y que siempre podía salir a un lado de la carretera si los sentimientos me desbordaban. Pero me mantuve circulando, y de hecho traté de aflojar mis manos del volante y ajustar mi postura, y así estuve manejando el coche en una posición más relajada. Mi ansiedad se mantuvo bastante alta durante todo el transcurso de la exposición, pero nunca perdí el control del coche. Mi ansiedad empezó a bajar al final de la exposición.*

*La próxima vez voy a hacer la exposición más difícil y conduciré por el carril de adelantamiento. Además, creo que la exposición tiene que durar un poco más de tiempo para permitir que la ansiedad llegue a descender por completo antes de salir de la autopista. Hay una serie de CIE que tendré que tratar también, como permanecer a una velocidad constante o no mirar demasiado por el espejo, pero definitivamente he hecho algunos progresos.*

## **Tabla 12.5 Registro de práctica de exposición emocional**

Tarea de exposición: \_\_\_\_\_

Antes de la tarea:

Estrés anticipatorio (0-8): \_\_\_\_\_

Pensamientos, sentimientos y comportamientos que has notado antes de la tarea:

---

---

---

Reevalúa tus evaluaciones automáticas acerca de la tarea:

---

---

---

Después de completar la tarea:

Pensamientos, sentimientos y comportamientos que has notado durante la tarea:

---

---

---

Número de minutos haciendo la tarea: \_\_\_\_\_

Máxima angustia durante la tarea (0-8): \_\_\_\_\_

Angustia al finalizar la tarea (0-8): \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún intento de evitar tus emociones (distracción, señales de seguridad, etcétera)?

---

---

---

¿Qué conclusión sacas de este ejercicio de exposición? ¿Ocurrieron los resultados que temías? Si es así, ¿cómo fuiste capaz de hacerles frente?

---

---

---

Trabaja haciendo que las exposiciones sean efectivas, reduciendo la evitación y aumentando su dificultad de manera continuada. Esta es la parte más esencial del tratamiento, el momento en el que se lleva a cabo el verdadero aprendizaje de las habilidades. También puede serte útil revisar el Registro de práctica de exposición emocional después de cada exposición. Examinar tus conductas de evitación puede ayudarte a planear otras exposiciones. En el próximo ejemplo, Sara ha elegido «ir a una fiesta» entre los posibles retos de su jerarquía de evitación emocional y situacional como un ejercicio de exposición, y ha registrado esta experiencia en su Registro de práctica de exposición emocional. Observa cómo el terapeuta ayuda a Sara a diseñar otra exposición basándose en cómo ha vivido esta.

Terapeuta —¿Cómo has podido retarte a ti misma para ir a la fiesta?

Sara —Ha sido un poco más fácil ahora que he empezado a desafiar mis pensamientos, pero realmente aún estaba muy ansiosa y quería cancelar la «cita», como ya había hecho otras veces.

Terapeuta —¿Cómo te sentiste al llegar?

Sara —Experimenté muchas sensaciones físicas y solo quería salir de allí; pero como me quedé más tiempo dejé de sentirme tan mal. Me sentí cada vez más cómoda, y hablé con algunas personas, incluso con personas que no conocía. De hecho, me lo pasé muy bien.

Terapeuta —¿Así que tu ansiedad disminuyó a medida que pasaba el tiempo?

Sara —Sí, me encontré mejor que nunca. Sobre todo al ver que la gente estaba interesada en todo lo que yo decía. Ese fue uno de mis principales miedos. Pensé que les parecería aburrido lo que yo decía y que no tendrían nada que decir sobre el tema, pero fui yo la que dirigí la conversación.

Terapeuta —Así que has sido capaz de poner a prueba tus miedos. ¿Evitaste tus emociones?

Sara —Traté de no hacerlo, pero creo que hice alguna cosa que no debía, como no tener contacto visual o no presentarme a la gente.

Terapeuta —¿Puedes hacer otro tipo de exposiciones acerca de esa evitación?

Sara —Sí, creo que iré a otra fiesta e iré con el objetivo de presentarme a un grupo de personas. Quizá lo haga con el primer grupo de personas que vea, sin evitar grupos por su tamaño o por su grado de familiaridad.

En el ejemplo anterior, Sara trabaja con el terapeuta para hacer exposiciones cada vez más difíciles para, de este modo, trabajar la evitación y las emociones que la hacen sentirse incómoda.

## **6. Aspectos clave a recordar sobre la práctica de la exposición**

¿Cómo se llega a tocar bien un instrumento de música? Practicando, practicando y practicando. Siempre que sea posible, debes intentar por lo menos, enfrentarte a un par de exposiciones por semana. Pero cuantas más, mejor. Por supuesto, también es una oportunidad para reducir la evitación emocional y los cambios de las CIE diariamente. Pero debes trabajar en el diseño de las exposiciones específicas para tratar tus conductas de evitación emocional, y llevarlas a cabo de manera regular. De hecho, programar las exposiciones y apuntarlas en tu agenda es una buena manera de ayudarte en la realización de estos ejercicios. También es importante tener en cuenta la logística sobre la realización de las exposiciones. Evidentemente, será necesaria una menor planificación para una visita al centro comercial que para un vuelo de avión a una ciudad cercana. Puesto que las exposiciones a veces pueden ser muy difíciles de conseguir, y si están bien diseñadas deben provocar emociones intensas, es muy común que las personas quieran aplazarlas o evitarlas. Si estás «demasiado ocupado» para llevar a cabo las exposiciones, tómate un momento para revisar la hoja de balance decisional que completaste en el capítulo 4, recordando los posibles beneficios de realizar un cambio, en relación con los costes que te supondría continuar de la misma forma. Para muchas personas, las exposiciones emocionales representan «el momento de la verdad». Este es el punto en el que debes utilizar todas tus habilidades y trabajar para hacer los cambios que deseas en tu vida.

A veces puede que te marques una exposición que te provoque emociones difíciles de experimentar y que como resultado incluso decidas abandonar. Trata de no desanimarte o frustrarte contigo mismo/a. La compasión es la clave aquí. Entiende que algunos de tus patrones pueden estar un poco más arraigados, y por lo tanto puede llevar un poco más de tiempo modificarlos. Si huyes de una situación, permítete un momento y utiliza los conocimientos cognitivos de revaloración y vuelve de nuevo. Si necesitas bajar un paso

en la jerarquía, o modificar la exposición para que sea menos intensa, puedes hacerlo. Pero toma nota de la exposición original para que puedas repetirla en un futuro. Algunas personas se benefician y se alivian mucho con estas exposiciones, otras sin embargo parecen beneficiarse con la actitud del «salto al vacío». Has de encontrar la manera que mejor te funcione, pero, conforme vayas enfrentándote a situaciones que has evitado en el pasado y las emociones que te producen, tenderás a progresar en superar tus dificultades emocionales.

Al llevar a cabo exposiciones emocionales, es importante tratar de involucrarse en ellas sin ningún tipo de evitación y usar cada exposición como una oportunidad para cambiar tus CIE desadaptativas. A menudo, es mejor llevar a cabo una exposición inferior de la jerarquía, pero hacerlo sin evitar, que intentar realizar una exposición más «extrema» pero con muchas conductas de evitación. La clave para la realización de las exposiciones emocionales es provocar las emociones que has estado tratando de evitar. Con el fin de conectar plenamente con tus emociones, tendrás que reducir los patrones de evitación que han estado presentes entre tus propias emociones y tú. No tienes la necesidad de hacer nada para protegerte de la experiencia emocional durante las exposiciones, porque las emociones no son peligrosas; aquello que pensaste que iba a suceder no es probable que ocurra, y si sucede encontrarás la manera de manejarlo. Cómo enfocar la tarea en sí también puede ser muy importante. ¿Estás enfocando tus exposiciones con temor y desconfianza, o con valor y aceptación? Trata cada exposición como una oportunidad para dar un paso hacia la consecución de tus metas.

## **7. Resumen**

En este capítulo, has tenido la oportunidad de coger todas las habilidades, estrategias y conceptos que has aprendido en este tratamiento y aplicarlos a tus situaciones de la vida real. Esta es la mejor manera de aprender cualquier habilidad nueva; podemos leer acerca de algo, o acudir a conferencias sobre algo, y te sientes como que lo conocemos muy bien intelectualmente hablando. Pero para entender realmente cualquier habilidad nueva, el mejor enfoque es aprender con la práctica. Las exposiciones emocionales te permiten hacer precisamente esto. Tienen la intención de provocar la misma angustia contra la que has estado luchando, la misma angustia que te provocó en un primer momento iniciar este tratamiento, con el fin de darte la oportunidad de practicar estas nuevas habilidades.

## **8. Tareas para casa**

- Completa tu jerarquía de evitación emocional y situacional. Genera una lista de 10 situaciones emocionales que actualmente evitas, incluyendo algunas situaciones en las

que lo hagas rara vez, así como las situaciones que siempre o casi siempre acabas evitando. Céntrate en los tipos de preocupaciones en los que se ha centrado el tratamiento hasta el momento. Además, elige las situaciones que te ayudarán a alcanzar tus metas en el tratamiento, y de este modo será más significativo el éxito en mejorar varias áreas de tu vida.

- Continúa realizando exposiciones emocionales y registrándolas en el Registro de práctica de exposición emocional. Las exposiciones emocionales pueden ser exposiciones a las emociones desencadenadas por sucesos o también llamadas situaciones externas, así como a factores internos, como las sensaciones físicas (por ejemplo, las exposiciones destinadas a provocar un ritmo cardíaco rápido).
- Realiza, de manera repetida, exposiciones a las sensaciones físicas siguiendo las instrucciones del capítulo 11.
- Sigue registrando tus experiencias semanales con el OASIS y el ODSIS.
- Recuerda usar el Registro de progreso anotando las puntuaciones totales del OASIS y del ODSIS semana tras semana.

## 9. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Las exposiciones emocionales son los ejercicios que están diseñados específicamente para provocar fuertes respuestas emocionales.  | V | F |
| 2. Las evaluaciones automáticas no suelen modificarse como resultado de la exposición emocional.  | V | F |
| 3. Durante una exposición emocional, es importante identificar las conductas de evitación y las CIE para que estas conductas puedan ser modificadas.                              | V | F |
| 4. Mantener el control de las emociones durante las exposiciones es una buena estrategia para facilitar, de forma gradual y sistemática, las situaciones emocionalmente intensas. | V | F |

# Capítulo 13.

## Medicación para ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales

### OBJETIVOS

- Aprender sobre los tratamientos farmacológicos para la ansiedad, el pánico y la depresión.
- Aprender maneras por las que el tratamiento farmacológico puede utilizarse en combinación con los métodos descritos en este programa.

### 1. Razones para seguir un tratamiento farmacológico cuando se dan trastornos emocionales

Muchas personas con trastornos emocionales tienen prescrito un tratamiento farmacológico para ayudarles a aliviar los síntomas. Si es tu caso, puede que lo tengas prescrito para que lo sigas de forma habitual o solo para cuando crees que lo necesitas. Sin embargo, mucha gente realiza este programa de tratamiento completo sin tomar medicación; otros no la tomarían, pero lo hacen por prescripción médica. Sea como sea, hay personas que desean seguir un tratamiento farmacológico para aliviar sus síntomas de ansiedad/depresión. Para algunos, la ansiedad y la depresión son tan graves que sienten que no pueden soportar ni un día más con la sintomatología y necesitan alivio lo más pronto posible. El tratamiento farmacológico que tarda más tiempo en tener efecto lo hace en tres semanas. Algunos fármacos actúan con más rapidez y empiezan a tener efecto en un día o dos, algunas personas consideran que no les da tiempo suficiente para dominar toda la información que hay en este manual y otros creen tajantemente que el tratamiento farmacológico es el mejor tratamiento para su ansiedad.

En cualquier caso, casi el 60% de las personas que vienen a nuestra clínica para recibir tratamiento psicológico toman algún tipo de medicación para los síntomas de ansiedad y del estado de ánimo. Algunos ya llevan tiempo tomándola y a otros se la prescriben solo para un par de semanas y les recomiendan acudir a nuestra clínica lo antes posible.

Como ya hemos comentado en el capítulo 2, no es necesario dejar la medicación para poder realizar este programa y por tanto no recomendamos que lo dejes antes de

empezarlo. Con el tiempo, puede que quieras dejarlo. Aproximadamente la mitad de las personas dejan el tratamiento farmacológico cuando terminan este programa y otros lo dejan durante el primer año tras finalizarlo. En las siguientes secciones, describimos cómo dejar la medicación si deseas hacerlo.

Hasta ahora, la evidencia científica parece mostrar con claridad que algunos tipos de tratamientos farmacológicos, si se prescriben en la dosis correcta, son efectivos para aliviar al menos a corto plazo la sintomatología de los trastornos de ansiedad y depresión. Sin embargo, muchos de ellos no son efectivos a largo plazo a menos que continúes tomándolos de forma habitual. Incluso en ese caso, pueden perder algo de efectividad a no ser que aprendas nuevos métodos más útiles de afrontar tus emociones. A pesar de ello, hay algunas personas que comienzan con un tratamiento farmacológico y lo dejan varios meses después, sin necesidad de pasar por un programa como este. Por todos estos motivos, consideramos conveniente abordar cómo funciona la medicación y los diferentes tipos que se suelen prescribir para los trastornos emocionales, así como el mejor momento para utilizarla, según la evidencia científica actual.

## **2. Diferentes tipos de tratamientos farmacológicos**

### **2.1 Fármacos antidepresivos**

Hay diferentes clases de antidepresivos que se utilizan para ayudar a manejar la ansiedad, los ataques de pánico y la depresión. Por un lado podemos encontrar los antidepresivos llamados inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRS), que incluyen fármacos como la fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft), fluvoxamina (Luvox) y paroxetina (Paxil). Y por otro lado encontramos un segundo tipo de antidepresivos llamados inhibidores de la recaptación de la serotonina-norepinefrina (IRSN), que incluyen la venlafaxina (Effexor) y serzone (Nefazodona). Estas dos clases de fármacos se han convertido en tratamientos de primera línea para bastantes trastornos emocionales porque en general son menos tóxicos y tienen menos efectos secundarios que los antiguos antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la monoamina oxidasa (que describiremos a continuación). A pesar de esto, al tomarlos, algunas personas notan molestias estomacales y otros síntomas gastrointestinales, dolores de cabeza y otros efectos secundarios, especialmente disfunciones sexuales. Además, al principio puede haber un empeoramiento de la ansiedad, aunque puede disminuir si se empieza con dosis más pequeñas (como 5 mg de Prozac). Las mejores dosis para controlar la ansiedad y los ataques de pánico son 20-40 mg de Prozac, 75-150 mg de Luvox, 20-40 mg de Paxil y 100-200 mg de Zoloft.

Los antidepresivos tricíclicos (AT) incluyen la imipramina (Tofranil), clomipramina (Anafranil), desipramina (Normaprima), nortriptilina (Pamelor) y amitriptilina (Elavil).

Tofranil solía ser el antidepresivo más utilizado para la ansiedad y los ataques de pánico, pero se ha visto reemplazado por los IRS, como ya hemos comentado con anterioridad. Estos fármacos son útiles en general para los trastornos emocionales cuando se administran dosis de 150-300 mg (excepto Pamelor: 75-150 mg y Anafranil: 25-250 mg). Puede haber también un empeoramiento de la ansiedad al principio del tratamiento y solo es leve si se empieza con dosis pequeñas (como 10 mg de Tofranil). Estas dosis se van aumentando de forma gradual hasta llegar a niveles efectivos. Además, el empeoramiento inicial desaparece aproximadamente después de la primera semana desde el inicio del tratamiento. Algunos de los efectos secundarios que producen los AT son sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, aumento de peso y mareo. No obstante, estos efectos secundarios no son perjudiciales y suelen desaparecer tras varias semanas. Normalmente la medicación suele tardar varias semanas hasta ser efectiva por completo, así que dejar pasar esas primeras semanas es crucial y complicado al mismo tiempo, porque justo es en ese momento cuando los efectos secundarios son más fuertes y la medicación todavía no tiene los efectos deseados sobre la ansiedad. No obstante, en un corto espacio de tiempo, disminuyen los efectos secundarios y la sintomatología.

Otro tipo de antidepresivos son los inhibidores de la monoamina oxidasa (IMAO). El fármaco más conocido en esta categoría prescrito para los trastornos emocionales es el phenazine (Nardil). Otros incluyen la tranilcipromina (Parnate) y la isocarboxazida (Marplan). Los IMAO pueden causar efectos secundarios como mareos, aumento de peso, tensión muscular, disfunciones sexuales y trastornos del sueño. Al igual que otros medicamentos, el tratamiento empieza con dosis menores como 15-30 mg/día de Nardil hasta aumentar a niveles efectivos como 60-90 mg/día. En la actualidad, los IMAO son raramente utilizados para los trastornos emocionales porque conllevan restricciones dietéticas severas, como por ejemplo, no se puede comer queso, chocolate u otros alimentos que contengan tiramina y tampoco se puede beber vino tinto o cerveza. En caso contrario, puede haber alto riesgo para la salud, como tener la tensión alta.

Los diferentes antidepresivos que hay en el mercado parecen ser asimismo efectivos para los trastornos emocionales. Una de las controversias es la de los efectos secundarios que producen durante las primeras semanas. Además, los efectos secundarios a veces son similares a la sintomatología de ansiedad y, por este motivo, muchas personas no quieren seguir tomándolos o, al menos, no quieren aumentar las dosis hasta llegar a los niveles necesarios para disminuir la sintomatología de ansiedad (dosis terapéutica). La investigación ha demostrado que es importante tomar la medicación en dosis apropiadas para poder obtener todos los beneficios que conlleva. Por tanto, es necesario sobrellevar esas primeras semanas hasta alcanzar la dosis terapéutica. Para lograrlo, recuerda:

1. Los efectos secundarios no son indicativos de que algo va mal (o es dañino, perjudicial) en tu cuerpo. Es decir, no indican que tu cuerpo esté sufriendo un daño físico o una enfermedad. De hecho, indican que la medicación está produciendo

los efectos químicos que se supone que tenía que producir.

2. Los efectos secundarios no son una indicación de que la ansiedad está aumentando, sino que tu cuerpo está pasando por un periodo de ajuste al fármaco y a veces los efectos secundarios de este ajuste son síntomas similares a los de la ansiedad y los de los ataques de pánico, pero no son la ansiedad en sí.
3. Los efectos secundarios normalmente desaparecen tras unas cuantas semanas.
4. Las estrategias descritas en este programa de tratamiento te ayudarán a tener menos miedo de los efectos secundarios y a lograr llegar a la dosis terapéutica deseada.

Es mucho más fácil dejar los antidepresivos que las benzodiazepinas (que describiremos a continuación) porque suele aparecer menos sintomatología del síndrome de abstinencia al finalizar el tratamiento farmacológico con antidepresivos que con benzodiazepinas. Por tanto, las tasas de recaídas cuando se finaliza el tratamiento son mucho menores con los antidepresivos (40-50%) que con las benzodiazepinas.

## 2.2 Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas de baja potencia, también llamadas tranquilizantes menores, solían ser prescritas para la ansiedad en general y los ataques de pánico, pero ahora se prescriben con menor frecuencia. Dos de los tranquilizantes menores más comunes son el diazepam (Valium) y el clordiazepóxido (Librium). Estos fármacos solían ser prescritos para el alivio de la sintomatología de ansiedad a corto plazo, pero en la actualidad, y de forma general, no se suelen considerar efectivos para la sintomatología más común de los ataques de pánico a no ser que sean prescritos en dosis muy altas. Por ejemplo, pueden ser necesarios 30 mg o más de Valium/día para que se note algún efecto en los ataques de pánico. Con estas dosis es posible que la persona se sienta muy sedada (es decir, somnolienta). Además, con el tiempo, es posible que la persona necesite mayores dosis para obtener el mismo efecto (esto se llama tolerancia). A no ser que se trabaje codo con codo con el médico que prescribe el tratamiento, hay riesgo de dependencia física y psicológica del fármaco (adicción), cuando en realidad solo se suele prescribir para un corto periodo de tiempo. Por estos motivos, normalmente los facultativos especialistas en trastornos emocionales no suelen prescribirlos.

Los fármacos de alta potencia tienen efectos más fuertes por dosis. Las benzodiazepinas de alta potencia alivian la ansiedad sin causar los efectos secundarios de somnolencia extrema que suelen darse con altas dosis de benzodiazepinas de baja potencia (p. ej., con Valium). Estos fármacos funcionan con mucha rapidez —sus efectos suelen notarse a los 20 minutos desde la ingesta— y son los más prescritos para la ansiedad. El más conocido es el alprazolam (Xanax) y clonazepam (Klonopin). Para hacerse una idea de la potencia de Xanax, 1 mg de Xanax es lo mismo que 10 mg de

Valium. La dosis terapéutica de Xanax para la ansiedad varía para cada persona y de la naturaleza y el foco de la ansiedad. De 1 a 4 mg/día suele ser la mejor dosis para la ansiedad, pero a veces, en casos de cuadros más severos de ansiedad, se necesitan dosis de más de 4 mg. La dosis más apropiada de Klonopin es de 1,5 a 4 mg/día.

Los efectos secundarios de estos fármacos incluyen somnolencia, mala coordinación y problemas de memoria. De todos modos, empezar con dosis bajas y aumentarlas de forma gradual con el tiempo puede reducir los efectos secundarios. La sensación inicial de somnolencia normalmente disminuye a medida que la persona se adapta a la medicación. Es importante tener en cuenta que los efectos secundarios no son peligrosos y disminuyen con el tiempo.

Los distintos tipos de benzodiazepinas se diferencian entre sí en el tiempo en el que se mantienen activas en el organismo. Esto hace referencia a la vida media (o el tiempo en que la mitad de la dosis es eliminada del organismo). Con una vida media más larga, el fármaco se toma con menos frecuencia. Klonopin tiene una vida media más larga (15-50 horas) que Xanax (12-15 horas), por tanto Klonopin hay que tomárselo menos frecuentemente que Xanax. Con una vida media más corta, las personas suelen notar cómo los efectos del fármaco van desapareciendo y cómo aumenta la ansiedad al ir bajando los niveles de medicación en el organismo, como, por ejemplo, al levantarse por las mañanas.

Se considera que las benzodiazepinas funcionan porque aumentan el efecto de un ácido que se distribuye por todo el cerebro que se llama GABA (ácido gamma-aminobutírico). Su función es inhibir o frenar la puesta en marcha de las células nerviosas. Las benzodiazepinas ayudan al GABA a «echar el freno» en esas áreas del cerebro que activan la ansiedad. Como se puede imaginar, dejar las benzodiazepinas, hace que no se ponga los frenos y esto se asocia con un aumento de la ansiedad. Este es el motivo por el cual muchas, por no decir la mayoría de personas, recaen cuando dejan de tomar las benzodiazepinas.

Los síntomas del síndrome de abstinencia también aparecen al dejar la medicación e incluyen ansiedad, temblores, dificultades de concentración, irritabilidad, sensibilidad a la luz o a los ruidos, dolor o tensión muscular, dolores de cabeza, trastornos del sueño y malestar estomacal. A veces esta sintomatología hace que la persona se preocupe mucho y se muestre ansioso, sobre todo porque son similares a la sintomatología ansiosa. A veces resulta tan molesta que comienzan de nuevo la medicación para que desaparezca de nuevo. En ocasiones, recaen en la ansiedad, especialmente cuando los síntomas del síndrome de abstinencia se interpretan erróneamente como perjudiciales, cuando en la actualidad, la mayoría de ellos no lo son. Tan solo reflejan el ajuste del organismo a los cambios químicos y desaparecen con el tiempo. Con esta información y otras estrategias conductuales, este proceso suele ser mucho más fácil de sobrellevar. Por tanto, una reducción lenta de las benzodiazepinas en combinación con las estrategias que describimos a continuación reduciría de forma drástica el síndrome de abstinencia y las

recaídas cuando finaliza el tratamiento farmacológico con benzodiazepinas.

### **3. Cómo dejar el tratamiento farmacológico**

Ahora que ya has finalizado el programa de tratamiento, ya estás preparado/a para dejar la medicación si así lo deseas. Asegúrate de dejarla bajo la supervisión de tu facultativo; solo él o ella puede decidir cómo ir disminuyéndola de forma segura hasta que la dejes del todo. Sobre todo este sería el caso para aquellas personas que están tomando Xanax, la cual ha de ir reduciéndose muy lentamente. Si el síndrome de abstinencia de benzodiazepinas u otros fármacos está siendo un verdadero problema y ya has intentado hacerlo antes sin éxito, aun trabajando codo con codo con tu facultativo, otro manual de la serie *Treatments ThatWork*<sup>®</sup> de la Editorial Oxford University Press, *Manual para dejar la medicación*, 2ª ed., podría resultar útil. Ese programa en particular está diseñado en concreto para ataques de pánico y para cuadros de ansiedad muy graves que surgen al intentar dejar el tratamiento farmacológico con benzodiazepinas u otros fármacos.

Con lo que has aprendido en este programa no deberías tener demasiados problemas para dejar la medicación si sigues estas directrices generales.

1. Haz una reducción lenta y gradual de la medicación. No intentes hacerlo de golpe. Una vez más, el facultativo te aconsejará cómo lo debes hacer en concreto.
2. Ponte un día tope para dejarla y planifica un calendario de acuerdo con el facultativo para ir reduciéndola. Por otra parte, la fecha no debería ser muy lejana. En general, cuanto antes mejor, siempre dentro del calendario programado y que tu especialista considera seguro.
3. Utiliza los principios y las estrategias de afrontamiento que has aprendido con este manual a medida que vas reduciendo la medicación.

El motivo por el que no hemos mencionado este tema hasta ahora es porque es importante que aprendas a manejar tus emociones para poder dejar la medicación con éxito. Una razón es porque puedes empezar a sentir emociones a niveles más intensos mientras la dejas y puedes necesitar aplicar los principios que has aprendido con este manual para lidiar con el aumento de intensidad de las emociones que irán surgiendo en este proceso. De nuevo, recordamos que la mayoría de las personas no tienen ningún problema y van reduciendo su medicación a medida que se van encontrando más cómodos regulando sus emociones. Si notas que tus emociones van aumentando a medida que vas reduciendo la medicación es por este motivo. Recuerda que la sintomatología que aparece al dejar la medicación no es más que el reflejo del ajuste del organismo al cambio y no significa que tengas que volver a tomar la medicación o que algo esté yendo mal. Solo significa que estás en un periodo de ajuste que durará únicamente una semana o dos (en raros casos tarda un poco más) hasta que la

medicación se elimine completamente de tu organismo. Además, ahora tienes estrategias para manejar esos síntomas.

## 4. Resumen

Los tratamientos farmacológicos, si se prescriben en dosis terapéuticas apropiadas y se toman tal como están prescritos, son efectivos para aliviar a corto plazo la sintomatología de ansiedad o depresión en algunas personas. No obstante, la mayor parte de los fármacos no son efectivos a largo plazo a no ser que se tomen de manera habitual e incluso así es posible que pierdan efectividad a medida que pasa el tiempo. Este programa está diseñado para que aprendas métodos nuevos y más útiles para afrontar tus emociones. Es normal que las personas quieran dejar el tratamiento farmacológico tras finalizar este programa de tratamiento. Si estás tomando medicación y quieres dejar de tomarla, es importante que lo hagas bajo la supervisión del facultativo que la prescribió. Para algunas personas dejar el tratamiento farmacológico puede conllevar un aumento de sintomatología física y un aumento temporal de la ansiedad o la depresión. Esto es normal y representa un periodo de ajuste de tu organismo. Las habilidades que has aprendido en este programa pueden ayudarte en este proceso. El *Manual para dejar la medicación*, 2ª ed., puede resultar útil para sobrellevar el cambio.

## 5. Tareas para casa

- Si estás tomando en estos momentos medicación y quieres dejar de tomarla, entonces tus deberes para esta semana son hablar con tu médico sobre el mejor modo de hacerlo.
- Planifica cómo vas a manejar la sintomatología que produce el síndrome de abstinencia al dejar la medicación utilizando el *Manual para dejar la medicación*, 2.ª ed., de Oxford University Press.
- Márcate un plan paso a paso específico para ti.

## 6. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. Es importante reducir la medicación de forma gradual, bajo la supervisión de tu facultativo. V F
2. No es probable que sientas nada diferente cuando dejes la medicación. V F

3. Tener síntomas físicos o ansiedad cuando estás dejando la medicación es una señal de que has perdido todos los beneficios que habías logrado con el tratamiento. V F
4. Tener síntomas físicos o ansiedad cuando estás dejando la medicación es una señal de que no vas a ser capaz de dejar la medicación. V F
5. La mayor parte de los pacientes que han completado este programa de tratamiento son capaces de dejar la medicación. V F

# Capítulo 14.

## Pasos a seguir a partir de ahora: reconocer tus logros y mirar hacia el futuro

### OBJETIVOS

- Revisar las habilidades para afrontar las emociones.
- Evaluar tus progresos.
- Desarrollar un plan para practicar lo que has aprendido en el tratamiento.
- Establecer nuevos objetivos para el futuro.
- Aprender estrategias para mantener los progresos conseguidos.

### 1. Conceptos clave

El propósito de este capítulo es revisar los conceptos clave del tratamiento y ayudar a que continúes fortaleciendo las habilidades que has aprendido. Este capítulo también te ayudará a navegar por los inevitables altibajos de la vida cotidiana y a reconocer y prevenir los patrones que pueden llevar a un empeoramiento o a una reaparición de los síntomas, lo que llamamos «recaída». Por último, este capítulo te ayudará a mantener todos los logros que has conseguido hasta ahora en el tratamiento.

### 2. Revisión de las habilidades para manejar las emociones

Los siguientes pasos pueden ser útiles para recordar cómo responder de forma adecuada a las emociones incómodas, y de este modo conseguir que no se conviertan en emociones inmanejables y que estén fuera de control.

1. Usa tu respiración o elige otra referencia para ayudarte a mantenerte fuera de tu cabeza y permanecer en el momento presente. Haz un rápido repaso de «los tres componentes de las emociones»: ¿Qué estoy pensando ahora mismo? ¿Qué estoy haciendo? ¿Qué estoy sintiendo emocional y físicamente? Trata de observar objetivamente tu experiencia, tratando de no juzgar, «manejarla» o «controlarla».
2. Considera cualquier evaluación o interpretación que estás experimentando en el

contexto de la emoción y situación: ¿Estoy cayendo en los errores de pensamiento?  
¿Hay otras maneras de interpretar esta situación?

3. Modifica cualquier conducta desadaptativa que podrías estar llevando a cabo en respuesta a la situación y a las emociones provocadas, llevando a cabo acciones opuestas a tus CIE (p. ej., en lugar de huir, permanecer en la situación; o en lugar de comprobar, sal de casa y no mires atrás). Recuerda que la modificación de las CIE implica la provocación de las emociones y hacer algo diferente de lo que «sientes» que tienes que hacer (p. ej., acercarse a algo que provoca miedo en lugar de evitarlo, y tal vez, incluso tratar de sonreír mientras lo haces, o salir de casa y hacer cosas aunque estés deprimida y no te sientes con ganas). Además, a ver si puedes identificar cualquier estrategia de evitación emocional que estés utilizando y toma medidas para prevenirlas (p. ej., en lugar de distraerte con la televisión, apaga el televisor; en lugar de llevar contigo la medicación déjala en casa, o en lugar de evitar la mirada, mantén el contacto visual directo al hablar con alguien). Este es un aspecto esencial para hacer frente a tus emociones.
4. Presta atención a tus sensaciones físicas. ¿Estás cansado, hambriento o agotado? ¿Son tus sensaciones físicas las que provocan tus emociones, o viceversa? ¿Son tus evaluaciones sobre tus sensaciones físicas las que se ajustan al momento presente? Presta atención a si puedes tolerar tus sensaciones físicas sin tratar de manejarlas o controlarlas, permitiéndote funcionar de forma natural.

### 3. Evaluación de tu progreso

Es el momento de considerar los cambios que has hecho desde que comenzaste este programa. Hay varias maneras de hacer esto. En primer lugar, echa un vistazo a tu registro de progreso. Si has ido completando el OASIS y el ODSIS semana tras semana, observarás a través de este gráfico cómo algunos de los síntomas han ido cambiando a medida que avanzaba el tratamiento. Puede haber altibajos, pero debes comparar tus puntuaciones desde el punto inicial del tratamiento hasta ahora. ¿Ha habido una disminución en tus puntuaciones referentes a los niveles de ansiedad y sentimientos de depresión? Haz un círculo en la respuesta apropiada (sí o no) en el Registro de evaluación del progreso (tabla 14.1).

**Tabla 14.1 Registro de evaluación del progreso**

Evalúa tu propio progreso desde que iniciaste el tratamiento		
<b>Ansiedad y depresión</b>	Sí	No
Significativa reducción en el nivel de ansiedad, miedo y sentimientos de depresión.		
<b>Conciencia emocional centrada en el presente</b>	Sí	No

Mejora significativa en tu capacidad para observar sin juzgar tanto a tus emociones como a las reacciones ante estas.

**Pensamientos negativos**

Reducción significativa en saltar a las conclusiones o a interpretar de forma catastrófica.

Sí No

**Sintomatología y actividad física**

Reducción significativa de la angustia experimentada a partir de sensaciones físicas.

Sí No

**Evitación**

Reducción significativa de la evitación emocional.

Sí No

**Conductas impulsadas por emociones (CIE)**

Reducción significativa de las CIE desadaptativas.

Sí No

En segundo lugar, tómate un segundo para evaluar el cambio respecto a tu nivel de conciencia emocional durante el tratamiento. Revisa tu Registro de anclaje en el presente. ¿Notas alguna mejoría en tu habilidad de centrarte en el momento presente como resultado del tratamiento? Además, ¿cómo de efectivo te has convertido en no juzgar tus experiencias emocionales? ¿Estás más dispuesto a experimentar emociones negativas? Si ha habido una mejora significativa en tu capacidad para observar sin juzgar tanto a tus emociones como a las reacciones ante estas, haz un círculo alrededor del Sí en el Registro de evaluación del progreso. Si no es así, haz un círculo en el No.

En tercer lugar, observa tus pensamientos. ¿Ha habido cambios significativos en tu forma de pensar sobre aquellas cosas que provocan fuertes emociones? ¿Piensas en las emociones y en tus sensaciones físicas de la misma manera que antes? ¿Es menos probable que saltes a las conclusiones o que interpretes de forma catastrófica? Haz un círculo en la respuesta adecuada (Sí o No) en el Registro de evaluación del progreso.

En cuarto lugar, considera los cambios en tu capacidad para manejar las sensaciones físicas. Echa un vistazo a tus valoraciones iniciales sobre el temor que sentías hacia las sensaciones físicas en el Registro de inducción de síntomas. Ahora, en referencia al grado de temor hacia esos síntomas y actividades, ¿estás más capacitado para hacer frente a esas sensaciones físicas que provocan la hiperventilación, hacer ejercicio, beber café, etcétera? Si ha habido una reducción significativa de la angustia al sentir esas reacciones físicas, haz un círculo en Sí en el apartado de «Sintomatología y actividad física» del Registro de evaluación del progreso. Si no es así, haz un círculo en No.

Por último, piensa en los cambios en tu comportamiento. ¿Estás evitando menos ahora que cuando iniciaste el tratamiento? ¿Cómo te va en las exposiciones hacia aquello que temías? ¿Estás haciendo cosas que no te atrevías a hacer antes? ¿Hay elementos que están pasando a ser menos aterradores? Si ha habido una reducción significativa en tu evitación a la emoción, marca Sí junto al apartado de «Evitación». Si no es así, marca No. Busca también tus cambios en las CIE, ¿estás empezando a adoptar acciones alternativas en respuesta a tus emociones, en lugar de lo que solías hacer antes de iniciar

el tratamiento? Si es así, haz un círculo en la opción Sí del enunciado «Conductas impulsadas por emociones (CIE)»; si no es el caso, haz un círculo en No.

## 4. Desarrollo de un plan de trabajo

En este punto, podría ser útil volver a la lista de objetivos que te planteaste al inicio del tratamiento. ¿Cómo vas con el cumplimiento de dichas metas? ¿Cómo puedes revisarlas? Puede que aún tengas actividades o situaciones a practicar, o es posible que desees seguir trabajando en el desarrollo o mejora de ciertas habilidades que aprendiste durante este período. Utiliza el plan de trabajo de la tabla 14.2 para elaborar una lista de actividades o tareas que desees practicar en las próximas semanas.

**Tabla 14.2 Plan de trabajo**

### Plan de trabajo

#### Cosas para practicar

#### Planes específicos

Conciencia emocional centrada en el presente

---

---

---

---

Aumento de la flexibilidad cognitiva

---

---

---

---

Reducción de la evitación y cambio de las CIE

---

---

---

---

Exposición emocional

---

---

---

---

## 5. Sé tu propio terapeuta

Al final de cada semana, revisa tu plan de trabajo de acuerdo con tus progresos y los

próximos pasos que has de seguir. Puede serte de utilidad programar «las sesiones del tratamiento» dentro de tu horario semanal, dejando un tiempo aparte para revisar tus progresos y modificar tu plan de trabajo. Esto también te ofrece la oportunidad de apreciar cualquier cambio en tus síntomas y aplicar estrategias antes de que los círculos desadaptativos de las emociones se desarrollen. Hacer un balance de lo que has logrado cada semana puede ser una buena forma de mantenerse en la cima de tu vida emocional y para prevenir cualquier problema que surja. Por ejemplo, si notas cualquier patrón problemático de evitación o cualquier CIE desadaptativa, puedes «cortar de raíz» antes de que las cosas empiecen a ir en una mala dirección y retrocedas en el progreso. También puedes utilizar este tiempo para valorar qué funcionó y qué no lo hizo. Este periodo suele durar alrededor de seis meses, aunque puedes usar todo el tiempo que quieras y veas necesario.

## 6. Objetivos a largo plazo

Ahora que has completado este programa, y esperamos ver determinadas mejorías en tus síntomas, párate un momento para revisar tus objetivos a largo plazo, y a continuación, en el espacio correspondiente, considera tus nuevos objetivos a largo plazo y los pasos necesarios que debes hacer para conseguir cumplirlos (tabla 14.3). Tus objetivos podrían incluir cosas como volver a estudiar, cambiar de trabajo, conocer gente nueva, practicar un nuevo hobby, o incluso volar a una isla tropical para pasar unas vacaciones fantásticas. Recuerda que puede ser útil trabajar hacia atrás, teniendo en cuenta los pasos específicos necesarios que tendrás que realizar para conseguir cumplir un objetivo más general.

**Tabla 14.3 Objetivos a largo plazo**

Objetivos a largo plazo	Pasos para lograr la meta a largo plazo
	5.
	4.
	3.
	2.
	1.
<b>Objetivos a largo plazo</b>	<b>Pasos para lograr la meta a largo plazo</b>
	5.

- 4.
- 3.
- 2.
- 1.

## **7. ¿Cómo mantener el progreso?**

Hay varias formas de mantener el progreso que se ha conseguido alcanzar durante el tratamiento.

1. Mantener la conciencia de tus emociones. Recuerda el ARC, y trata de practicar sin juzgar, la conciencia centrada en el presente de tus experiencias emocionales.
2. Continúa practicando la reevaluación cognitiva y aumenta la flexibilidad de tu pensamiento.
3. Evitar la evitación. Recuerda, cada vez que evites una emoción, reforzarás sus consecuencias y sentimientos negativos, haciéndose cada vez peores.
4. Seguir practicando la exposición a las emociones y la modificación de las CIE para prevenir viejos círculos desadaptativos de las emociones, o el desarrollo de otros nuevos.
5. Recuerda, la práctica hace al maestro.

## **8. Anticipación de dificultades y prevención de recaídas**

A pesar de los logros que has alcanzado en el tratamiento, es probable que en el futuro te encuentres con experiencias intensas o emociones incómodas. Esto puede ocurrir a menudo en respuesta a factores estresantes de la vida. Todo el mundo experimenta cambios en su vida emocional, los denominados altibajos de la vida cotidiana. Y, a veces, las emociones fuertes pueden ocurrir sin tener que aparecer relacionadas directamente con los factores de estrés obvios. Esto puede resultar muy angustiante, pero las variaciones en tus síntomas son normales y naturales, y no significa necesariamente que haya una recaída. En el transcurso del tratamiento, has estado desarrollando una postura más objetiva hacia tus experiencias emocionales. Cuando finalice el tratamiento y te centres en practicar los conocimientos que has adquirido, es esencial que adquieras esta misma postura imparcial para soportar los inevitables altibajos que serás propenso a experimentar con el tiempo. Ahora ya dispones de los conocimientos, habilidades y estrategias para hacer frente con eficacia a la reaparición de los síntomas en un futuro. Por ejemplo, puedes utilizar las técnicas de reevaluación cognitiva para hacer frente a las

reacciones especialmente fuertes desencadenadas por estresores, o las fluctuaciones inevitables de los síntomas que forman parte de la vida cotidiana.

## 9. Conclusiones finales

Cambiar la manera de responder a determinadas situaciones puede resultarnos difícil y puede que necesitemos un largo periodo de tiempo, y un gran esfuerzo para conseguirlo. Los patrones desadaptativos de tu respuesta emocional no se producen por la noche, mientras dormimos, por este motivo tampoco deberías esperar que cambien durante esta franja horaria. Date un poco de tiempo. Además, los cambios no se producen en línea recta, espera baches y altibajos durante el camino.

Es posible que ya haya sido un camino difícil, pero aún quedan otros retos por superar. Sin embargo, durante todo este tratamiento has aprendido valiosas habilidades que te permitirán hacer frente a estos retos futuros. Para muchas personas, el fin del tratamiento es solo el principio de una gran serie de cambios sustanciales en sus vidas. Esperemos que este tratamiento haya sido de gran ayuda para ti y que hayas podido adquirir aquellas habilidades importantes que te permitirán responder de manera más adaptativa a tus emociones. Con esta habilidad en tus manos, puedes avanzar significativamente en hacer frente a tus síntomas, y alcanzar todas tus metas.

Como dijo Miguel Ángel: «Cada bloque de piedra tiene una estatua en su interior y la tarea del escultor es descubrirla». Tú eres el escultor, y ahora ya tienes las herramientas... todo lo que queda es tallar la piedra.

## 10. Autoevaluación

Responde a cada una de las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción verdadera (V) o falsa (F).

1. Las variaciones en tus síntomas son naturales y normales, y no necesariamente significa que hayas recaído. V F
2. Establecer un tiempo fijo a la semana para revisar cómo has mejorado en el uso de las estrategias del tratamiento, puede ser bueno para obtener más beneficios y prevenir recaídas. V F
3. Suele ser una buena idea afrontar los problemas a medida que van surgiendo y generar exposiciones emocionales «a medida que se necesiten», en lugar de desarrollar un plan para completar las exposiciones que estén en consonancia con las metas a corto y largo plazo. V F



## Anexo.

### Respuestas de las autoevaluaciones

Capítulo	Pregunta	Respuesta
3	1	V
	2	F
	3	F
	4	V
4	1	V
	2	F
	3	V
	4	F
5	1	F
	2	V
	3	F
	4	V
6	1	V
	2	F
	3	V
	4	F
7	1	F
	2	V
	3	F
	4	F
	5	F
8	1	F
	2	V
	3	V
	4	F
9	1	V
	2	F
	3	V
	4	F
10	1	F
	2	V
	3	V
	4	F

<b>11</b>	1	V
	2	V
	3	F
	4	V
<b>12</b>	1	V
	2	F
	3	V
	4	F
<b>13</b>	1	V
	2	F
	3	F
	4	F
	5	V
<b>14</b>	1	V
	2	V
	3	F

Edición en formato digital: 2015

Título original: *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders as originally published in English in 2011. This translation is published by arrangement with Oxford University Press.*

*Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* se publicó originalmente en inglés en 2011. Esta traducción se publica por acuerdo con Oxford University Press.

Copyright © 2011 by Oxford University Press, Inc.  
© de la traducción: Jorge Osma López y Elena Crespo Delgado, 2015  
© de esta edición: Alianza Editorial, S. A., Madrid, 2015  
Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 15  
28027 Madrid  
[alianzaeditorial@anaya.es](mailto:alianzaeditorial@anaya.es)

ISBN ebook: 978-84-9104-137-5

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del Copyright.

Conversión a formato digital: calmagráfica

[www.alianzaeditorial.es](http://www.alianzaeditorial.es)

# Índice

MANUAL DEL TERAPEUTA	9
Acerca de la colección Treatments ThatWork®	10
Agradecimientos	13
Prólogo a esta edición	14
Primera parte. Conocimientos previos para el terapeuta	18
1. Información introductoria para los terapeutas	19
1. Programa unificado transdiagnóstico para el tratamiento de los trastornos emocionales	19
2. Eficacia del PU	20
3. ¿Quiénes se beneficiarán del programa de PU?	21
4. ¿Y si hay otros problemas emocionales?	21
5. Evaluación y seguimiento	22
6. Tratamiento farmacológico	23
7. ¿Quién debe aplicar el programa?	24
8. Beneficios del uso del Manual del paciente	24
9. Manual completo frente a capítulos	27
2. La naturaleza de los trastornos emocionales	28
1. Etiología	29
2. El papel de la regulación de las emociones	29
3. Principios básicos y esquema del tratamiento	31
1. Principios básicos del tratamiento	31
2. Descripción de los módulos de tratamiento	33
3. Resumen de las técnicas utilizadas en el tratamiento	38
4. Visión general del formato y del procedimiento a seguir en el tratamiento	41
1. Presentación del programa al paciente	41
2. Su papel como terapeuta	42
3. Estructura de la sesión	42
4. Tareas para casa y prácticas de la sesión	43
5. Revisión de las tareas para casa	44
6. Compromiso del paciente	44
7. Hacer frente a la ambivalencia y resistencia del paciente	44
8. Revisión del motivo de consulta del paciente	45
Segunda parte. Módulos de tratamiento	47

5. Módulo 1. Mejora de la motivación para un compromiso con el tratamiento	48
1. Motivación	49
2. Principios para mejorar la motivación	49
3. Fases para mejorar la motivación	52
4. Resumen	53
5. Casos prácticos	54
6. Gestión de problemas	55
7. Tareas para casa	56
6. Módulo 2. Entender las emociones	57
1. Psicoeducación. La naturaleza de las emociones	58
2. Definiciones de emociones y ejemplos de CIE	58
3. El modelo de los tres componentes de las experiencias emocionales	59
4. Casos prácticos	59
5. Gestión de problemas	61
6. Tareas para casa	62
7. Módulo 2. Reconocimiento y análisis de la respuesta emocional	63
1. Revisión de las tareas para casa	64
2. Introducir el análisis de las experiencias emocionales. El ARC de las emociones	64
3. Comprender las emociones y la conducta. Respuestas aprendidas	66
4. Casos prácticos	67
5. Gestión de problemas	69
6. Tareas para casa	70
8. Módulo 3. Entrenamiento en conciencia emocional. Aprendiendo a observar las experiencias	71
1. Revisión de las tareas para casa	72
2. Introducción a la conciencia emocional centrada en el presente, sin juzgar	72
3. Demostración de la conciencia centrada en el presente, sin juzgar	76
4. Casos prácticos	78
5. Gestión de problemas	82
6. Tareas para casa	83
9. Módulo 4. La evaluación y reevaluación cognitiva	84
1. Revisión de las tareas para casa	85
2. Introducción a la evaluación cognitiva	86

3. Demostración de la evaluación cognitiva. Ejercicio de la imagen ambigua	87
4. Evaluación automática y errores de pensamiento	87
5. Reevaluación cognitiva	89
6. Casos prácticos	90
7. Gestión de problemas	91
8. Tareas para casa	92
10. Módulo 5a. Evitación emocional	94
1. Revisión de las tareas para casa	95
2. Introducción a la evitación emocional	95
3. Demostración de la evitación emocional	98
4. Preparando el escenario	98
5. Casos prácticos	99
6. Gestión de problemas	101
7. Tareas para casa	102
11. Módulo 5b. Conductas impulsadas por la emoción	103
1. Revisión de las tareas para casa	104
2. Reintroducción de las conductas impulsadas por la emoción	104
3. Contrarrestar los patrones de evitación y las CIE	107
4. Casos prácticos	107
5. Gestión de problemas	109
6. Tareas para casa	110
12. Módulo 6. Conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas	112
1. Revisión de las tareas para casa	113
2. Sensaciones físicas y respuesta emocional	113
3. La evitación de las sensaciones físicas	114
4. Ejercicios de inducción de síntomas	115
5. Exposiciones repetidas	116
6. Casos prácticos	116
7. Gestión de problemas	118
8. Tareas para casa	119
13. Módulo 7. Exposición emocional interoceptiva y situacional	120
1. Revisión de las tareas para casa	121
2. Exposición a las emociones	121
3. Introducción a la exposición a las emociones en sesión	122
4. Llevar a cabo exposiciones a las emociones en sesión	123

5. Llevar la exposición a las emociones al mundo real	124
6. Casos prácticos	125
7. Gestión de problemas	127
8. Tareas para casa	128
14. Medicación para ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales asociados	130
1. Resumen de la información del capítulo 13 del Manual del paciente	130
2. Introducción al tema de los fármacos	130
3. Casos prácticos	131
4. Gestión de problemas	133
15. Módulo 8. Logros, mantenimiento y prevención de recaídas	135
1. Revisión de las tareas para casa	136
2. Revisión de las habilidades entrenadas durante el tratamiento	136
3. Evaluando los progresos	136
4. Anticipando dificultades futuras	137
5. Práctica continua	138
6. Establecimiento de objetivos a largo plazo	138
7. Finalizando el tratamiento	138
8. Casos prácticos	138
9. Gestión de problemas	140
Bibliografía. Manual del terapeuta	142
<b>MANUAL DEL PACIENTE</b>	<b>148</b>
Acerca de la colección Treatments ThatWork®	149
1. ¿Qué son los trastornos emocionales?	151
1. ¿Qué son los trastornos emocionales?	151
2. ¿Este tratamiento es el adecuado para mis síntomas?	154
3. ¿Para qué tipo de trastornos está indicado este programa de tratamiento?	155
4. ¿Cómo se pueden tratar varios trastornos al mismo tiempo?	158
5. Resumen	159
2. ¿Este tratamiento es el adecuado para mí?	161
1. Esquema general del programa	161
2. ¿Puedo llevar a cabo este programa al mismo tiempo que otros tratamientos?	162
3. ¿Cuáles son los beneficios de este programa?	163
4. ¿Cuáles son los costes de este programa?	164
3. Aprender a registrar tus experiencias	166

1. Conceptos clave	166
2. ¿Por qué tomarse un tiempo para hacer los registros?	166
3. ¿Qué debo registrar?	168
4. Resumen	170
5. Tareas para casa	171
6. Autoevaluación	171
4. Motivación para el cambio y establecimiento de objetivos	175
1. Revisión de las tareas para casa	175
2. Motivación	175
3. Ejercicio de balance decisional	176
4. Establecer objetivos alcanzables	180
5. Resumen	184
6. Tareas para casa	184
7. Autoevaluación	184
5. Entender tus emociones	186
1. Conceptos clave	186
2. Revisión de las tareas para casa	186
3. ¿Por qué nos centramos en las emociones?	186
4. ¿Por qué tenemos emociones?	187
5. ¿Qué es una emoción?	191
6. Resumen	194
7. Tareas para casa	195
8. Autoevaluación	195
6. Reconocimiento y análisis de tus respuestas emocionales	196
1. Revisión de las tareas para casa	196
2. Conceptos clave	196
3. Análisis de las experiencias emocionales: el ARC de las emociones	197
4. Conductas aprendidas	202
5. Resumen	204
6. Tareas para casa	204
7. Autoevaluación	205
7. Aprender a observar tus emociones y las reacciones a tus emociones	206
1. Revisión de las tareas para casa	206
2. Conceptos clave	207
3. ¿Qué queremos decir con conciencia emocional?	207

4. Conciencia emocional sin juzgar: distinguir las emociones de las reacciones a tus emociones	211
5. Importancia de vivir en el presente	212
6. Practicando «vivir en el presente» y la «conciencia sin juzgar»	215
7. Práctica diaria para centrarse en el presente	220
8. Resumen	223
9. Tareas para casa	223
10. Autoevaluación	224
8. Entender los pensamientos: pensar en lo peor y sobrestimar el riesgo	226
1. Revisión de las tareas para casa	226
2. Conceptos clave	227
3. Evaluación cognitiva	227
4. Evaluaciones o interpretaciones automáticas	231
5. Errores de pensamiento	234
6. La reevaluación cognitiva	238
7. Resumen	245
8. Tareas para casa	246
9. Autoevaluación	247
9. Entender las conductas 1: evitar tus emociones	248
1. Revisión de las tareas para casa	248
2. Conceptos clave	249
3. Evitación emocional	249
4. Resumen	254
5. Tareas para casa	255
6. Autoevaluación	255
10. Entender las conductas 2: conductas impulsadas por las emociones	257
1. Revisión de las tareas para casa	257
2. Conceptos clave	257
3. Conductas Impulsadas por la Emoción (CIE)	258
4. Contrarrestando los patrones de evitación y las CIE	263
5. Resumen	265
6. Tareas para casa	265
7. Autoevaluación	267
11. Entender y afrontar las sensaciones físicas	268
1. Revisión de las tareas para casa	268
2. Conceptos clave	269

3. Comprender las sensaciones físicas	269
4. Afrontar las sensaciones físicas	270
5. Registro de inducción de síntomas	272
6. Afrontar las sensaciones físicas a menudo	275
7. Resumen	275
8. Tareas para casa	276
9. Autoevaluación	276
12. Ponerlo en práctica: afronta tus emociones en las situaciones en que ocurran	278
1. Revisión de las tareas para casa	278
2. Conceptos clave	278
3. Introducción a la exposición emocional	279
4. Práctica de exposiciones emocionales	282
5. Jerarquía de evitación emocional y situacional	284
6. Aspectos clave a recordar sobre la práctica de la exposición	288
7. Resumen	289
8. Tareas para casa	289
9. Autoevaluación	290
13. Medicación para ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales	291
1. Razones para seguir un tratamiento farmacológico cuando se dan trastornos emocionales	291
2. Diferentes tipos de tratamientos farmacológicos	292
3. Cómo dejar el tratamiento farmacológico	296
4. Resumen	297
5. Tareas para casa	297
6. Autoevaluación	297
14. Pasos a seguir a partir de ahora: reconocer tus logros y mirar hacia el futuro	299
1. Conceptos clave	299
2. Revisión de las habilidades para manejar las emociones	299
3. Evaluación de tu progreso	300
4. Desarrollo de un plan de trabajo	302
5. Sé tu propio terapeuta	302
6. Objetivos a largo plazo	303
7. ¿Cómo mantener el progreso?	304
8. Anticipación de dificultades y prevención de recaídas	304
9. Conclusiones finales	305
10. Autoevaluación	305

Anexo. Respuestas de las autoevaluaciones	307
Créditos	309