

# **UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA**

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial  
Del 3 de abril de 1981



LA VERDAD  
NOS HARÁ LIBRES

**UNIVERSIDAD  
IBEROAMERICANA**

CIUDAD DE MÉXICO ®

**“REGULACIÓN EMOCIONAL EN USUARIOS CON TRASTORNOS  
DE ANSIEDAD GENERALIZADA. REPORTE DE LA EFECTIVIDAD  
DEL MODELO INTEGRATIVO PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL  
GRUPAL (MIRE-G)”**

## **TESIS**

Que para obtener el grado de

**DOCTOR EN PSICOLOGÍA**

P r e s e n t a

**MICHEL ANDRÉ REYES ORTEGA**

Director: Dr. Antonio Tena Suck

Lectores: Dr. Bernardo Thurnbull Plaza

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

México, D.F.

2015



## **Agradecimientos**

***A los participantes del estudio***

*por su confianza, constancia y permitirme participar de sus vidas.*

***A mis padres Mario y Mónica***

*por el amor que me han dado a lo largo de toda la vida.*

***A mi querido amigo Edgar Miranda***

*sin tu entusiasta apoyo y sacrificio este trabajo nunca hubiera sido posible.*

***Al Dr. Antonio Tena***

*por su paciente y oportuna orientación, por su entusiasmo y confianza,  
por su incondicional apoyo, y por ser el mejor director que podría desear.*

***Al Dr. Samuel Jurado***

*por siempre estar disponible, y por sus oportunas y precisas observaciones.*

***A la Dra. Alejandra Domínguez***

*por sus últimos comentarios sobre el presente trabajo.*

## Índice

<b>Capítulo 1 - Regulación emocional e implicaciones clínicas</b>	Pg. 01
1.1 Regulación de las emociones y regulación del comportamiento	Pg. 01
1.2 Psicología de las emociones	Pg. 04
1.2.1 Teorías de la emoción y sus implicaciones clínicas	Pg. 08
1.2.1.1 Modelos valorativos o de emociones discretas.	Pg. 09
1.2.1.2 Modelos asociacionistas.	Pg. 11
1.2.2 Modelos del afecto y estado de ánimo.	Pg. 17
1.2.2.1 Afecto y regulación de metas.	Pg. 18
1.2.2.2 Modelos dimensionales.	Pg. 19
1.2.3 Análisis funcional de la conducta emocional.	Pg. 21
1.2.4 Síntesis.	Pg. 23
1.3 Regulación Emocional	Pg. 24
1.4 Desregulación Emocional	Pg. 28
1.5 Regulación emocional y el tratamiento de la psicopatología	Pg. 36
1.6 Psicoterapia y Regulación Emocional	Pg. 37
1.6.1 Terapia Dialéctica Conductual.	Pg. 37
1.6.1.1 Teoría biosocial.	Pg. 38
1.6.1.2 Niveles de trastorno, etapas y tipos de tratamiento.	Pg. 41
1.6.1.3 TDC como solución de problemas.	Pg. 43

1.6.1.4	<i>Validación.</i>	Pg. 43
1.6.1.5	<i>Efectividad de la TDC.</i>	Pg. 44
1.6.2	Terapia de Aceptación y Compromiso.	Pg. 45
1.6.2.1	<i>Trastorno por evitación experiencial.</i>	Pg. 46
1.6.2.2	<i>Sufrimiento.</i>	Pg. 49
1.6.2.3	<i>Flexibilidad psicológica.</i>	Pg. 50
1.6.2.4	<i>Tratamiento.</i>	Pg. 51
1.6.2.5	<i>Efectividad de ACT.</i>	Pg. 53
1.6.3	Terapia Metacognitiva.	Pg. 54
1.6.3.1	<i>Síndrome cognitivo atencional.</i>	Pg. 56
1.6.3.2	<i>Creencias metacognitivas.</i>	Pg. 57
1.6.3.3	<i>Tratamiento.</i>	Pg. 58
1.6.3.4	<i>Emociones secundarias.</i>	Pg. 59
1.6.3.5	<i>Evidencias de la teoría metacognitiva.</i>	Pg. 59
1.6.3.6	<i>Efectividad de la TMC.</i>	Pg. 60
1.6.4	Protocolo Unificado para la Regulación Emocional.	Pg. 61
1.6.4.1	<i>Tratamiento.</i>	Pg. 62
1.6.4.2	<i>Efectividad del PURE.</i>	Pg. 64
1.6.5	Modelo integrativo para la regulación emocional.	Pg. 65
1.6.5.1	<i>Aspectos filosóficos del MIRE.</i>	Pg. 67
1.6.5.2	<i>Aspectos teóricos del MIRE.</i>	Pg. 69
1.6.5.3	<i>Tratamiento.</i>	Pg. 75

<b>Capítulo 2 - Ansiedad</b>	Pg. 80
2.1 Ansiedad adaptativa	Pg. 81
2.2 Ansiedad patológica y desregulación emocional	Pg. 81
2.2.1 Psicofisiología de la ansiedad y ansiedad patológica	Pg. 85
2.2.2 Factores genéticos.	Pg. 89
2.2.3 Neurofisiología.	Pg. 90
2.2.4 Aprendizaje y mantenimiento.	Pg. 94
2.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada y Preocupación	Pg. 99
2.3.1 La preocupación en detalle.	Pg. 103
2.3.1.1 <i>La teoría de Borkovec.</i>	Pg. 105
2.3.1.2 <i>La teoría de Barlow.</i>	Pg. 106
2.3.1.3 <i>La teoría de Tallis y Eysenck.</i>	Pg. 106
2.4 Modelos clínicos sobre el trastorno de ansiedad generalizada.	Pg. 108
2.4.1 Terapia metacognitiva para el TAG.	Pg. 109
2.4.2 Terapia conductual basada en la aceptación para el TAG.	Pg. 113
2.4.3 Terapia de regulación emocional.	Pg. 118
2.4.4 Modelo cognitivo de la ansiedad generalizada.	Pg. 124
2.5 Modelo integrativo de regulación emocional adaptado al TAG	Pg. 129
<b>Capítulo 3 - El modelo integrativo de regulación emocional grupal</b>	Pg. 137
3.1 La regulación emocional en síntesis	Pg. 137
3.2 El modelo integrativo de regulación emocional grupal	Pg. 139

3.2.2 Fase 2 – Dejar ir las estrategias de control.	Pg. 139
3.2.1.1 <i>Sesión 1 - Psicoeducación.</i>	Pg. 140
3.2.1.1.1 <i>Psicoeducación:</i>	Pg. 140
3.2.1.1.2 <i>Automonitoreo:</i>	Pg. 142
3.2.1.2 <i>Sesión 2 – Experimentar plenamente.</i>	Pg. 143
3.2.1.2.1 <i>Mindfulness:</i>	Pg. 143
3.2.1.2.2 <i>Activación conductual:</i>	Pg. 149
3.2.1.3 <i>Sesión 3 – Aceptación radical.</i>	Pg. 153
3.2.1.3.1 <i>Solo notar:</i>	Pg. 154
3.2.1.3.2 <i>Regulación emocional – Aceptación radical:</i>	Pg. 157
3.2.1.4 <i>Sesión 4 – Flexibilidad conductual.</i>	Pg. 159
3.2.1.4.1 <i>Regulación emocional – Acción opuesta:</i>	Pg. 159
3.2.1.4.2 <i>Compromiso con los valores:</i>	Pg. 161
3.2.2 Fase 2 – Dejar ir las estrategias de control.	Pg. 163
3.2.2.1 <i>Sesión 5 – Vivir en el aquí y ahora.</i>	Pg. 163
3.2.2.1.1 <i>Desliteralización cognitiva:</i>	Pg. 163
3.2.2.1.2 <i>Revaloración cognitiva:</i>	Pg. 166
3.2.2.2 <i>Sesión 6 – Reflexión efectiva.</i>	Pg. 168
3.2.2.2.1 <i>Posposición de la rumiación:</i>	Pg. 169
3.2.2.2.2 <i>Posposición de la preocupación:</i>	Pg. 171
3.2.2.3 <i>Sesión 7 – Comunicación efectiva.</i>	Pg. 171
3.2.2.3.1 <i>Comunicación de sentimientos y opiniones:</i>	Pg. 172
3.2.2.3.2 <i>Solución de problemas:</i>	Pg. 174

3.2.2.4 <i>Sesión 8 – Manejando resbalones.</i>	Pg. 177
3.2.2.4.1 <i>Prevención de recaídas:</i>	Pg. 177
3.2.3 Método.	Pg. 180
3.2.3.1 <i>Asignación de tareas de reforzamiento.</i>	Pg. 181
3.2.3.2 <i>Cierre de sesión.</i>	Pg. 182
3.2.3.3 <i>Tareas de reforzamiento.</i>	Pg. 182
3.2.3.4 <i>Estrategias dialécticas.</i>	Pg. 185
3.3 El MIRE-G y el trastorno de ansiedad generalizada	Pg. 191
<b>Capítulo 4 - Método</b>	Pg. 194
4.1 Método	Pg. 194
4.2 Participantes	Pg. 197
4.3 Método de muestreo y asignación	Pg. 198
4.4 Enmascaramiento	Pg. 200
4.5 Mediciones	Pg. 200
4.5.1 Inventario de Ansiedad de Beck.	Pg. 202
4.5.2 Escala de Dificultades de Regulación Emocional.	Pg. 203
4.5.3 Cuestionario de Aceptación Acción-II.	Pg. 204
4.6. Diseño de la investigación	Pg. 205
4.6.1 Intervenciones experimentales.	Pg. 206
4.6.2 Métodos estadísticos.	Pg. 210
<b>Capítulo 5 - Resultados</b>	Pg. 212



5.1 Flujo de los participantes	Pg. 212
5.2 Estadísticos descriptivos	Pg. 213
5.3 Estadísticos inferenciales.	Pg. 213
5.4 Fidelidad del tratamiento.	Pg. 236
5.5 Efectos adversos y efectos secundarios	Pg. 236
5.6 Discusión	Pg. 237
<b>Referencias</b>	<b>Pg. 243</b>

## Índice de tablas

<b>Tabla 1.1</b> Elementos valorativos de las emociones básicas	Pg. 09
<b>Tabla 4.1</b> Controles del diseño – Validez interna	Pg. 207
<b>Tabla 4.2</b> Características generales de las intervenciones experimentales	Pg. 211
<b>Tabla 5.1</b> Variables sociodemográficas y trastornos en comorbilidad de los participantes del estudio	Pg. 215
<b>Tabla 5.2</b> Prueba de homogeneidad de varianzas de Levene.	Pg. 216
<b>Tabla 5.3</b> Diferencias en las medias de las puntuaciones de ansiedad entre el grupo experimental y el grupo control antes, después y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.	Pg. 217
<b>Tabla 5.4</b> Diferencias en las medias de las puntuaciones de evitación experiencial entre el grupo experimental y el grupo control antes, después y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.	Pg. 219
<b>Tabla 5.5</b> Diferencias en las medias de las puntuaciones de desregulación emocional entre el grupo experimental y el grupo control antes y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.	Pg. 222
<b>Tabla 5.6</b> Diferencias en el factor –no aceptación- de desregulación emocional entre el grupo experimental y el grupo control antes y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.	Pg. 224
<b>Tabla 5.7</b> Diferencias en el factor –metas- de desregulación emocional entre el grupo experimental y el grupo control antes y tres meses después de recibir los	Pg. 227

tratamientos correspondientes.

**Tabla 5.8** Diferencias en el factor –conciencia- de desregulación emocional Pg. 229  
entre el grupo experimental y el grupo control antes y tres meses después de  
recibir los tratamientos correspondientes.

**Tabla 5.9** Diferencias en el factor –claridad- de desregulación emocional entre Pg. 231  
el grupo experimental y el grupo control antes y tres meses después de recibir  
los tratamientos correspondientes.

**Tabla 5.10** Participantes, medias y desviaciones estándar de las puntuaciones Pg. 234  
de evitación experiencial a lo largo de las ocho observaciones del tratamiento y  
sus tres seguimientos.

## Índice de figuras

<b>Figura 1.1</b> Modelo modal de la emoción.	Pg. 07
<b>Figura 1.2</b> Modelo para describir emociones.	Pg. 10
<b>Figura 1.3</b> Modelo de redes semánticas.	Pg. 12
<b>Figura 1.4</b> Diversas formas de aprendizaje asociativo y relacional.	Pg. 15
<b>Figura 1.5</b> Relación hipotética entre afecto y persistencia en la satisfacción de las metas.	Pg. 19
<b>Figura 1.6</b> Modelo procesal de la Regulación Emocional.	Pg. 25
<b>Figura 1.7</b> Estrategias de regulación emocional inefectivas.	Pg. 29
<b>Figura 1.8</b> Modelo integrativo de regulación emocional.	Pg. 68
<b>Figura 1.9</b> Resumen de las estrategias utilizadas para la formulación de caso acorde al Modelo Integrativo para la Regulación Emocional.	Pg. 78
<b>Figura 2.1</b> Modelo integrativo de regulación emocional adaptado para el trastorno de ansiedad generalizada.	Pg. 131
<b>Figura 5.0</b> Diagrama de flujo de los participantes.	Pg. 214
<b>Figura 5.1</b> Comparación de reducciones de ansiedad entre los grupos.	Pg. 218
<b>Figura 5.2</b> Comparación de reducciones de evitación experiencial entre los grupos.	Pg. 221
<b>Figura 5.3</b> Comparación de reducciones de desregulación emocional entre los grupos.	Pg. 223
<b>Figura 5.4</b> Comparación de reducciones de -no aceptación- entre los grupos.	Pg. 226

<b>Figura 5.5</b> Comparación de reducciones de -metas- entre los grupos.	Pg. 228
<b>Figura 5.6</b> Comparación de reducciones de -conciencia- entre los grupos.	Pg. 230
<b>Figura 5.7</b> Comparación de reducciones de -claridad- entre los grupos.	Pg. 232
<b>Figura 5.8</b> Reducciones en las puntuaciones de evitación experiencial del grupo experimental a lo largo de las ocho sesiones de tratamiento y el primer seguimiento.	Pg. 235

## Capítulo 1

### Regulación emocional, psicopatología y psicoterapia

En este capítulo se revisan diversas teorías de las emociones y regulación emocional pertinentes al desarrollo de un modelo de intervención clínica conductual contextual orientado al fortalecimiento de las habilidades de regulación emocional, este se llama modelo integrativo de regulación emocional grupal (MIRE-G).

El capítulo está estructurado de la siguiente forma: (a) Primero se describe la relación existente entre la *regulación emocional* y la *regulación del comportamiento*, y las *dificultades de regulación emocional* y el *comportamiento desadaptado*; (b) Después se define y describe el constructo *emoción*, se mencionan distintas *teorías de las emociones*, *afecto* y *estado de ánimo*, y se explica su relevancia para la construcción del *MIRE-G*; (c) Se describe el constructo de regulación emocional y se explica su relevancia para el desarrollo del *MIRE-G*; (d) Se explica el concepto de desregulación emocional, se describen sus causas y su valor transdiagnóstico; (e) Finalmente se describen las características de algunos modelos clínicos influyentes en el tratamiento de la desregulación emocional y se menciona su importancia para el desarrollo del *MIRE-G*.

#### 1.1 Regulación de las emociones y regulación del comportamiento

La auto-regulación del comportamiento y la auto-regulación de las emociones (regulación emocional en adelante) están tan relacionadas que es difícil distinguir el final de una del comienzo de la otra (Koole, Van Dillen & Shepes, 2011). Durante las últimas décadas ambos tipos de regulación han sido el foco de atención de numerosas investigaciones teóricas y empíricas (Baumeister, Schmeichel, & Vohs, 2007; Koole, 2009). Conocer la

forma en que la auto-regulación conductual y la regulación emocional interactúan, puede ayudar a comprender la forma en que las personas dirigen sus acciones y se relacionan con su contexto.

En general existe el consenso de que las emociones asisten la valoración de alternativas, proveen de motivación para realizar o modificar el comportamiento, y comunican (y comunican a otros) sobre las propias necesidades (Levenson, 1999). Esto resulta relevante para la construcción del MIRE-G pues implica que es necesario desarrollar un tratamiento que permita reconocer y usar las emociones a favor de los propios objetivos, evitando estrategias orientadas a su evitación o inhibición.

Para ejemplificar la relación entre emoción y comportamiento se exponen algunos ejemplos:

- a) La investigación sobre *toma de decisiones* sugiere que las personas normalmente confían en sus emociones como normas heurísticas, esto optimiza la capacidad para tomar decisiones de una forma efectiva y adecuada (Gigerenzer, 2007; Gigerenzer, Hoffrage & Goldstein, 2008).
- b) Las investigaciones sobre razonamiento moral consideran los juicios emocionales (intuición) la base del razonamiento moral y ético (Haidt, 2001; Keltner, Horberg & Oveis, 2006).
- c) Se cree que las emociones ayudan a vincularse con otras personas y auxilian en la comunicación efectiva (Gaus, 2007; Kring, 1993), por el contrario, las personas con dificultades para identificar las emociones en otras personas como aquellas con autismo o síndrome de Asperger presentan una disfunción significativa en su comportamiento interpersonal (Baron-Cohen et al. 2009). El constructo de *inteligencia emocional* o capacidad de percibir, usar, entender y manejar las

emociones (Mayer, Salovey & Caruso, 2004), se encuentra relacionado a la capacidad de resolver problemas, expresar las emociones apropiadamente y controlar las emociones en el lugar de trabajo (Grewal, Brackett & Salovey, 2006).

- d) La tolerancia a correr riesgos se disminuye dramáticamente por el riesgo calculado a experimentar emociones negativas (Leahy, Tirch & Melwani, 2012).
- e) Desde una perspectiva etológica se asume que las emociones poseen un valor filogenético, es decir que evolucionaron porque promueven respuestas adaptativas a los problemas cotidianos, y se mantuvieron a lo largo de la evolución por su capacidad para regular nuestro comportamiento (Levenson, 1994).

En un contexto clínico, se cree que las dificultades para regular las emociones motivan comportamientos impulsivos, desadaptados y erráticos (Werner & Gross, 2012).

- a) Las dificultades de regulación emocional caracterizan a un aproximado del 75% de las categorías diagnósticas de la más reciente revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV TR) (Barlow, 2000; Kring & Werner, 2004). Por ejemplo:
  - b) En los casos de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, la regulación emocional inefectiva es tan prominente que se les clasifica normalmente como problemas emocionales (Mineka & Sutton, 1992).
  - c) En el trastorno límite de la personalidad (TLP), el trastorno por estrés postraumático (TEPT) o trastorno por abuso de sustancias (TAS), la persistencia de las dificultades para regular las emociones parecen ser el mecanismo subyacente a la disfunción, o por lo menos parecen ser el elemento clave de su tratamiento (Werner & Gross, 2010).



- d) Y la *alexitimia* (incapacidad para reconocer, nombrar y diferenciar emociones, y ligarlas a eventos específicos), se relaciona con el *TAS*, trastorno de ansiedad generalizada (*TAG*), *TEPT*, entre otros (Taylor, 1984).

De acuerdo a Leahy (2012), los trastornos psicológicos pueden entenderse, básicamente, como formas desadaptativas de regulación emocional.

Conocer la forma en que las personas con alguna psicopatología regulan sus emociones o las dificultades que tienen para ello, puede ayudar a comprender algunos mecanismos subyacentes a sus dificultades de adaptación y a deducir como ayudarlas más efectivamente. Pero primero es necesario comprender a las emociones en una condición de “normalidad”, de esta forma se puede comprender su funcionamiento y distinguir entre la experiencia emocional saludable de la patológica. A continuación se describen algunas generalidades sobre teoría psicológica de las emociones.

## **1.2 Psicología de las emociones**

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

- a) Sirven para optimizar el procesamiento no consciente de información, lo que permite identificar y clarificar metas, así como acciones pertinentes a ellas (Clore, 1994).
- b) Tienen una función motivacional, coordinan diversos sistemas de respuesta experienciales, conductuales, y fisiológicos que facilitan la conducta orientada a metas (Barrett, 2006; Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, & Gross, 2005).
- c) Sus características expresivas ayudan a comunicar necesidades (metas) y coordinar las interacciones sociales de forma relevante con ellas (Keltner & Kring, 1998; Levenson, 1994).

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

Se cree que existe una serie de *emociones básicas*, las cuales se reconocen por la universalidad de los eventos que les anteceden, la universalidad de sus signos, la universalidad de su fisiología, su presencia en otros primates, la coherencia entre sus pautas de respuesta, su rápida activación, tener una breve duración, su valoración automática y su ocurrencia involuntaria (Ekman, 1992). Las emociones que no son básicas se compondrían de la mezcla entre emociones básicas. P.e. la felicidad y la tristeza se consideran emociones básicas mientras que la nostalgia no lo es por resultar de su mezcla.

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

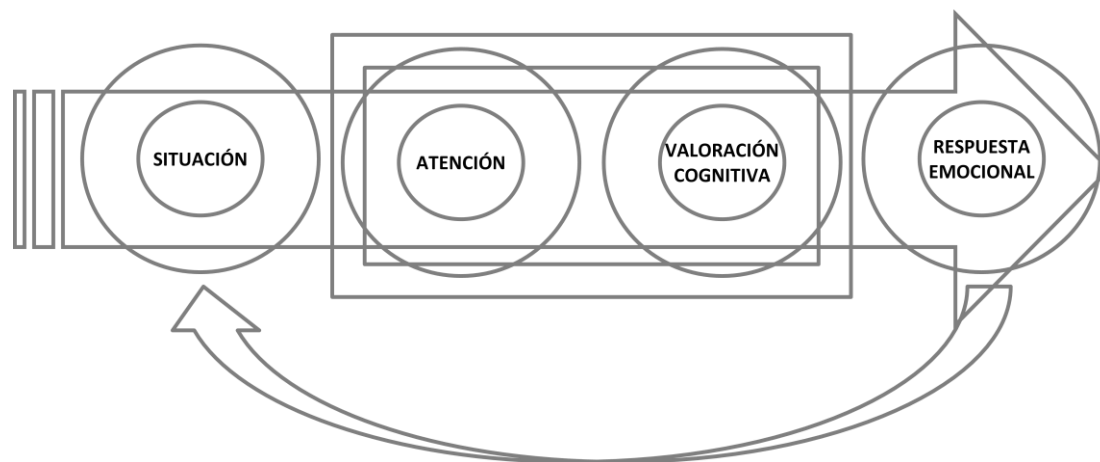
- a) *Las emociones tienen un precipitante o antecedente. Las emociones primarias* inician con un evento psicológicamente relevante, este puede ser interno (p.e. cambio en la frecuencia cardíaca) o externo (p.e. que el auto no encienda). Cuando las emociones son precipitadas por una emoción experimentada se les llama *emociones secundarias*.

- b) *Las emociones orientan la atención.* Las emociones orientan la atención a elementos relevantes del precipitante, esto optimiza la toma de decisiones (Gross y Muñoz, 1995).
- c) *Las emociones conllevan una valoración* sobre la relación del precipitante con sus metas situacionales (Lazarus & Folkman, 1986). Estas metas se basan en los valores personales, bagaje cultural, estado situacional, normas sociales, etapa del desarrollo vital, y rasgos de personalidad. El significado de las situaciones (y la respuesta emocional) varían conforme cambian las metas de las personas. Las *emociones positivas* se caracterizan por una valoración de congruencia con las metas personales, mientras que las *emociones negativas* por una de incompatibilidad.
- d) *Las emociones se componen de una elaborada respuesta autónoma* caracterizada por conductas autónomas (como una sonrisa o dilatación pupilar), tendencias motivacionales (también llamados impulsos o tendencias de respuesta, p.e. desear golpear o escapar), manifestaciones experienciales (sentimientos), y respuestas fisiológicas (cambios autonómicos y neuroendocrinos que proveen un soporte metabólico y motor a la tendencia motivacional) coordinadas y apareadas (Frijda, 1986; Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, & Gross, 2005).
- e) *Las emociones son maleables.* La respuesta emocional no tiene un curso inevitable una vez iniciada. Las emociones pueden interferirse por respuestas competitivas motivadas por otras situaciones psicológicamente relevantes. Esto hace posible su regulación. La figura 1.1 muestra un resumen del proceso de experiencia emocional.

El MIRE-G se divide en módulos, el primero es educativo. En este se describen las emociones acorde a la información previamente revisada, esto permite reconocer la experiencia emocional y distinguirla de otros fenómenos psicológicos. Se incorporan

técnicas para observar la brevedad de las emociones y disminuir el temor que los usuarios puedan tener sobre su incontrolabilidad o peligrosidad (Roemer & Orsillo, 2009).

**FIGURA 1.1** Modelo modal de la emoción (Gross y Thompson, 2007).



*Figura 1.1* La figura ilustra una secuencia que inicia con una situación psicológicamente relevante, continúa con la atención hacia diferentes elementos de ella, una valoración sobre su relevancia con metas, y una respuesta emocional resultante. El recuadro que envuelve la atención y la valoración las distingue como elementos cognitivos. La flecha representa la influencia de la emoción sobre el evento precipitante, en consecuencia se puede modificar o mantener la emoción.

Poder identificar y nombrar las emociones es necesario para el tratamiento de la alexitimia y para facilitar la identificación de metas personales, identificar metas es necesario para motivar el uso de otras técnicas de regulación emocional contempladas en el MIRE-G. Estos módulos incorporan estrategias que impactan sobre los elementos cognitivos, fisiológicos y conductuales de la emoción.

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

### **1.2.1 Teorías de la emoción y sus implicaciones clínicas**

Una conocida controversia entre los teóricos de la emoción ha adoptado el nombre de *debate Zajonc-Lazarus* por los apellidos de los principales exponentes de las ideas en conflicto. El debate se centra en la primacía de la respuesta afectiva, o de los elementos cognitivos en la generación de la emoción. Zajonc (1980) argumentaba que la exposición inicial al evento precipitante daba lugar a una respuesta afectiva positiva o negativa, y que el procesamiento cognitivo-valorativo ocurría subsecuentemente y estaba sesgado por la respuesta afectiva inicial. Lazarus (1982) criticó el argumento de Zajonc y argumentó que la interpretación del elemento daba lugar a la respuesta afectiva (y a la existencia de la emoción).

Actualmente se acepta que los elementos cognitivos y afectivos de la emoción son inseparables, sin embargo, por motivos pragmáticos se siguen desarrollando teorías que consideran que un elemento (afecto o valoración) antecede a otro. De esta manera se distinguen dos teorías básicas de la emoción, las valorativas y las asociacionistas, estas difieren en sus implicaciones clínicas, como no son excluyentes, ambas se contemplan en el MIRE-G.

### 1.2.1.1 Modelos valorativos o de emociones discretas.

En las *teorías valorativas* se asume que la valoración cognitiva es necesaria para la activación de la emoción y que existen emociones discretas que pueden identificarse fácilmente por su valoración distintiva. De acuerdo a estas teorías, la interpretación del evento es el elemento que mejor distingue una emoción de otra (Lazarus, 1991; Oatley & Johnson-Laird, 1987) (ver tabla 1.1).

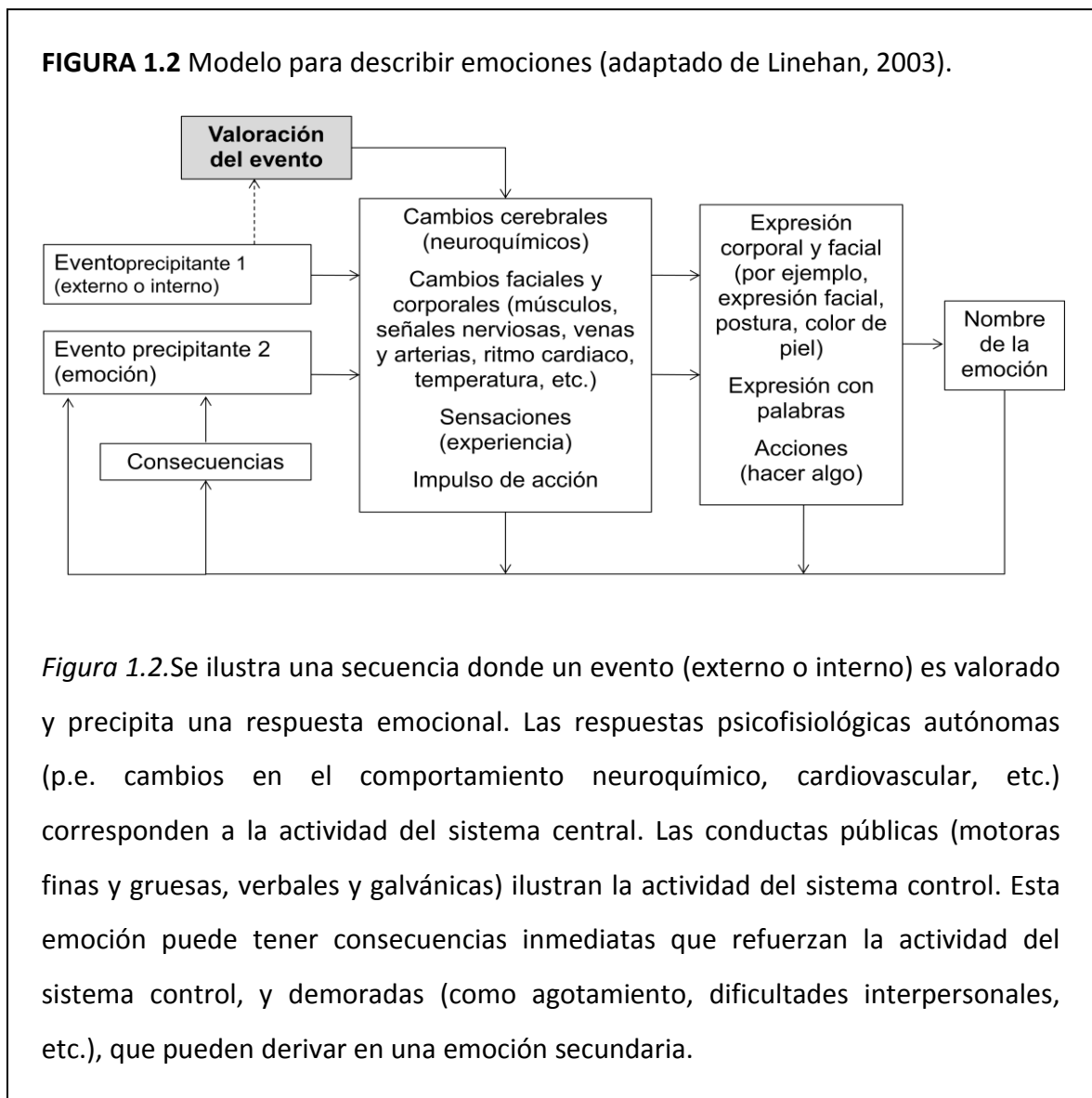
**Tabla 1.1**

*Elementos valorativos de las emociones básicas*

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

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

y actúa para modificar el ambiente (según la conveniencia de las metas) o regular la respuesta del sistema central (Levenson, 1999), es más sensible al aprendizaje que el sistema central (Gross, 1998), y es el blanco de intervención de las psicoterapias basadas en estos modelos (Persons, 2008). En conjunto, los sistemas central y control conforman la emoción. La figura 1.2 representa gráficamente la actividad de estos sistemas.



Las estrategias recomendadas para regular emociones discretas incluyen la prevención de su activación (Persons, 2008), la inducción de emociones incompatibles (Linehan & Korlund, 2004; Linehan, 1993), las estrategias de revaloración cognitiva (Barnard & Teasdale, 2000), tolerancia al malestar y regulación fisiológica (llamadas genéricamente de regulación emocional). El mecanismo de cambio propuesto es el entrenamiento del sistema control a partir de la repetición de respuestas alternativas. En el MIRE-G se incorporan estrategias para identificar emociones discretas, técnicas de tolerancia al malestar y regulación fisiológica, se espera ayudar a los usuarios a lidiar con experiencias emocionales intensas.

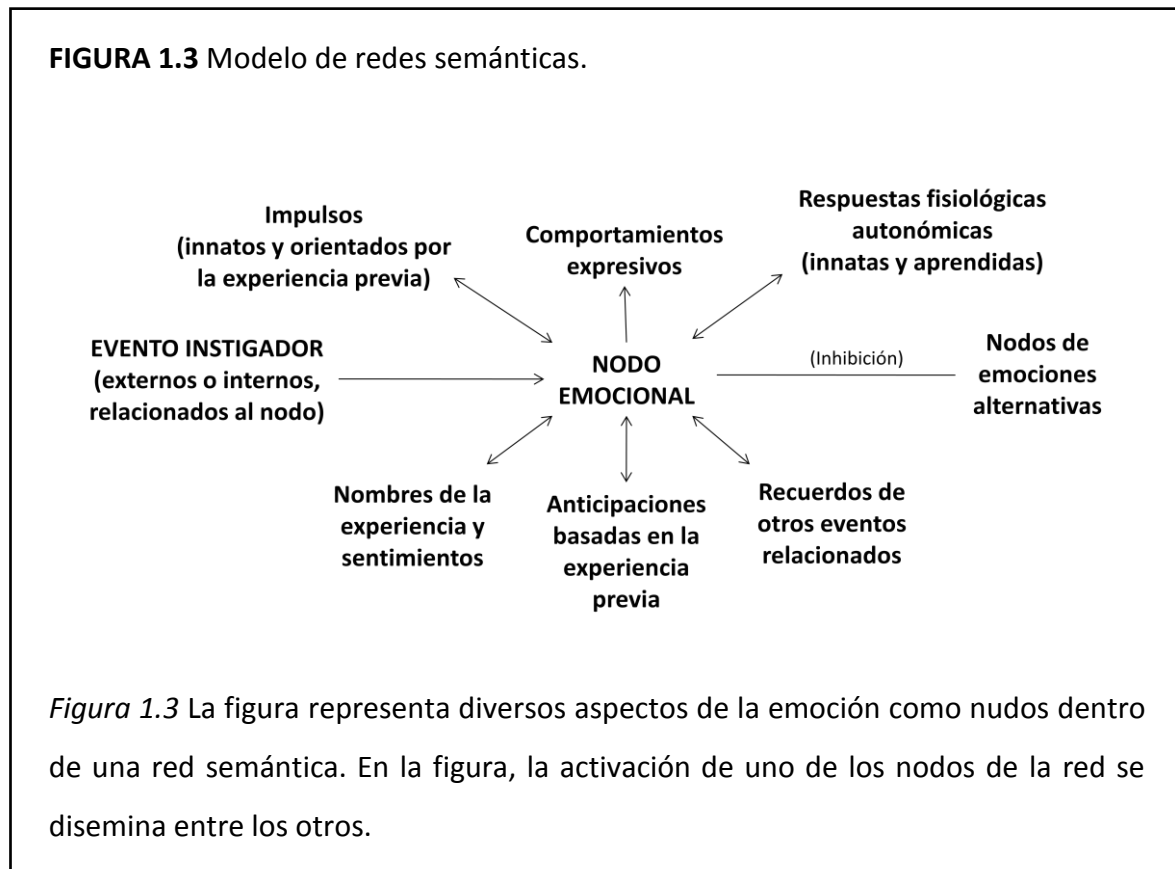
#### ***1.2.1.2 Modelos asociacionistas.***

Existen diversas teorías asociacionistas, estas concuerdan en la premisa de que la *relación* de un evento con otro psicológicamente relevante puede dar lugar a la emoción.

Una teoría influyente y representativa es la de *redes semánticas* (figura 1.3) formulada por Gordon Bower (Bower & Cohen, 1982; Bower & Forgas, 2000). En esta se representan los conceptos, eventos y emociones como nodos en una red. De acuerdo con el modelo, la activación de uno de los nodos puede diseminarse a los nodos relacionados, activando nodos de experiencias emocionales previas, patrones expresivos y autonómicos. La activación de la totalidad de la red depende de diversos factores, incluyendo la proximidad de los nudos entre sí, la fuerza de la activación inicial, y el tiempo transcurrido tras su última activación. Bower y Cohen (1982) sugieren que los comportamientos expresivos y eslabones autonómicos son predominantemente innatos, aunque pueden ser aprendidos.



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



Para que este se logre es necesario utilizar técnicas experienciales que provoquen la emoción, y permitir la exposición a la experiencia emocional antes de incorporar técnicas de autocontrol (como las de revaloración cognitiva, regulación fisiológica, regulación fisiológica o tolerancia al malestar anteriormente mencionadas), pues incorporarlas muy rápido en el tratamiento puede impedir el adecuado procesamiento emocional (Samoilov & Goldfriend, 2000); se asume que la exposición suficiente al evento permite contrastarlo con

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

En la teoría del *condicionamiento respondiente* se asume la existencia de estímulos que son psicológicamente relevantes de forma innata, estos se llaman *estímulos emocionales incondicionados*, y a la emoción que precipitan *emoción incondicionada*. Cualquier estímulo antes neutral que se presente en contingencia con este estímulo (apareamiento) puede adquirir las funciones emocionales de este. Si lo hace, a este fenómeno se le llama *condicionamiento respondiente*, y a partir de ese momento el estímulo contingente apareado se llama *estímulo emocional condicionado*, y a la función emocional aprendida (apareada) *respuesta emocional condicionada*. El condicionamiento ocurre más fácilmente si cualquiera de los estímulos son intensos, la emoción incondicionada es intensa, o si el apareamiento se da repetitivamente.

Cualquier estímulo que se asemeje al estímulo condicionado o incondicionado y se presente en un contexto similar al del apareamiento generará las mismas respuestas emocionales, un fenómeno conocido como *generalización*.

Un estímulo que apareado con el condicionado puede generar un nuevo condicionamiento llamado *condicionamiento de segundo orden*, el proceso puede repetirse sucesivamente generando condicionamientos de tercer, cuarto orden, etc.

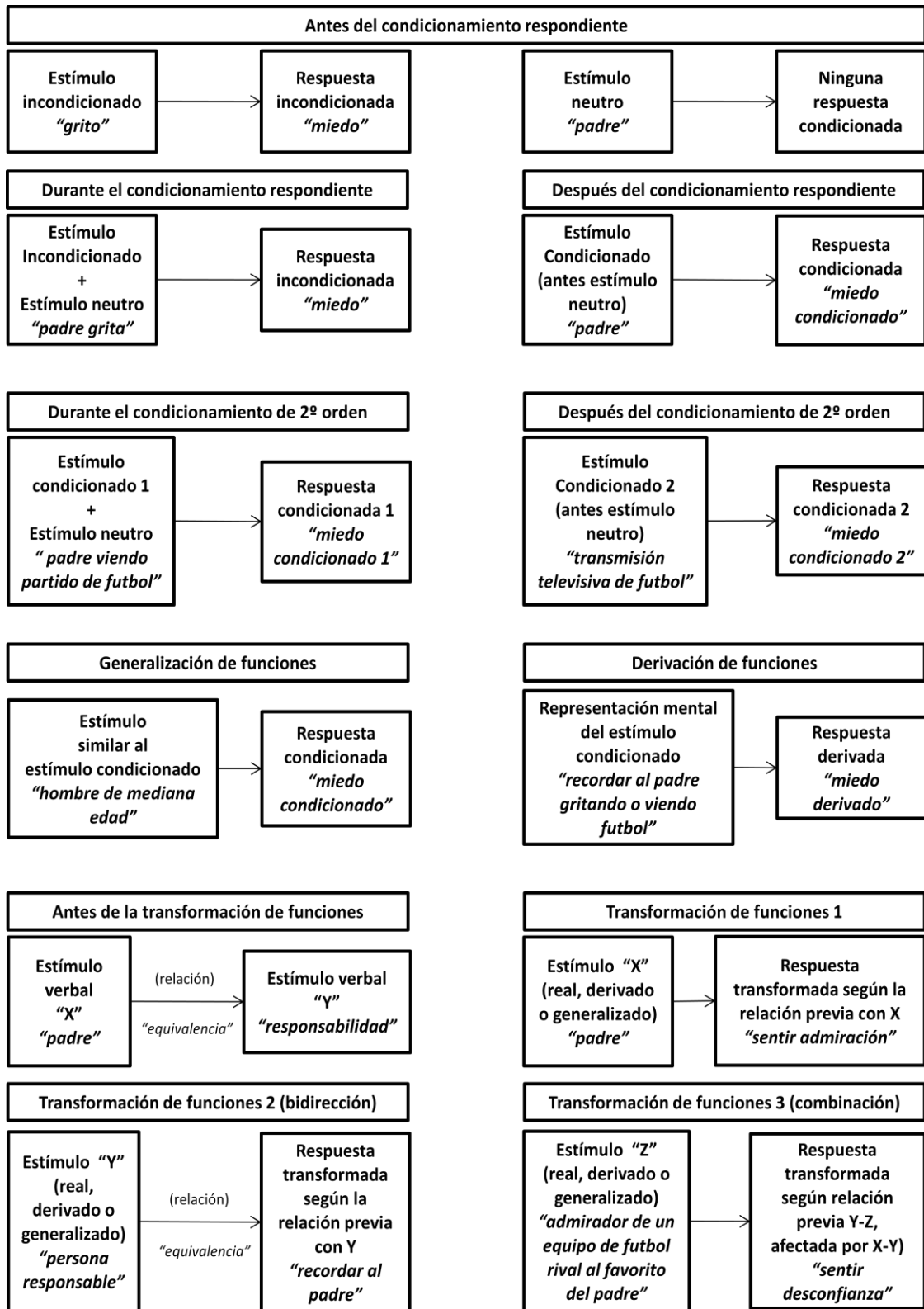
La representación mental (concepto) de un estímulo emocional, y otros conceptos o estímulos de significado similar, evocan la misma respuesta emocional que el estímulo al que se relacionan. Este fenómeno se llama *derivación de funciones*, la emoción resultante se llama *respuesta emocional derivada*.

Pensar (relacionar conceptos entre sí), puede alterar las funciones emocionales de los estímulos. Si se relaciona un concepto con otro se alterará la función de los estímulos asociados dependiendo del tipo de relación establecida (p.e. si estoy enamorado de María, y Fernanda es enemiga de María, entonces sentiré disgusto hacia Fernanda), a este efecto se le llama *transformación de funciones*.

En la figura 1.4 se encuentra un ejemplo que ilustra estos principios.

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

**FIGURA 1.4** Diversas formas de aprendizaje asociativo y relacional.



Como ejemplos de tratamientos basados en evidencias que funcionan a partir de la exposición existe la *terapia de exposición con prevención de respuesta*, tratamiento psicosocial de elección para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Roth, Foa & Frankiln, 2003); y la *exposición interoceptiva*, un tratamiento basado en evidencias para el trastorno por pánico (Forsyth & Fusé, 2003). También está documentada la efectividad de estrategias de *mindfulness* como elemento único en el tratamiento de problemas como la fobia social (Wells y Papageorgiou, 1998), el *TOC* (Fisher y Wells, 2005), la preocupación como rasgo (Wells, 2006), entre otros. El *mindfulness* promueve la exposición a estímulos cognitivos (derivados y transformados) e interoceptivos (sensaciones).

En resumen, para las teorías asociacionistas las emociones pueden activarse ante un evento relacionado con otro que antes ha generado una experiencia emocional significativa. La experiencia emocional puede iniciar por cualquiera de sus componentes (cognitivos, fisiológicos motivacionales o motores) y no está mediado por una valoración cognitiva. Los mecanismos de cambio identificados son la habituación psicológica (procesamiento emocional) y la extinción de las respuestas asociadas, se requiere una activación total de la red de respuestas asociadas vía exposición a un evento activador y la suspensión de las respuestas asociadas. El proceso requiere (1) la exposición a un evento activador de la red, (2) la prevención de cualquier respuesta que mantenga o genere nuevas respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales asociadas, (3) y la permanencia de la exposición el tiempo suficiente para que las respuestas autónomas decaigan por sí mismas (habituación psicológica), esto permite la debilitación de las asociaciones evento-respuestas y respuesta-respuesta (extinción). Metafóricamente, es como si las redes asociativas fueran una red neuronal, si se activan unas neuronas y otras neuronas conectadas dejan de utilizarse se desconectan y mueren, o se conectan en otras redes.

En el MIRE-G se asume que las experiencias emocionales problemáticas para los usuarios pueden deberse a un aprendizaje asociativo, por lo tanto se incorporan y utilizan técnicas de exposición y mindfulness antes de utilizar las técnicas de revaloración cognitiva, tolerancia al malestar y regulación fisiológica recomendadas para el manejo de emociones discretas. Esto promueve la habituación psicológica, el procesamiento emocional, y la extinción de la emoción condicionada. Se considera el término habituación psicológica como sinónimo de procesamiento emocional, y se utiliza el primero en lugar del segundo por considerar que ilustra con mayor claridad el mecanismo de cambio propuesto.

### **1.2.2 Modelos del afecto y estado de ánimo.**

Diversos investigadores han diferenciado entre los términos emoción, afecto y estado de ánimo. Anteriormente se mencionó que las emociones son de rápida activación y corta duración (Ekman, 1992), y que tienen una clara especificidad en sus señales internas, eventos precipitantes y utilidad (Frijda, 1993). En contraste, se cree que el *estado de ánimo* puede durar horas o días (Ekman, 1992), que no tiene un fin específico ni un precipitante claro (Frijda, 1993), y que se compone de señales fisiológicas y motivacionales que pueden ser compartidas por gran cantidad de emociones (Ekman, 1999), p.e. una activación parasimpática y una tendencia a la pasividad. El constructo *afecto* se refiere a la valencia de estos estados (emociones o estado de ánimo) (Rosenberg, 1998; Scherer, 1984). A continuación se revisan algunas teorías sobre afecto y estado de ánimo pertinentes para el MIRE-G en tanto que la desregulación del afecto y el estado de ánimo es también característico de los llamados trastorno emocionales, p.e. en el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor (TDM) o el TAG.

### ***1.2.2.1 Afecto y regulación de metas.***

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

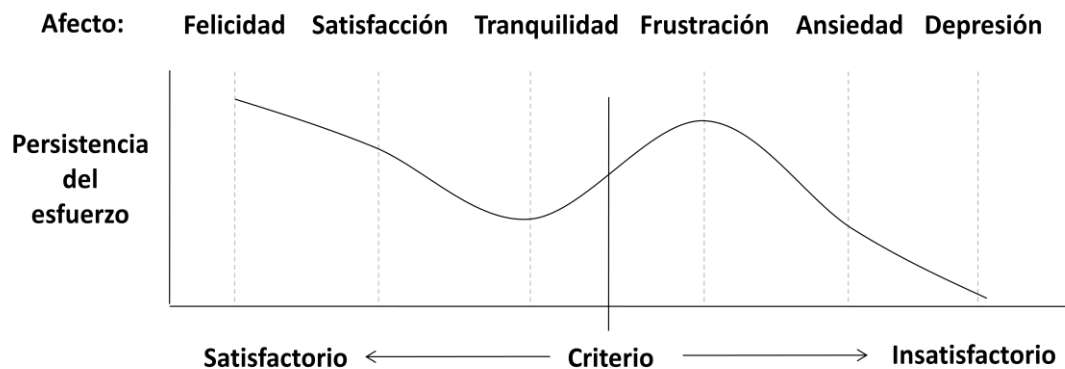
El *afecto* es una experiencia hedónica subjetiva que rastrea, informa, y controla el grado de progreso hacia el cumplimiento de metas (Johnson, Carver & Fulford, 2010). Es una alteración transitoria del estado neurofisiológico acorde al flujo de los eventos que se distingue del estado de ánimo por su duración y porque puede formar parte de la experiencia emocional (Syzdeck, Addis, & Martell, 2010). El afecto positivo o negativo indica la congruencia del comportamiento con las metas personales (Carver & Scheier, 1998), y se puede conceptualizar como un barómetro que indica la relación ambiente-persona, indicando que tan reforzante o aversiva está es para el segundo (Barret, 2006). Un ejemplo de la relación entre metas-afecto-conducta puede verse en la Figura 1.5

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

La terapia de activación conductual para la depresión es un ejemplo de un tratamiento basado en evidencias que funciona bajo estos principios (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010) y que es importante en el desarrollo del MIRE-G. En el MIRE-G se incorporarán estrategias de identificación de valores y técnicas de activación conductual para promover la exposición a metas abandonadas a partir de la aparición del trastorno

emocional o afectivo, esto promueve el afecto positivo. Con el establecimiento de rutinas orientadas a la satisfacción de metas valoradas se fomenta un estado de ánimo positivo que sustituye el negativo. Por lo tanto, se considera que la identificación de valores y metas, el establecimiento de rutinas orientadas a metas, y la adecuada valoración de la satisfacción de objetivos son habilidades de regulación emocional imprescindibles en el tratamiento de problemas afectivos y del estado de ánimo.

**FIGURA 1.5** Relación hipotética entre afecto y persistencia en la satisfacción de las metas (basada en Carver en 2004).



*Figura 1.5* La dimensión vertical indica la inversión de esfuerzo conductual, y la dimensión horizontal el grado de satisfacción en el logro de metas.

### 1.2.2.2 Modelos dimensionales.

En los *modelos dimensionales* se conceptualiza la experiencia anímica en polos de elevada o baja intensidad, valencia positiva o negativa, y tendencia a la acción o pasividad. En un contexto clínico, hacen posible conceptualizar un gran número de síntomas como afecto negativo sin la necesidad de diferenciar emociones discretas. Esto es útil porque no



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

De acuerdo a Gray (1973), los sistemas afectivo-emocionales se pueden clasificar a partir de los sistemas biológicos que les subyacen y las tendencias a la acción que les distinguen. Se pueden identificar tres sistemas básicos. a) El sistema *focalizado en las amenazas*, relacionado a estructuras cerebrales primitivas como la amígdala, el sistema límbico y los sistemas serotoninérgicos (Gilbert, 2009). Este activa el *sistema lucha-huida*, que responde a la frustración y al dolor, motiva las conductas de escape, evitación y agresión defensiva, y se relaciona con la irritabilidad y la hostilidad. Y el sistema de congelamiento o *inhibitorio-comportamental* que responde a señales de castigo, novedad y ausencia de reforzamiento, suprime a conducta y motiva la retirada, básicamente se relaciona con el afecto negativo y la ansiedad. b) El *sistema activador-comportamental* (Gray, 1973), *también llamado autopreservador* (Wang, 2005) o *focalizado en incentivos/recursos* (Gilbert, 2007), involucra los sistemas dopaminérgicos (Gilbert, 2007 & 2009), responde a señales de seguridad y refuerzo, motiva un comportamiento de aproximación y se relaciona al afecto positivo. Su hipo-activación se relaciona con la depresión. c) Finalmente, el *sistema preservador de la especie* (Wang, 2005) o sistema

*focalizado a la afiliación* (Gilbert, 2007), es responsable de conductas como la crianza, validación y empatía, involucra los sistemas relacionados a la oxitocina y opiáceos (Gilbert, 2007), y se relaciona con una reducción de la activación de los sistemas ansiógenos y una sensación de “tranquilidad”. Sugiere una predisposición genética a sentirse “seguros” en la presencia de interacciones estables, cálidas y empáticas con los otros (Fonagy & Target, 2007; Sloman, Gilbert & Hasey, 2003).

Desde esta perspectiva, la modulación de la actividad de estos sistemas es el blanco de intervención clínica (Persons, 2008). Se cree que estrategias como la activación conductual y la exposición podrían influir en su actividad (Persons, 2008).

En el MIRE-G se considera la posibilidad de que las estrategias de exposición sean útiles no solo porque promuevan la habituación, procesamiento y extinción emocional, sino también porque promueven la regulación del afecto y estado de ánimo al desactivar los sistemas focalizados en amenazas por actuar de forma incompatible con su configuración biológico-motivacional. Lo mismo ocurre con las estrategias de identificación de valores y activación conductual, pues estas promueven la activación del sistema focalizado en los intensivos y el focalizado en la afiliación que usualmente se encuentran desactivados en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

### **1.2.3 Análisis funcional de la conducta emocional.**

Las emociones pueden ser vistas como un repertorio complejo de actividad (y no como estados internos). Se pueden vislumbrar sus funciones como *actos en contexto* al considerar sus antecedentes y consecuencia (Syzdeck, Addis, & Martell, 2010).

Las emociones de las personas pueden provocar emociones en los demás (Dimburg & Ohman, 1996), y así funcionar inadvertidamente como (a) castigos o reforzamientos para

su comportamiento (Arkowitz & Westra, 2004, Keltner & Hadit, 2001). También pueden considerarse (b) estímulos discriminativos que motivan comportamientos específicos en quien les experimenta y quienes le rodean. Y pueden ser vistas como respuestas que (c) informan de las consecuencias que gobiernan el comportamiento de los individuos, p.e. las conductas gobernadas por el reforzamiento positivo se relación a sentimientos de libertad y control (afecto positivo), las gobernadas por reforzamiento negativo y castigo con sentimientos de ser controlado y la indefensión (afecto negativo) (Skinner, 1971).

En un contexto clínico, el terapeuta puede utilizar sus propias respuestas emocionales a la interacción con el paciente para hacer hipótesis sobre la forma en que el segundo influye en los demás (Hengegeler & cols. 1998; Kolhenberg & Tsai, 1994; Linehan, 1993), y modular su propio comportamiento para modular la emoción del usuario (Gladwell, 2006). La terapia analítico funcional y las *estrategias estilísticas y dialécticas* de la terapia dialéctica conductual son ejemplos de estrategias que utilizan estos principios para movilizar el cambio conductual de los usuarios de psicoterapia (Waltz, Landes & Holman, 2010).

También es importante evaluar las funciones que cumplen en la regulación del comportamiento de las personas significativas para él usuario, las contingencias contextuales que motivan o inhiben su expresión, y el valor comunicativo sobre el estilo motivacional del usuario. En el MIRE-G se utilizan estrategias de análisis funcional conductual para ayudar a los usuarios a identificar estas funciones, al identificar las funciones que las promueven o desalientan se puede desarrollar mayor flexibilidad conductual para tomar decisiones sobre la utilidad o no de expresar las emociones de determinada manera, en vez de expresarlas irreflexivamente a partir de la influencia que el contexto establece sobre su expresión. Estas estrategias también pueden proveer de

retroalimentación al usuario sobre la forma en que sus expresiones emocionales impactan en sus valores y metas interpersonales, así como informarle de la congruencia con que actúa respecto a ellas. Estas estrategias se incorporarán en la fase educativa del tratamiento pues se cree que pueden sensibilizar al usuario a los impactos de las estrategias subsiguientes de este.

#### **1.2.4 Síntesis.**

Tras construir una definición de emoción y revisar las principales teorías sobre las emociones que resultan pertinentes para los tratamientos cognitivo-conductuales, se identificaron distintos aspectos esenciales para la construcción de un modelo comprensivo orientado a la regulación emocional. (a) Se describieron las características básicas de una emoción; (b) se estableció una distinción entre emoción, afecto y estado de ánimo; (c) se diferenció entre emociones precipitadas por un evento psicológicamente relevante y emociones condicionadas; (d) se señalaron distintas estrategias de intervención que permiten regular emociones básicas o discretas, que favorecen el procesamiento emocional, que permiten la habituación-extinción de emociones condicionadas, que permiten regular el estado afectivo, y que influyen en la actividad de los sistemas biológicos afectivo-emocionales; por último (e) se dio importancia a la evaluación de las funciones interpersonales de la respuesta emocional.

Ha quedado implícito que la regulación emocional se refiere a las distintas acciones que funcionan para influir en las emociones, afecto y estado de ánimo de las personas. A continuación se define el constructo con claridad y se analizarán sus características. Esto proporciona información útil para comprender los factores relacionados a las dificultades

de regulación emocional y la psicopatología. También se comenta la relevancia que esta información tiene para la construcción del MIRE-G.

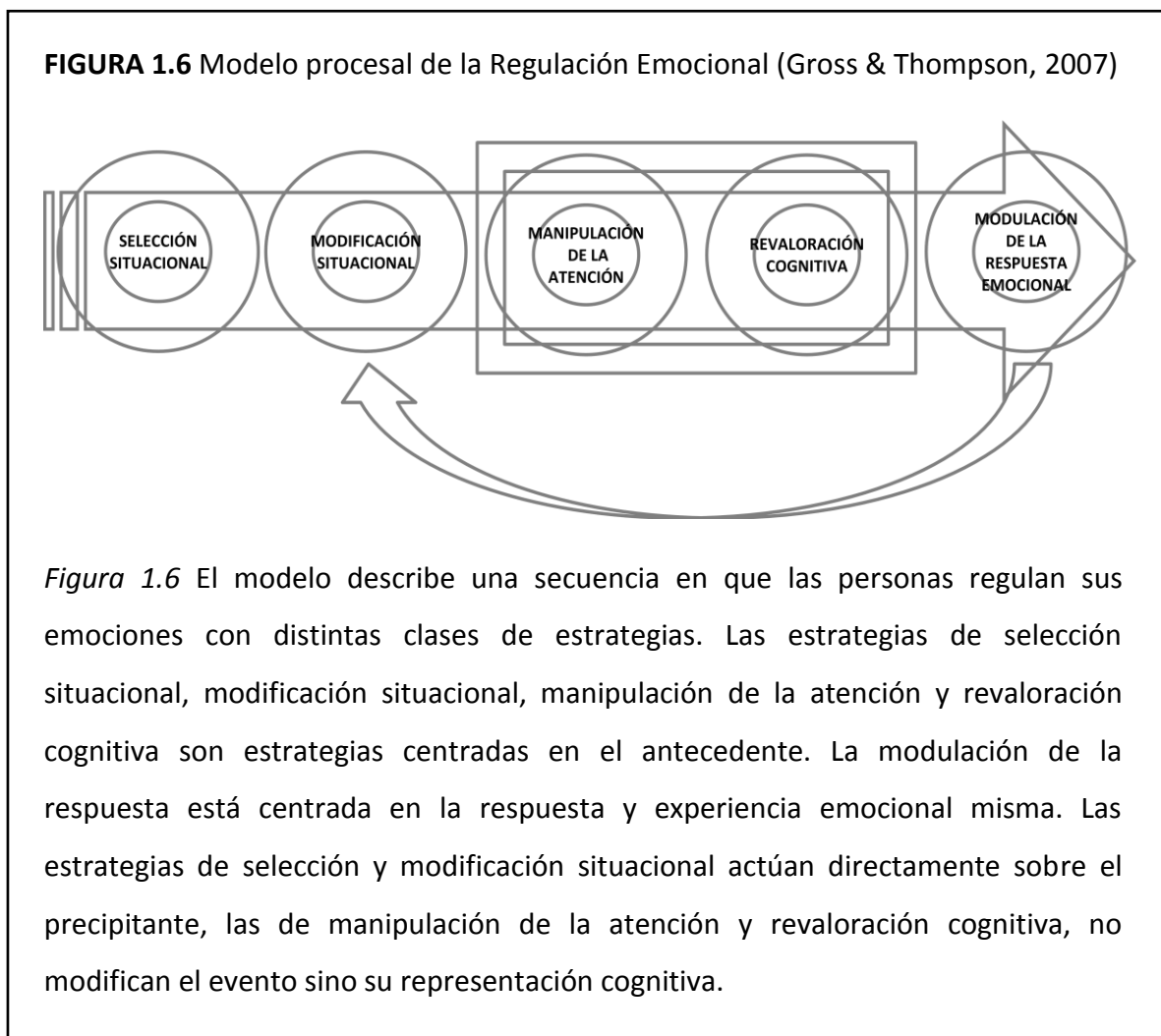
### **1.3 Regulación Emocional**

Los procesos que subyacen a la emoción misma y la regulación emocional son compartidos (Bloch, Moran & Kring, 2010). Algunos investigadores consideran que la emoción y la regulación emocional no pueden separarse y que la emoción misma implica diversos procesos de auto-regulación (Campos, Frankel, & Camras, 2004; Davidson, 2000). Se ha criticado esta afirmación por ser difícil de probar empíricamente y carecer de utilidad aplicada (Kring & Werner, 2004). Bloch, Moran y Kring, (2010) consideran que diferenciar emoción y regulación emocional es útil para entender la naturaleza de sus problemática psicopatológica. P.e. en el TAG es importante determinar si sus excesos de ansiedad, preocupación o irritabilidad son resultado de una inhabilidad para modularlas emociones, o permanecerán elevados aún si los procesos de auto-regulación están intactos. En el presente, se distingue entre emoción y regulación emocional por razón teórica y pragmática, se asume que la distinción permite identificar dificultades que las personas con psicopatología tienen para regular sus emociones.

Gross y Thompson (2007) definieron la regulación emocional como *el proceso mediante el cual los individuos influyen en las emociones (positivas y negativas) que ellos mismos y otras personas experimentan, cuando las experimentan, como las experimentan, y como las expresan*. Eisenberg, Hofer, y Vaughan, (2007) señalaron que *la regulación emocional tiene un fuerte componente motivacional que sirve para lograr metas y adaptación biológica y social*. Y Bloch, Moran y Kring, (2010) mencionaron que *estos procesos pueden ser automáticos o controlados, consientes o no consientes, y extrínsecos*

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

Basarse en un modelo que describa la regulación emocional como proceso permite identificar mecanismos subyacentes a su falla en las personas con psicopatología (Block, Moran y Kring, 2010). El *modelo procesal de regulación emocional* (Figura 1.6) (Gross, 1998) señala diversas estrategias de regulación emocional ubicadas en distintas etapas del proceso.



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

- a) *Manipulación de la atención.* La atención se puede manipular voluntariamente para concentrarse en aspectos específicos de un evento o distraerse de otros. Las personas pueden modificar las emociones que experimentan si manipulan los eventos de su conciencia. Estas estrategias no modifican la situación.
- b) La *revaloración cognitiva* es reconstruir deliberadamente el significado de una situación para alterar la experiencia emocional que provoca.
- c) *Modulación de respuesta.* Son intentos de modificar la experiencia o expresión emocional cuando ya se ha precipitado. Inician en la etapa tardía de la regulación emocional, después de que la tendencia de respuesta ya se ha iniciado. Esta estrategia está enfocada en la respuesta.

Estas estrategias pueden usarse adaptativas o desadaptativamente. Para Leahy, Tirch y Napolitano (2011) *“la regulación emocional adaptativa requiere la implementación de estrategias de afrontamiento que favorezcan el reconocimiento y procesamiento emocional, y que a su vez incrementan el funcionamiento productivo (acorde a metas valoradas y propósitos individuales) a corto y largo plazo”*.

Acorde a Werner y Gross (2010), la regulación emocional efectiva requiere el implemento de estrategias adaptadas al contexto, acordes con la controlabilidad de los eventos internos y externos, y congruentes con las metas a largo plazo. Requiere el seguimiento del siguiente proceso:

- 1) *Pausarse* y permitir la experiencia de la emoción sin evitarla (cognitiva o conductualmente), resistirse a ella (lamentarse por tenerla) o actuar impulsivamente para modularla (estallar conductualmente de manera catártica). Esto implica una exposición interoceptiva y prevención de respuestas que facilita el procesamiento emocional y la habituación psicológica.
- 2) *Identificarla* experiencia de la emoción primaria y nombrarla (Menin, & cols. 2005). Cada emoción difiere en sus cualidades experienciales, conductuales, fisiológicas, y sus funciones interpersonales, para poder regularla efectivamente se requiere identificar lo que se está experimentando. Para lograrlo se pueden usar las estrategias de mindfulness y análisis conductual mencionadas previamente.
- 3) *Discriminar* que tan controlables son el precipitante la emoción y la experiencia emocional misma. Las personas pueden actuar para modificar los eventos controlables (en el MIRE-G se incluyen estrategias de resolución de problemas). Se pueden usar la revaloración cognitiva o las estrategias de tolerancia al malestar para las experiencias controlables (resultan relevantes las estrategias de regulación fisiológica y tolerancia al malestar mencionadas anteriormente). La aceptación es la mejor estrategia de regulación para los eventos y experiencias incontrolables (Hayes y Wilson, 1994), la regulación consiste en la prevención de emociones secundarias. En el MIRE-G se da una gran relevancia a las estrategias de aceptación.
- 4) *Conciencia y jerarquización* de los valores personales y metas a largo plazo (son pertinentes las estrategias de identificación de valores y activación conductual). Se requiere inhibir la conducta impulsiva y reorientar la atención a la consecución de una meta deseada mientras se experimentan las emociones (mindfulness).



Este proceso es la meta del MIRE-G, todas sus estrategias de intervención se utilizan y jerarquizan para lograrlo.

#### **1.4 Desregulación Emocional**

Diversas formas de psicopatología se describen como “excesos” o “déficits” emocionales y la experiencia emocional abrumadora es prevalente en prácticamente cada tipo de psicopatología (Kring & Bachorowski, 1999). *“La desregulación emocional es la dificultad o inhabilidad para afrontar las emociones y permitir el adecuado procesamiento emocional”*. La desregulación se puede manifestar como una excesiva intensificación de las emociones (las cuales se experimentan como abrumadoras e intrusivas), o como una desactivación excesiva de ellas (lo que incluye experiencias disociativas, despersonalización o desrealización, o adormecimiento emocional) (Leahy, Tirsch & Napolitano (2011).

La figura 1.7 es una modificación del modelo procesal de regulación emocional que describe diversas estrategias de regulación emocional inefectivas. En el MIRE-G son los mecanismos subyacentes al proceso de desregulación emocional.

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

La evitación generalizada se asocia a la disminución del estrés psicosocial a corto plazo y con el incremento del afecto y emociones negativas a largo plazo. Resulta en

emociones de enojo, vergüenza, un estado de ánimo depresivo, y pensamientos de desesperanza y auto-derrotistas por la pérdida de metas valiosas para la persona (Barlow, 2000; Leary, Kowalski, & Campbell, 1988).

**FIGURA 1.7** Estrategias de regulación emocional inefectivas (Adaptado de Gross y Thompson, 2007; Farilholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich y Barlow, 2010).

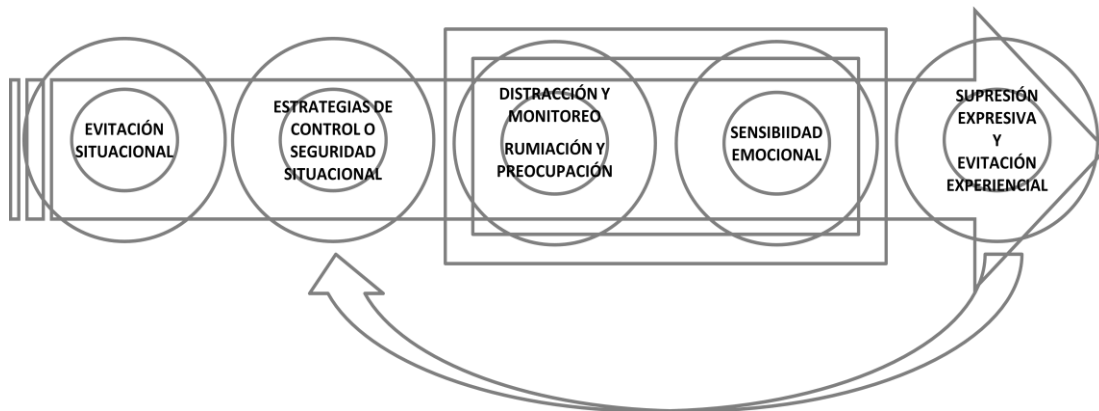


Figura 1.7 En la figura una primera clase de estrategias de regulación inefectiva es la evitación situacional. Las personas que ya están expuestas a la situación utilizan estrategias de control y seguridad. Otras estrategias disfuncionales se clasifican como manipulación de la atención, incluyen la distracción o monitoreo de estímulos desagradables, la rumiación y la preocupación. La resistencia a la experiencia emocional se caracteriza por juicios negativos sobre ella, en el modelo se le llama sensibilidad emocional. La última clase de estrategias ilustrada en la figura se relacionan a la modulación de la respuesta emocional, en este caso la supresión expresiva de la respuesta emocional y la evitación experiencial.

La selección situacional efectiva requiere de la capacidad para predecir las emociones que se experimentarán en diversos eventos, la evitación crónica resulta en dificultades para predecirlas (Gilbert & Andrews, 1998). Los *evitadores crónicos*

frecuentemente sobreestiman la negatividad de sus respuestas emocionales (anticipación negativa), tienen dificultades para anticipar el placer que experimentarían en un evento futuro (placer anticipatorio), o sobreestiman los resultados positivos de situaciones donde son improbables. Estos efectos son evidentes en personas con esquizofrenia (Gard, Kring, Gard, Horan, & Green, 2007) y *TDM* (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001).

Las estrategias de activación conductual y exposición disminuyen la evitación efectivamente (Feske & Chambless, 1995). La exposición permite habituarse psicológicamente a la situación, practicar o desarrollar habilidades necesarias para adaptarse a ella, y revalorar creencias inadecuadas de esta (Rapee & Heimberg, 1997).

***Modificación situacional y “estrategias de control o seguridad situacionales”.*** El uso estereotipado y generalizado de estrategias de manipulación o *control situacional* con la finalidad de modificar su impacto emocional es importante para el diagnóstico y mantenimiento de la psicopatología. Por ejemplo, una persona narcisista podría vestir con ropa costosa para llamar la atención y generarse una sensación de importancia, o una persona obsesivo compulsiva podría limpiar la mesa de forma estereotipada para disminuir su preocupación por la contaminación. Otras personas utilizan estrategias que no modifican directamente la situación, pero les permiten sentirse seguros en ellas (Werner & Gross, 2010). Por ejemplo, las personas con ansiedad social pueden prepararse perfeccionistamente para enfrentar un evento donde creen que serán evaluados, o depender de un interlocutor para expresar sus opiniones (Clark & Wells, 1995).

Las *estrategias de seguridad* son patológicas si previenen la exposición total, y por lo tanto la habituación a la situación desagradable (Clark, 2001), cuando monopolizan los recursos cognitivos de la persona acaparando la memoria de trabajo y entorpecen el funcionamiento de otras funciones ejecutivas (p.e., contar o memorizar líneas), mantienen

la atención autofocalizada (p.e. decirse frases motivadoras), o entorpecen el funcionamiento social (p.e. compulsiones) (Clark, 2001; Wells, 2009).

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

***Manipulación de la atención.*** La rumiación, preocupación, distracción y monitoreo de estímulos son formas desadaptativas de manipular la atención.

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

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

e impide la habituación psicológica (Butler & Gross, 2004; Metzger, Miller, Cohen, Sofka, & Borkovec, 1990).

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

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

La distracción (Harvey, Mansell & Watkins, 2004) se refiere al intento de *reenfocar la atención* en aspectos no emocionales de la situación (Rothbart & Sheese, 2007), y a la *autofocalización* de sensaciones o pensamientos. Cuando la distracción se automatiza y generaliza impide la adecuada resolución de problemas (Huna, 1998), la habituación psicológica y el procesamiento emocional, y se relaciona con la ineficacia interpersonal (Werner & Gross, 2010).

El *monitoreo de estímulos negativos* es la focalización de estímulos relacionados con amenazas potenciales (Wells & Matthews, 1994). El monitoreo mantiene la percepción subjetiva de peligro e incrementa o mantiene la activación emocional, fortalece planes

metacognitivos que guían la cognición y automatizan la detección de amenazas e impiden “recalibrar” el sistema cognitivo acorde a las características del entorno (p.e. en el TEPT), y sesgan las redes semánticas responsables de generar intrusiones de eventos negativos pasados en la conciencia.

Las estrategias de mindfulness involucran la auto-regulación de la atención y facilitan el reconocimiento de los eventos externos e internos en el momento presente (Werner & Gross, 2010). Y desarrollan una actitud de curiosidad, apertura y aceptación requerida para el tratamiento de la rumiación y preocupación. Son un elemento esencial en la tercera ola de terapias de conducta o terapias conductuales contextuales, como la reducción al estrés basada en el mindfulness (Kabat-Zinn, 2003), la terapia cognitiva basada en el mindfulness (Williams, Russell, & Russell, 2008), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 2003), y la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993).

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

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

La exposición emocional a partir del mindfulness (Roemer & Orsillo, 2009; Wells, 2000) y las estrategias de revaloración cognitiva (Beck & Clark, 1997; Wells, 2009) permiten corregir la sensibilidad emocional y revalorar las emociones de forma más realista (Heimberg, 2002; Leahy, Tirch & Napolitano, 2011). En el MIRE-G se incorporan estas estrategias para identificar y cuestionar distintos tipos de sensibilidad emocional.

***Modulación de la respuesta.*** Existen dos formas de modulación de la respuesta emocional que han sido ampliamente investigadas y encontradas problemáticas. La *supresión expresiva* son intentos de inhibir la expresión emocional (Gross, 1998), y la *evitación experiencial* que son esfuerzos por inhibir la experiencia emocional misma (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012; Hayes & Wilson, 1994).

Existe una amplia cantidad de evidencias teóricas (Barlow, Allen, & Choate, 2004; Mennin, Heimberg, Turk, & Fresco, 2002), experimentales (Campbell-Sills et al. 2006; Gross & John, 2003), y clínicas (Fairholme et al. 2010; Mennin & Fresco, 2010) que prueban las consecuencias desadaptativas de la supresión expresiva de las emociones negativas en personas sanas y personas con psicopatología. Las evidencias indican que la supresión expresiva merma la experiencia subjetiva de las emociones positivas pero no de las negativas (Gross, 2002; Gross & John, 2003; Gross & Levenson, 1997). También tiene efectos biológicos y cognitivos adversos como el incremento de la actividad simpática y el impedimento del establecimiento de la memoria declarativa (memoria sobregeneral) (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006; Harvey, Mansell & Watkins,

2004). También se relaciona a la disfunción comunicacional y de la vinculación afectiva, la conducta emocional expresiva es importante para comunicar nuestros deseos e influir en las emociones y comportamientos de los demás (Gross & Levenson, 1997).

La evitación experiencial se vuelve problemática porque requiere una gran inversión de recursos temporales y psicológicos, motiva la supresión expresiva, y se relaciona a la sensibilidad emocional (Hayes, 2004; Hayes y Wilson, 1994). Está documentado que contribuye al mantenimiento de los trastornos de ansiedad y estado de ánimo (Hayes & Wilson, 1994; Kashdan et al. 2006).

La mejor alternativa a la supresión expresiva y la evitación experiencial es la “aceptación” a las reacciones internas (pensamientos, sentimientos, impulsos y sensaciones). La aceptación es la capacidad para permitirse a uno mismo continuar en el momento presente sin hacer intentos de resistirse a las emociones (Hayes, 2004; Roemer & Orsillo, 2005). La aceptación disuade de los intentos de inhibir las emociones y permite la flexibilidad necesaria para adaptarse al entorno (Dalrymple & Herbert, 2007; Hayes et al. 2006; Turk et al. 2005).

El MIRE-G da importancia al desarrollo de la aceptación del malestar psicológico, las estrategias previamente mencionadas se utilizan para corregir los mecanismos subyacentes a la desregulación emocional y bajo una filosofía de aceptación que permite desarrollar la flexibilidad de respuesta necesaria para la regulación emocional efectiva.

Las estrategias de evitación y escape situacional, control y seguridad, distracción, monitoreo de estímulos negativos, rumiación, preocupación, resistencia emocional, supresión expresiva y evitación experiencial constituyen las estrategias de regulación inefectivas que serán identificadas e intervenidas en el MIRE-G. Se considera que estas estrategias son los mecanismos subyacentes al mantenimiento de la desregulación



emocional como proceso psicológico transdiagnóstico relacionado al desarrollo y mantenimiento de la psicopatología. Estos mecanismos se intervienen con técnicas de aceptación, exposición, mindfulness, activación conductual, revaloración cognitiva, y entrenamiento en habilidades de tolerancia al malestar, regulación fisiológica y solución de problemas. Estas estrategias permiten el desarrollo de la regulación emocional efectiva como proceso psicológico transdiagnóstico relacionado a la prevención y rehabilitación de la psicopatología.

Las estrategias previamente mencionadas se complementan con las educativas, de análisis conductuales identificación de valores consideradas anteriormente. Se asume la necesidad de incorporar técnicas de exposición, mindfulness y activación conductual como ejes centrales en la construcción de modelos transdiagnósticos orientados al tratamiento de la desregulación emocional.

### **1.5 Regulación emocional y el tratamiento de la psicopatología**

Como se ha señalado anteriormente, la regulación emocional pudiera ser central en el entendimiento de la génesis y mantenimiento de la psicopatología. Sin embargo el campo es nuevo y todavía presenta problemas como la ambigüedad o falta de consenso en su definición (Bloch, Moran & Kring, 2010). En el campo clínico existe una diversidad de modelos útiles para mejorar las habilidades de regulación emocional humana, no todos ellos tienen como blanco la regulación emocional directamente, la mayoría cuentan con su propia teoría de psicopatología y han desarrollado diversos constructos que se asemejan en gran medida al de regulación emocional. A continuación se revisan algunos modelos clínicos influyentes, posteriormente se describirá el Modelo Integrativo de Regulación Emocional (MIRE) que es la base para el desarrollo del MIRE-G.

## **1.6 Psicoterapia y Regulación Emocional**

Actualmente existen diversos modelos psicoterapéuticos que han aportado información importante sobre el tratamiento de problemas de regulación emocional. A continuación se mencionan los que fueron importantes en la construcción del MIRE-G.

### **1.6.1 Terapia Dialéctica Conductual.**

La terapia dialéctica conductual (TDC) es probablemente el primer modelo clínico que tiene la desregulación emocional como blanco de intervención y es un referente para el desarrollo de tratamientos con esta meta.

La TDC es un tratamiento conductual desarrollado por la Dra. Marsha M. Linehan para el tratamiento de usuarios con conducta suicida crónica. Fue validado inicialmente con usuarios femeninos con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP) y se diseñó para responder a sus necesidades y complejidades, p.e.: múltiples y severos problemas de Eje 1, crisis emocionales impredecibles, conducta suicida impulsiva, o ira hacia el terapeuta, que dificultan mantener un tratamiento estructurado y se asocian al fracaso terapéutico (Perry & Cooper, 1985; Tucker, Bauer, Wagner, Harlam, & Sher, 1987). Linehan balanceó tecnología de terapia conductual con estrategias terapéuticas orientadas a la aceptación, y desarrolló manuales de tratamiento (1993, 2003) que las organizan en protocolos que estructuran la terapia y orientan la toma de decisiones de una forma que permite a los clínicos responder flexiblemente a los constantes cambios de cuadro clínico de estos usuarios.

La TDC tiene similitudes con tratamientos psicodinámicos, centrados en el cliente, gestálticos, y aproximaciones paradójicas y estratégicas (Heard & Linehan, 1994). Sus

rasgos distintivos son la aplicación de la ciencia conductual, el mindfulness y filosofía dialéctica al tratamiento: (a) Considera la conducta suicida como una forma desadaptativa de regulación emocional y utiliza estrategias cognitivo conductuales para cambiar este comportamiento y ayudar a sus usuarios a resolver sus problemas de manera adaptativa;(b) Usa la validación y el mindfulness para generar aceptación a lo que no se puede cambiar y permitir practicar respuestas alternativas (Linehan et al. 2002); (c) Y utiliza estrategias dialécticas para reconciliar las diferencias o conflictos que surgen en la terapia, p.e. el pensamiento rígido y dicotómico, o rápidos cambios entre extremos emocionales y conductuales, etc. (Koerner & Dimeff, 2007).

La formulación de caso de la TDC se basa en su teoría biosocial y la valoración del grado de trastorno presentado por el usuario. Se asume una postura terapéutica colaborativa orientada al establecimiento y jerarquización colaborativa de metas de tratamiento. Dependiendo de esta evaluación se asignan a los usuarios a diversos módulos de tratamiento (terapia individual, grupos de entrenamiento en habilidades, consultas telefónicas), cada uno tiene objetivos específicos y los terapeutas de cada módulo tienen roles diferentes aunque cada uno cumple un papel importante en el tratamiento. Por su parte, los terapeutas asisten a grupos de supervisión.

#### ***1.6.1.1 Teoría biosocial.***

Para Linehan (1993), el principal problema del TLP es la disfunción de los sistemas de regulación emocional. Esta idea guía el tratamiento y se usa como marco psicoeducativo para que clientes y terapeutas tengan un entendimiento común del problema y la intervención. Desde esta perspectiva, las conductas problemáticas del TLP (p.e. el abuso de

sustancias) se consideran estrategias de regulación emocional o consecuencia de la regulación fallida (síntomas disociativos o estados psicóticos transitorios).

Esta desregulación emocional se desarrolla y mantiene por factores biológicos y ambientales. Los factores biológicos incluyen diferencias en el sistema nervioso autónomo (debido a la genética, eventos durante el desarrollo fetal, o traumas tempranos). En consecuencia se cree que las personas con TLP experimentan emociones más frecuente, intensa y persistentemente (Stiglmayr et al. 2005), y que la vulnerabilidad biológica contribuye a la dificultad que tienen para regularlas (Juengling et al. 2003; Ebner-Priemer et al. 2005). Como muchas capacidades dependen de una regulación emocional adecuada, sus dificultades se traducen en inestabilidad de la identidad, incapacidades de resolución de problemas y conflictos interpersonales, dificultades para mantener una acción orientada a metas, entre otros.

Según la teoría, los problemas de regulación emocional se dan cuando un individuo biológicamente vulnerable se encuentra en un entorno gravemente invalidante. Los ambientes invalidantes envían el mensaje de que las respuestas del individuo (particularmente las emocionales) son incorrectas, inapropiadas, patológicas, o no se toman en serio. La desinformación sobre la condición de la persona con dificultades de regulación emocional resulta en que los otros significativos simplifiquen sus problemas y fallen en enseñarle habilidades efectivas para tolerar su malestar o comprender sus emociones. Al castigar la comunicación de las experiencias emocionales negativas y reaccionar ante ella solo cuando escalan a niveles violentos, el medio enseña a oscilar entre la inhibición emocional y su expresión extremista (Koerner & Dimeff, 2007).

La desregulación emocional interfiere con la resolución de problemas y genera dificultades de relación en la terapia. P.e. un usuario puede haber estallado en ira con

alguna persona y sentirse avergonzado por ello, para inhibir su vergüenza se niega a hablar de lo sucedido y se golpea la cabeza con la cabecera de la silla. Esta respuesta genera frustración en el terapeuta y desvía cualquier ayuda que este pudiera proporcionar. Tales conductas funcionan para resolver problemas y alivio a corto plazo, y por lo tanto generan conflictos que impiden la flexibilidad de respuesta. P.e. “O asumo que soy incapaz para manejar mis emociones (como demuestra mi experiencia de vida) y concluyo que mi vida será una continua pesadilla de descontrol, o trato fallidamente de cambiar mi conducta y decido que es mejor morir o ser castigado por intentar cambiar, o me enojo con los demás por ser incapaces de reconocer mis dificultades y de proveerme de soluciones” (Koerner & Dimeff, 2007). Estos problemas se resuelven utilizando estrategias de aceptación para validar el malestar emocional, y estrategias de cambio para modularlo.

El MIRE-G adopta la teoría biosocial de la TDC para explicar la vulnerabilidad a la desregulación emocional o afectiva. Se asumirá que la vulnerabilidad emocional predispone a experiencias emocionales o afectivas intensas y difíciles de regular, si además la persona vulnerable madura en un entorno que invalida esta experiencia, el individuo desarrollará sensibilidad emocional y tendrá dificultades para regularla efectivamente. Se deduce que es necesario adoptar un enfoque clínico que balancee estrategias orientadas a la aceptación del malestar emocional (determinado biológicamente) y el desarrollo de habilidades de regulación especializadas (no provistas por el entorno formativo). Esta teoría se utiliza para explicar a los usuarios su vulnerabilidad al trastorno emocional y los beneficios de tomar un tratamiento centrado en el desarrollo de aceptación al malestar y habilidades de regulación emocional especializadas. El blanco principal de esta estrategia es la sensibilidad emocional.

### ***1.6.1.2 Niveles de trastorno, etapas y tipos de tratamiento.***

En la TDC, la gravedad del trastorno determina las tareas terapéuticas relevantes. Los problemas se priorizan dependiendo del nivel de amenaza que representan para la vida del usuario u otras personas. La meta final no es la mera disminución de la conducta disfuncional, sino proveer de destrezas para construir una vida que “valga la pena vivir” (Linehan, 1993, 1996).

Acorde a Koerner y Dimeff, (2007), el pretratamiento es la primera etapa para todos los usuarios, y sigue de una de cuatro etapas donde el número de etapas depende de la gravedad del trastorno al inicio del tratamiento. En el pretratamiento se acuerdan las metas y métodos de la terapia, se educa sobre la naturaleza de la esta, y se establece un contrato terapéutico que clarifica las obligaciones y derechos de cliente y el terapeuta.

En la etapa 1 se atienden a los usuarios con mayor trastorno, se priorizan (1) conductas suicidas y homicidas, (2) conductas de cliente y terapeuta que interfieren con la terapia, (3) comportamientos que interfieren con la calidad de vida (problemas del eje 1, dificultades severas en las relaciones interpersonales, problemas laborales, indigencia, etc.), y (4) déficits conductuales que permitan hacer cambios de vida.

En la etapa 2 se tratan respuestas de estrés postraumático u otras experiencias emocionales que impiden establecer vínculos interpersonales o mantener compromisos académico y laborales.

En la etapa 3 se resumen los logros del usuario y se busca la resolución de problemas del ciclo vida. Se busca desarrollar auto-respeto, auto-eficacia, un sentido de la moralidad, y una calidad de vida aceptable.

En la etapa 4, el objetivo son los sentimientos de insatisfacción. Se tratan temas de naturaleza espiritual y se busca el desarrollo de la capacidad de experimentar libertad, dicha y logro espiritual (Linehan, 1996).

Aunque las etapas de tratamiento se presentan linealmente, el progreso no lo es y las etapas constantemente se traslapan. La frecuencia de las conductas de etapa 1 y la rapidez con que se logra la regulación emocional efectiva define la distinción entre las etapas.

La responsabilidad de lograr objetivos específicos se delega a diferentes terapeutas asignados a distintos módulos de tratamiento (Koerner & Dimeff, 2007). Un *terapeuta individual* planea el tratamiento, valora el progreso hacia las metas acordadas, y asesora al cliente sobre la resolución de problemas (tanto en sesión terapéutica como vía telefónica). Su objetivo es enseñar, fortalecer, y generalizar las respuestas adaptativas aprendidas.

Las responsabilidades del *entrenador en habilidades* son lograr la adquisición de diversas destrezas necesarias para regular el comportamiento y las emociones efectivamente. Se provee entrenamiento en habilidades para: (a) Regular emociones; (b) Tolerar el malestar emocional; (c) Responder a situaciones sociales; (d) Observar, describir y participar de las emociones sin juzgar, con conciencia plena y actuando de manera efectiva; Y (e) regular el propio comportamiento con estrategias alternativas al autocastigo. Estas habilidades se desarrollan con estrategias de: (a) Mindfulness para disminuir la confusión de la identidad, sentimientos de vacío y desregulación cognitiva; (b) Habilidades interpersonales para prevenir el caos interpersonal y el temor al abandono; (c) Habilidades de regulación emocional para reducir la labilidad afectiva y lidiar con episodios de ira; Y (d) habilidades de tolerancia al malestar para disminuir la impulsividad. El entrenador en habilidades enseña estas destrezas inmediatamente después del pretratamiento y el terapeuta individual supervisa su uso en la resolución de problemas cotidianos. Las mismas

estrategias se utilizan en las 4 etapas de tratamiento, su función varía dependiendo de los objetivos de cada etapa y las metas individuales de cada usuario (Koerner & Dimeff, 2007).

#### ***1.6.1.3 TDC como solución de problemas.***

Acorde a Koerner y Dimeff (2007), la TDC usa intervenciones de auto-monitoreo, análisis conductual, orientación didáctica, manejo de contingencias, revaloración cognitiva y procedimientos de exposición para intervenir sobre el comportamiento problemático.

Después de identificar las metas de la terapia y las conductas problemáticas en el pretratamiento, se identifican las situaciones asociadas a ellas y se ensañan estrategias de monitoreo. Cada que ocurre un comportamiento problemático (dentro o fuera de sesión), cliente y terapeuta realizan un análisis conductual para: (a) Identificar el comportamiento problemático, las situaciones que le anteceden, sus consecuencias y su función en la regulación de las emociones desagradables; (b) Reconocer patrones comunes entre diferentes conductas problemáticas e identificar conductas alternativas; (c) Analizar los factores que inhiben el uso de las conductas correctivas y generar soluciones para a futuro.

#### ***1.6.1.4 Validación.***

Las estrategias de validación se utilizan para comunicar empatía y demostrar valía de las emociones, pensamientos y acciones de los usuarios. Se utiliza para contrarrestar la visión patologizante (invalidante) que terapeuta y usuario pudieran tener sobre los problemas del usuario. Estas estrategias requieren que el terapeuta identifique la fortaleza, normalidad, y efectividad inherente a las respuestas del cliente cada que sea posible. Un mismo comportamiento problemático es simultáneamente válido e invalido, el terapeuta valida tanto el problema del usuario como su necesidad de cambiarlo, y demuestra tanto



entendimiento de su experiencia, perspectiva y funciones de su conducta, como esperanza y claridad sobre los medios para lograr un cambio (Koerner & Dimeff, 2007).

La filosofía dialéctica provee los medios para que usuario y terapeuta mantengan flexibilidad y balance a lo largo del tratamiento, permite explicitar el conflicto que los usuarios experimentan al sostener dos perspectivas lógicamente excluyentes simultáneamente (p.e. querer morir y querer vivir).

En el MIRE-G se utilizan estas estrategias para balancear las contraposiciones aceptación-cambio, y para prevenir que sus estrategias de intervención se prescriban (inadvertidamente) de forma invalidante.

#### ***1.6.1.5 Efectividad de la TDC.***

La TDC es el tratamiento de mayor efectividad comprobada para la reducción de la conducta suicida en usuarios con conducta suicida crónica, TLP o polisindrónicos (Koerner & Dimeff, 2007), solo existe otro tratamiento de efectividad comprobada que consta de una hospitalización parcial de 18 meses (Bateman & Fonagy, 2001). Se han llevado a cabo distintos estudios aleatorizados controlados que comprueban su eficacia en el control de la conducta suicida y autolesiva (Linehan, Heard, & Armstrong, 1993; Koons et al. 2001; Verheul et al. 2003; van den Bosch et al. 2005; Linehan et al., 2006), TAS (Linehan et al. 1999; Linehan et al. 2002), bulimia (Safer, Telch, & Agras, 2001), atracón (Telch, Agras, & Linehan, 2001), y TDM en adultos mayores (Lynch, Morse, Mendelson, & Robins, 2003).

También existen estudios que muestran que la TDC disminuye el ingreso a hospitalización, salas de emergencia, la severidad médica de los intentos suicidas, y el uso de servicios de intervención en crisis comparada con otros tratamientos de elección

(Asociación psiquiátrica americana,1998; Linehan & Heard, 1999; Linehan, Kanter, & Comtois, 1999).

Por las evidencias de la TDC y la influencia que tiene sobre los tratamientos actuales de la desregulación emocional es un punto de partida importante para la construcción del MIRE-G. Las estrategias de validación, análisis conductual, mindfulness, habilidades interpersonales, tolerancia al malestar y regulación fisiológica (emocional) del modelo se derivan de ella. Los blancos principales de estas estrategias son el desconocimiento y sensibilidad emocional, las estrategias de manipulación de la atención, control o seguridad situacional, e inhibición expresiva.

### **1.6.2 Terapia de Aceptación y Compromiso.**

La terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés) es la terapia conductual contextual de mayor crecimiento en la actualidad. Es novedosa por su énfasis en la detección de valores y facilitación de la conducta dirigida por ellos, esto la convierte en un tratamiento orientado principalmente al incremento de calidad de vida. *ACT* aporta estrategias y principios para regular el afecto y estado de ánimo positivos (y el negativo indirectamente).

ACT se basa en una teoría del lenguaje y la cognición llamada teoría de los marcos relacionales (RFT por sus siglas en inglés). Esta provee un referente que explica distintos procesos involucrados en la desregulación emocional (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Asume que el sufrimiento es una condición normal en la vida de los seres humanos, adopta una perspectiva cultural del trastorno psicológico, ofrece una alternativa a los modelos taxonómicos diagnósticos tradicionales, y representa una innovación terapéutica

que se concentra en la orientación conductual hacia los valores en vez del tratamiento de los síntomas (Pérez Álvarez, 2002). Es parte de la tradición clínica empírica pero enfatiza la importancia de la emoción, compasión, valores y espiritualidad humanos.

#### ***1.6.2.1 Trastorno por evitación experiencial.***

El mecanismo identificado en la generación de la patología es la forma en que el pensamiento contribuye al desarrollo de la evitación experiencial (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Acorde a la RFT, los humanos aprenden a relacionar eventos y experiencias entre sí, formando redes relacionales a lo largo de sus vidas (es una teoría de redes semánticas). Aprenden a responder a los eventos basándose en las relaciones que tienen con otros eventos en vez de sus propiedades formales. La RFT también sugiere que cuando pensamos sobre algo, las propiedades del evento se experimentan como si literalmente nos estuviéramos exponiendo a él. Este proceso se llama *fusión cognitiva* (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

Por los procesos de la conducta relacional y la fusión cognitiva, podemos relacionar eventos entre sí, reaccionar a un evento por su relación con otro, y reaccionar a las representaciones mentales de los estímulos como si nos estuviéramos exponiendo al estímulo al que se refieren.

Las personas regulan sus emociones evitando, escapando o modificando las situaciones desagradables a las que se enfrentan (ver estrategias de regulación emocional en este capítulo), estas estrategias son apropiadas y efectivas para lidiar con los problemas del ambiente, y se refuerzan por la disminución del malestar emocional experimentado (reforzamiento negativo). Desafortunadamente, su efectividad motiva la generalización de la estrategia a cualquier experiencia psicológica desagradable, la RFT explica que el

intentar suprimir, evitar o eliminar experiencias privadas (pensamientos, sentimientos, urgencias, etc.) funciona para amplificar el malestar experimentado aunque la intensidad sea la contraria. Cuando las personas tratan de seguir la regla “no debo pensar que estoy solo”, la misma regla contiene el pensamiento que se desea evitar y por lo tanto evoca sus funciones psicológicas. Paradójicamente da como resultado la sensibilización hacia él (Hayes & cols. 1999).

*La evitación experiencial, es la tendencia, mediada verbalmente, a escapar o evitar experiencias psicológicas privadas (p.e. pensamientos, sentimientos, urgencias, memorias, emociones) mediante intentos por modificar su forma, frecuencia, intensidad, o sensibilidad situacional, aun cuando esto es inútil o interfiere con acciones valoradas. Influye en la forma en que las personas experimentan el estrés, reduce el malestar emocional a corto plazo y a largo plazo tiene efectos negativos por su generalización y automatización (inflexibilidad) (Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996).*

El trastorno por evitación experiencial se define como *esfuerzos rígidos para controlar los eventos privados, aun cuando la experiencia demuestra que no es posible, estos intentos interfieren con el procesamiento emocional, contribuyen a la perpetuación de una situación problemática y/o generación de otros problemas, e impiden el funcionamiento adecuado en otras tareas.* Los trastornos identificados en los sistemas de clasificación sindrónicos tradicionales (DSM y CIE 10) pueden conceptualizarse como topografías diversas de este trastorno (Hayes, 1993).

Las personas que indiscriminadamente evitan situaciones asociadas a su malestar psicológico, piensan constantemente como librarse de él, lo monitorean, e intentan inhibirlo o controlar las situaciones que lo precipitan, normalmente desatienden sus valores personales, experimentan malestar por la ausencia de experiencias gratificantes, y

desarrollan emociones secundarias negativas como enojo, culpa o vergüenza. La RFT sugiere que la conducta relacional y la fusión cognitiva moldean la evitación experiencial, que se relaciona a la sensibilidad emocional y contribuye a la desregulación emocional y del estado de ánimo por falta de acciones congruentes con metas.

Distintos autores han mostrado que la evitación experiencial influye en la forma en que las personas responden al estrés. P.e. Karekla y col. (2004) examinaron las diferencias con que personas sanas evaluadas como altos y bajos evitadores experienciales respondían a estrés inducido por dióxido de carbono, en otro estudio se comparó el impacto que la supresión emocional y la actitud contemplativa tienen en el estrés (Feldner, Zvolensky, Eifert, & Spira, 2003), Pistorello (1998) evaluó la evitación experiencial en un grupo de mujeres con TLP y concluyó que las que tenían puntuaciones más altas estaban en mayor riesgo de experimentar intrusiones al indicarles suprimir sus pensamientos, etc. En general la evidencia apoya la idea de que la evitación experiencial media el impacto de otras estrategias de regulación emocional (Tull & Gratz, 2008). Los evitadores experienciales responden peor a las experiencias estresantes de la vida como tener familiares con demencia (Spira et al. 2007) o vivir en zonas de guerra (Morina, 2007).

Se han realizado estudios longitudinales donde se ha mostrado que la evitación experiencial es un factor de riesgo para el desarrollo de diversas dificultades comportamentales, p.e. mantenimiento de síntomas de estrés postraumático durante 2 meses (Marx & Sloan, 2005), predictor del deterioro de la calidad de vida en usuarios de salud mental (Hayes et al. 2004), errores laborales (Bond & Bunce, 2003), incremento de visitas médicas en seguimiento de 4 años (Hildebrandt, Pistorello, & Hayes, 2007), e incremento de problemas generales de salud durante un año en control de otras variables (Bond & Bunce, 2003).

También se ha mostrado que la evitación experiencial media el estrés biológico como dolor físico (McCracken et al. 2004), factores temperamentales como la reactividad emocional (Sloan, 2004), y psicosociales como la violencia juvenil (Dempsey, 2002). Media la sensibilidad a la ansiedad en usuarios con TLP (Gratz, Tull, & Gunderson, 2008) y TDM (Tull & Gratz, 2008), y la relación entre abuso sexual y estrés psicológico (Marx & Sloan, 2002). Este rol mediacional sugiere que los desafíos situacionales no solo tienen impactos negativos derivados de su exposición directa, sino que estos están mediados por diversos estilos de evitación experiencial.

Finalmente, se ha mostrado que la evitación experiencial mina los efectos de la intervención psicológica. P.e. en usuarios con diabetes (Gregg et al. 2007), tabaquismo (Gifford et al. 2004), epilepsia (Lundgren et al. 2008), estrés (Bond & Bunce, 2000) y en tratamientos de control de peso (Lillis, Hayes, Bunting, & Masuda, 2009).

La teoría del TEE es una aportación importante de ACT para el MIRE-G, permite explicar de manera parsimoniosa el surgimiento y mantenimiento del uso de las estrategias de regulación emocional inefectivas descritas anteriormente en este capítulo.

### ***1.6.2.2 Sufrimiento.***

Para Wilson y Luciano (2002), el sufrimiento es *volver sobre las penalidades de la vida como uno las vive y/o poner en el presente un sufrimiento futuro*. Es una experiencia reservada al ser humano verbal y tiene un origen social, p.e. en el pasado la gente no se lamentaba por su malestar pues lo contemplaba como algo natural y creía que la felicidad estaba reservada para los dioses. La RFT explica que en el marco social dominante el concepto malestar se opone al de bienestar y por lo tanto es equivalente al de malestar, enfermedad, etc.

ACT adopta una perspectiva cultural de la psicopatología y supone que *los ideales sobre salud del discurso social dominante* en las culturas occidentales establecen los criterios bajo los cuales una “experiencia humana normal” como el malestar psicológico se considera enferma. Los mismos establecen que estados inalcanzables como la “ausencia de sufrimiento” son lo deseable y lo saludable. En consecuencia las personas tienden a interpretar el malestar emocional como algo peligroso (sensibilidad emocional) y a desarrollar una visión negativa de sí mismos si lo padecen. Estos pensamientos evocan funciones psicológicas negativas que generan mayor sufrimiento y refuerzan estas suposiciones circularmente.

En el MIRE-G se piensa que comprender el concepto de “cultura del bienestar” puede ayudar a promover la aceptación del malestar psicológico. Este concepto se considera complementario al de ambiente invalidante de la TDC, y se utiliza para justificar la conducta invalidante de los otros significativos (si es el caso) o para explicar el desarrollo de la propia sensibilidad emocional (auto-invalidación).

### ***1.6.2.3 Flexibilidad psicológica.***

El objetivo de ACT es el desarrollo de flexibilidad psicológica (Hayes & Strosahl, 2004), *esta se define como la habilidad de ponerse en contacto con el momento presente junto con los pensamientos y sentimientos que contiene, sin necesidad de defensa y, dependiendo de lo que la situación permita, la persistencia o cambio en la conducta para buscar lograr valores y metas personales* (Hayes, 2004; Luoma, & cols. 2007; Hayes & Strosahl, 2004). Los usuarios aprenden a expandir su repertorio conductual en la presencia de eventos externos e internos desagradables, un elemento esencial en la regulación emocional efectiva.

Para lograrlo se sirve de seis procesos básicos: exponer a los usuarios a las propiedades del momento presente y disminuir los impactos de la fusión cognitiva (estrategias de mindfulness), promover la aceptación experiencial y ayudar a desapegarse de las narraciones que tienen de sí mismos (estrategias de aceptación), asistirlos en la identificación de sus valores personales y facilitar el mantenimiento de compromiso con las direcciones valiosas de sus vidas (identificación de valores y activación conductual). ACT ayuda en el desarrollo de aceptación al malestar y habilidades de regulación emocional al servicio de agendas conductuales gratificantes (Valdivia-Salas, Sheppard, & Forsyth, 2010).

#### ***1.6.2.4 Tratamiento.***

La primera etapa del tratamiento se dirige a *establecer acciones comprometidas como alternativa al control.*

*Establecer aceptación y voluntad.* Los terapeutas inician evaluando lo que el usuario ha intentado para aliviar su sufrimiento y los costos que los intentos de control y evitación tienen respecto a lo que valora en su vida (Wilson & Byrd, 2004; Wilson & Luciano, 2002). Este proceso se llama *desesperanza creativa* porque enfatiza el sentido de creatividad y empoderamiento que genera el descubrir que no es la persona lo inefectivo, sino el sistema de control. Crea un espacio para la aceptación, la aceptación se presenta como una oportunidad para tomar responsabilidad por las decisiones que se toman en la vida y el malestar que las acompaña (Valdivia-Salas, Sheppard, & Forsyth, 2010).

*Valores.* La evaluación y clarificación de valores son los componentes clave de ACT, el sufrimiento y desesperanza creativa no serían posibles si no estuvieran relacionados con los valores. Estos redirigen al usuario de sus metas inalcanzables



(controlar los sentimientos y pensamientos desagradables) hacia las acciones que definen lo que desea para su vida (Eifert & Forsyth, 2005). Se conceptualizan como *patrones conductuales individuales y dinámicos que abarcan distintas áreas de la vida y proveen un sentido de dirección* (Wilson & Byrd, 2004). Los valores proveen el criterio para evaluar si la terapia está progresando, independientemente de los eventos privados que se experimentan en el camino.

*Acción comprometida.* La meta principal del proceso es ayudar a desarrollar patrones de acción comprometida con los valores. Los logros de la acción comprometida son el establecimiento de compromisos a corto, mediano y largo plazo. La acción comprometida detonará experiencias desagradables naturalmente, estas son oportunidades para practicar las estrategias de aceptación

La segunda etapa del tratamiento busca *usar el mindfulness y la desliteralización cognitiva para superar obstáculos emocionales hacia la acción valorada*. Se enseña a los usuarios a reconocer sus barreras psicológicas, y entender que los eventos psicológicos (sensaciones, pensamientos, impulsos) son productos automáticos derivados de su historia personal, que ocurren en su conciencia y que esta es un lugar seguro donde pueden ser contemplados sin ser dañado. Aceptar el dolor, ansiedad, urgencias u obsesiones es notarlos y experimentarlos como parte de moverse voluntariamente hacia direcciones de vida elegidas responsablemente (Valdivia-Salas, Sheppard, & Forsyth, 2010).

La *desliteralización cognitiva* se usa para disminuir la fusión cognitiva. Es enseñar a experimentar los eventos psicológicos como lo que son (las sensaciones son sensaciones, las memorias son memorias, etc.), no de la forma en que se ven (Strosahl, Hayes, Wilson, & Gifford, 2004). Se usa gran variedad de estrategias para enseñar la desliteralización (McKay & Sutker, 2007), todas tienen múltiples propósitos. Enseñar sobre la naturaleza

automática y programable del lenguaje, enseñar que las experiencias psicológicas son independientes de la conducta, enseñar que sus efectos varían dependiendo de cómo se usan (Valdivia-Salas, Luciano, & Molina, 2006), y a cambiar convenciones lingüísticas que favorecen la fusión.

*Contactar con el momento presente.* Se ayuda al cliente a experimentar la vida como algo que está ocurriendo en el presente y no como algo que se vivirá cuando su malestar psicológico termine (Strosahl et al. 2004). A partir de ejercicios de aceptación y mindfulness, se observan los pensamientos y emociones en el momento presente desde una perspectiva de *self observador*, mientras se sigue participando en la actividad que sea importante en ese momento.

Finalmente, los ejercicios de *Self-como-contexto* se utilizan para crear un espacio entre el observador y lo que es observado (Valdivia-Salas, Sheppard, & Forsyth, 2010).

#### ***1.6.2.5 Efectividad de ACT.***

El modelo de psicopatología de ACT supone que los mismos factores (fusión cognitiva y evitación experiencial) son comunes en cualquier forma de sufrimiento humano y que trascienden las barreras diagnósticas. Se supone que la aproximación transdiagnóstica de ACT debería resultar efectiva para el tratamiento de diversos trastornos psicológicos, un metanálisis sobre su efectividad puede encontrarse en Hayes & cols. 2006. A la fecha tiene efectividad y eficacia comprobada en TAG (Dalrymple & Herbert, 2007), TOC (Twohig, Hayes, & Masuda, 2006), ansiedad y depresión en comorbilidad (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007), estrés laboral (Bond & Bunce, 2000), TDM (Dougher & Hackbert, 1994; Zettle & Rains, 1989), TAS (Gifford et al. 2004; Hayes, Wilson, et al. 2004; Hernández-López et al. 2008; Twohig, Shoenberger, & Hayes, 2007), dolor crónico

(Dahl, Wilson, & Nilsson, 2004; McCracken et al. 2005), diabetes (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007), disfunción sexual (Montesinos, 2003), epilepsia (Lundgren et al. 2008; Lundgren, Dahl, Melin, & Kies, 2006), cáncer de pecho (Páez-Blarrina et al. 2007), trastornos de conducta alimentaria (Baer, Fischer, & Huss, 2005; Heffner, Sperry, & Eifert, 2002), y psicosis (Bach & Hayes, 2002; Gaudiano & Herbert, 2006), entre otros.

Al 2010 (Valdivia-Salas, Sheppard, & Forssyth, 2010) existían un poco más de 20 estudios aleatorizados controlados que evalúan la efectividad de ACT.

En el MIRE-G se incorporarán técnicas de identificación de valores y compromiso con acciones valiosas de ACT para facilitar la activación conductual. Se establecen actividades semanales que permiten la exposición a eventos anteriormente evitados, y se les usa como una oportunidad para practicar las estrategias de mindfulness, tolerancia al malestar y regulación fisiológica de la TDC. Los blancos principales de esta estrategia son la actividad de los sistemas afectivo-emocionales, la conducta congruente con metas y la evitación situacional.

### **1.6.3 Terapia Metacognitiva.**

La terapia metacognitiva (TMC) se basa en un modelo de procesamiento de la información sobre los factores involucrados en la etiología y mantenimiento del trastorno psicológico. El modelo de funciones ejecutivas auto-reguladores (FEA-R) (Wells & Mathews; 1994; Wells, 2000; Wells 2009) evalúa el trastorno psicológico en términos de estrategias cognitivas auto-reguladoras conscientes y propositivas.

El *FEA-R* se basa en tres niveles cognitivos básicos:

- a) Un primer nivel de procesos irreflexivos y automáticos que se ejecuta sin esfuerzo. Discrimina y selecciona información sobre el entorno, y la envía al tercer nivel para ser valorada. Puede generar intrusiones en la conciencia que causan distracción.
- b) El segundo nivel de procesamiento es reflexivo, consiente, no valorativo y de capacidad limitada. Regula la actividad cognitiva y la acción voluntaria. Sus estrategias de regulación están almacenadas en el tercer nivel y requieren acceso para ejecutarse. Este nivel puede adoptar dos modalidades, una modalidad de objetos donde las experiencias psicológicas se experimentan como “realidad” y las estrategias de auto-regulación se ejecutan impulsivamente (es equivalente a la fusión cognitiva descrita en ACT), y una modalidad metacognitiva donde se puede ejercer un control flexible sobre las estrategias (equivalente a la desliteralización cognitiva).
- c) El tercer nivel es irreflexivo, automático y valorativo. Se compone de *creencias metacognitivas* almacenadas en la memoria a largo plazo. Contiene creencias sobre la naturaleza de los propios estados psicológicos que se activan por las señales recibidas del primer nivel, y creencias sobre las estrategias de afrontamiento pertinentes que son enviadas al segundo nivel para su ejecución.

Normalmente se cree que pensamientos auto-referenciales como “soy inservible” (de naturaleza cognitiva) subyacen al trastorno psicológico, sin embargo no está claro cómo es que estos pensamientos lo desarrollan (Fisher & Wells, 2009; Wells, 2009). De acuerdo con la teoría metacognitiva, este tipo de valoraciones son normales y transitorias, la causa del trastorno es el uso de estrategias de auto-regulación cognitivas y conductuales contraproducentes que llevan a la intensificación y mantenimiento de estos pensamientos y el malestar psicológico asociado, su ejecución depende del segundo nivel de FEA-R (Fisher

& Wells, 2009). El trastorno psicológico se desarrolla por sesgos en la selección y ejecución de estas estrategias, estas están almacenadas en el tercer nivel de FEA-R y solo pueden corregirse si el segundo nivel ejecuta planes alternativos que sustituyan los previos. Para tener esa flexibilidad se necesita que el segundo nivel se ejecute en una modalidad metacognitiva.

Las “creencias” sobre el sí mismo, las demás personas y el mundo, representan instancias de adopción de un estilo cognitivo que los genera y valida.

#### ***1.6.3.1 Síndrome cognitivo atencional.***

Según el modelo de FEA-R y la TMC, la adopción de un estilo de afrontamiento dirigido a la experiencia psicológica negativa es fundamental para el desarrollo de la psicopatología. Este estilo se llama *síndrome cognitivo atencional* (SCA) y consiste de patrones de pensamiento perseverantes en la forma de rumiación y preocupación, la focalización de las fuentes externas e internas de amenaza, la supresión cognitiva y la ejecución de acciones de evitación contraproducentes.

En la TMC los pensamientos automáticos negativos son el precipitante del SCA, y este es el proceso que desarrolla el trastorno psicológico.

Las teorías del S-REF y el CAS complementan la información previamente revisada sobre la relación entre las estrategias de regulación metacognitivas y el mantenimiento de la experiencia emocional negativa, también permiten comprender la relación que tienen con el mantenimiento de la visión negativa del sí mismo, los otros y el mundo, característica de las personas con psicopatología (Beck, 2011).

### ***1.6.3.2 Creencias metacognitivas.***

La TMC identifica un rango pequeño y específico de creencias que explican casi cualquier patología (Fisher & Wells, 2009), se les llama creencias metacognitivas y pueden ser explícitas o implícitas (muchas veces las creencias implícitas son contradictorias con las explícitas y ambas influyen en el comportamiento). Existen dos tipos, las creencias metacognitivas positivas (CMC-) y las creencias metacognitivas negativas (CM+). Las CM+ tratan de la utilidad y ventajas de la preocupación, rumiación, monitoreo de amenazas, y supresión cognitiva. P.e. *“Preocuparme me permite estar preparado para el futuro”*. Las CM- se refieren a la incontrolabilidad del pensamiento o su peligrosidad, p.e. *“Pensar en X hará que me vuelva loco”*. Estas creencias mantienen al SCA porque justifican el uso de sus estrategias.

La prominencia de los diversos dominios de creencias metacognitivas difiere entre trastornos específicos. P.e. en el TAG son relevantes las creencias de incontrolabilidad y peligrosidad de la preocupación, mientras se sostienen creencias relacionadas a sus ventajas para la anticipación de amenazas y planeación de soluciones (Wells, 1995).

Los principios de identificación y modificación de creencias metacognitivas son importantes en el MIRE-G. En este, se conceptualizarán la sensibilidad emocional (llamadas *esquemas emocionales* en el MIRE-G) y las estrategias de regulación inefectivas como creencias (*supuestos de control* en el MIRE-G) para hacerlas explícitas y poder cuestionarlas empíricamente comparando su validez y utilidad con las estrategias de regulación incorporadas de ACT y la TDC.

### ***1.6.3.3 Tratamiento.***

El tratamiento usa una diversidad de técnicas para tratar el SCA y cambiar el funcionamiento de las FEA-R. Se usan estrategias de revaloración cognitiva y experimentos conductuales para desafiar las creencias metacognitivas positivas y negativas. Se realizan ejercicios para alterar la forma en que la persona experimenta sus pensamientos, se usan técnicas adaptadas del mindfulness para lograr experimentarlos como objetos mentales que ocurren frente a un self observador. Y se usa una gran variedad de estrategias para fortalecer el control atencional sobre condiciones estresantes, esto atenúa el impacto de la actividad del primer nivel de FEA-R.

*Detached mindfulness.* Wells y Matthews (1994) introdujeron el término para referirse a un estado de procesamiento metacognitivo que se contrapone al del SCA. Tiene varios elementos, ser consciente de la ocurrencia de un pensamiento, suspender cualquier actividad en respuesta a ese pensamiento, y separar el sentido del self de ese pensamiento. Se usan diversas estrategias para incrementar la flexibilidad de la respuesta hacia los pensamientos, creencias y sentimientos.

*Control y flexibilidad atencional.* Las estrategias de entrenamiento atencional (Wells, 1990) y reenfoque atencional (Wells & Papageorgiou, 1998) permiten fortalecer el control ejecutivo de la atención en situaciones estresantes y reorientarla hacia información correctiva.

*Modificación de creencias metacognitivas.* Se usan estrategias típicas de terapia cognitivo conductual como el cuestionamiento del mecanismo, examinar evidencias, revisar evidencias contrarias, búsqueda de soluciones alternativas, psico-educación, análisis de costos-beneficios, etc. Se complementan con experimentos que permiten consolidar el

cambio de creencias, p.e. experimentos para perder el control mental (Wells, 1997), o modulación de la rumiación/preocupación (Wells, 1997, 2000).

*Exposición metacognitiva.* En la TMC se usa la exposición como un experimento conductual diseñado para activar los planes metacognitivos previos y sustituirlos por otros más flexibles (Fisher & Wells, 2009).

*Cambio de planes metacognitivos.* La TMC conceptualiza el SCA como un plan compuesto de diversas estrategias de auto-regulación inefectivas. Cada aspecto del tratamiento está diseñado para desarrollar y seleccionar planes más apropiados que permitan aliviar la psicopatología (Fisher & Wells, 2009).

En el MIRE-G se utilizarán experimentos metacognitivos y conductuales para cuestionar las creencias metacognitivas (llamadas supuestos de control). Estas estrategias se utilizan como un apoyo que, se cree, permite afianzar el impacto que las estrategias anteriormente descritas tienen sobre sus blancos clínicos correspondientes.

#### ***1.6.3.4 Emociones secundarias.***

En el modelo de FEA-R, la información derivada del estado emocional se usa para indicar si una estrategia de afrontamiento debe iniciarse, frenar o continuar. P.e. en el TAG se toma el cese de la ansiedad como una señal para dejar de preocuparse.

#### ***1.6.3.5 Evidencias de la teoría metacognitiva.***

Existen diversos estudios y metanálisis que sustentan la afirmación de que la metacognición contribuye a la vulnerabilidad emocional y al mantenimiento de los síntomas más significativamente que otros constructos cognitivos clásicos (p.e. distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales) (Wells, 2009). P.e. estudios de Nassif (1999) con



población libanesa, Wells y Carter (1999) con población inglesa, y réplicas de Nuevo, Montorio, y Borkovec (2004) con población española, demostraron que la preocupación sobre la propia preocupación (meta-preocupación) se asocia a la preocupación patológica y a otros problemas relacionados con ella, estos efectos son independientes del contenido (catastrofismo) de las preocupaciones y ansiedad como rasgo. Wells y Carter (2001) y Ruscio y Borkovec (2004) mostraron que los usuarios con TAG tienen creencias metacognitivas negativas sobre la preocupación, más significativas que las de otros grupos de usuarios, y que este es un factor discriminativo en su diagnóstico. Yilmaz, Grencoz, y Wells (2007b) hicieron un estudio donde mostraron que los cambios en escalas metacognitivas explican la varianza de la depresión mientras que los cambios en escalas actitudinales no lo hacen. Diversos investigadores en TOC demuestran que las contribuciones de las creencias metacognitivas al mantenimiento de los síntomas son más relevantes que las de otras creencias (Gwilliam y cols. 2004; Myers & Wells, 2005), etc.

#### ***1.6.3.6 Efectividad de la TMC.***

Hasta el momento se han realizado diversos estudios donde se evalúa la efectividad de diversos elementos de la TMC y como tratamiento completo. Estos estudios se han llevado a cabo con adaptaciones específicas para trabajar con un trastorno específico.

Hasta el momento existen estudios en TAG (Wells & King, 2006), comparando con un grupo que recibió terapia en relajación y se ha comparado su efectividad a corto y largo plazo con otros modelos como terapia cognitivo conductual (Fisher, 2006). Fobia social con un grupo único (Clark & Wells, 1995; Wells & Papageorgiou, 2001) y en comparación con otros grupos que recibieron placebo y exposición e inhibidores selectivos de la recaptura de

serotonina, con seguimientos de un año Clark y cols. (2003). TEPT con un grupo único (Wells & Sembi, 2004) y en estudios aleatorizados controlados (Colbear & Wells, 2008). En TOC (Fisher & Wells, 2008; Simons, Schneider, & Herpertz-Dahlmann, 2006; Rees & van Koesfeld, 2008). TDM en comorbilidad con síntomas de ansiedad (Wells, Fisher, et al. 2008), etc.

Estos estudios se suman a otros estudios de caso que sugieren que el tratamiento es efectivo, sin embargo es importante considerar que en la mayoría de ellos se han incorporado elementos de otros modelos terapéuticos.

La TMC es un modelo de intervención comprensivo y sólido teóricamente, provee de estrategias y principios muy importantes para la construcción del MIRE-G. En primer lugar, se adopta la formulación de las estrategias de control a manera de creencias, se cree que esto permite identificarlas con claridad y cuestionar su utilidad efectivamente. En segundo lugar se asume que los pensamientos auto-referenciales negativos distintivos de los trastornos afectivos son producto de las estrategias de regulación emocional metacognitivas y no su causa. Tercero, el concepto de creencias metacognitivas negativas inspira el de esquemas emocionales negativos del MIRE-G, que permite formular la sensibilidad emocional como supuestos de fácil identificación y cuestionamiento. Por último se adopta el enfoque de experimento conductual para practicar las estrategias de regulación emocional alternativas, de esta forma no solo se practican estrategias más efectivas sino que también se cuestiona explícitamente la utilidad de las inefectivas.

#### **1.6.4 Protocolo Unificado para la Regulación Emocional.**

El protocolo unificado para la regulación emocional (PURE) es un modelo de intervención orientado a la regulación emocional que tiene la intención explícita de

intervenir sobre procesos de valor transdiagnóstico. A diferencia de los modelos anteriormente descritos es un protocolo de intervención y no un modelo clínico propiamente dicho, carece de una teoría y filosofía propia y tiene como marco de referencia la investigación básica sobre las emociones y su psicopatología. El *PURE* proporciona una serie de directrices clínicas relevantes para la construcción del MIRE-G.

El *PURE*, se desarrolló para aplicarse a cualquier trastorno de ansiedad, depresión unipolar, y otros trastornos con fuertes componentes emocionales como los somatomorfos y disociativos (Barlow et al. 2008; Fairholme y cols. 2010). Se basa en la premisa de que la forma en que los individuos con trastornos emocionales experimentan y responden a sus emociones, representa factores subyacentes comunes (Fairholme y cols. 2010). El tratamiento se diseñó para ayudar a los usuarios a aprender a afrontar su experiencia emocional y desarrollar estrategias de respuesta adaptativas. Al reajustar los hábitos de regulación emocional de los usuarios, el tratamiento espera reducir la intensidad e incidencia del trastorno emocional, disminuir el impedimento funcional, y mejorar la adaptación.

#### ***1.6.4.1 Tratamiento.***

El tratamiento se basa en el modelo procesal de regulación emocional y se divide en módulos que se administran dependiendo de la evaluación inicial de los problemas del usuario. Cada módulo tiene un número de sesiones estimado para lograr sus objetivos, pero mantiene flexibilidad para satisfacer las metas específicas del usuario.

***Exposición emocional.*** Este módulo se incorpora por la evidencia existente sobre la efectividad de las estrategias de exposición en trastornos de ansiedad y estado de ánimo (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000; Borkovec & Ruscio, 2001; Dimidjian et al.

2006; Foa et al. 1999, 2005; Heimberg et al. 1998). En este módulo se hace una jerarquía de situaciones a las cuales se expondrá al usuario, se inicia con situaciones clínicamente irrelevantes progresando a situaciones que provocan mayor malestar emocional (Allen et al. 2008). Se previene el uso de estrategias de evitación y se facilita el procesamiento de las emociones primarias.

La exposición emocional del PURE es importante para el MIRE-G. Aunque el modelo busca la exposición situacional a partir de la activación conductual se asumirá que promover la habituación emocional como objetivo principal resulta más práctico y clínicamente significativo. Las estrategias de mindfulness se consideran tanto técnicas de exposición interoceptiva como de manipulación atencional en el MIRE-G y el énfasis en estas funciones dependerá de la etapa del tratamiento. El blanco principal de esta estrategia es la sensibilidad emocional, y en menor medida la evitación situacional.

***Prevención de la evitación emocional.*** La prevención de la evitación emocional es esencial para la exposición emocional. Este módulo inicia identificando las estrategias de evitación, control y seguridad. Se da una explicación sobre el papel que juegan en el mantenimiento de los ciclos emocionales y la relevancia del reforzamiento negativo en su mantenimiento (Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987; Wegner & Zanakos, 1994). Posteriormente se anima a los usuarios a recordar memorias emocionalmente relevantes, se realizan ejercicios para intentar suprimir las emociones, y se discute su ineffectividad. Y finalmente se eliminan las estrategias de distracción, control y seguridad sistemáticamente.

***Conciencia emocional.*** Este módulo se concentra en estrategias de distracción, supresión cognitiva, preocupación y rumiación. Acorde a las evidencias, se utilizan estrategias de aceptación y mindfulness para prevenir su uso (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006; Levitt et al. 2004). Este módulo comienza con una orientación

didáctica sobre el concepto de conciencia emocional orientada al presente y sigue de una discusión sobre su efectividad en contraposición con la evitación emocional. Finalmente se conducen ejercicios como la atención plena a la propia respiración (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007).

***Revaloración de los antecedentes.*** Este módulo está diseñado para promover la revaloración de los eventos. Comienza con una discusión sobre la relación entre cognición y emoción y la realización de ejercicios que ilustran estos principios. Se discuten distintos patrones de valoración cognitivos comunes entre distintos trastornos emocionales y se proveen los principios de la revaloración cognitiva (Fairholme y cols. 2010).

El MIRE-G evita las estrategias de revaloración cognitiva orientadas a la disminución de la experiencia emocional. En el MIRE-G se asume que estas estrategias pueden promover la evitación experiencial y por lo tanto la desregulación emocional.

***Práctica de respuestas incompatibles.*** Se inicia discutiendo la naturaleza de las estrategias inefectivas de la expresión o inhibición emocional inefectiva. El módulo se basa en el análisis funcional de las respuestas emocionales realizado al inicio del tratamiento. Se identifican las respuestas emocionales inefectivas, se analizan sus efectos en el mantenimiento del trastorno, y se discuten comportamientos incompatibles que permitan tanto la habituación como la regulación emocional. Básicamente se usan adaptan estrategias de TDC (Fairholme y cols. 2010; Linehan, 1993) y se enfatiza la acción consistente con la emoción y la situación que la provoca.

#### ***1.6.4.2 Efectividad del PURE.***

Es necesario establecer la eficacia del modelo en estudios controlados. En este momento se está evaluando en un estudio aleatorizado y controlado en EUA.

El tratamiento seguirá tendiendo un formato modular (Fairholme y cols. 2010). Como en otros tratamientos de este tipo, los módulos que tomará el usuario, y el orden en que los tomará, dependerá de una conceptualización ideográfica y modelos algorítmicos de toma de decisiones (Henggeler, Schoenwald, Rowland, & Cunningham, 2002; Southam-Gerow, 2005; Weisz, Donenberg, Han, & Weiss, 1995), y el tratamiento seguirá una estructura estándar dependiendo del diagnóstico primario y permitirá añadir módulos adicionales para trabajar problemas en comorbilidad (Chorpita, 2007; Chorpita, Daleiden, & Weisz, 2005).

El PURE influye en la construcción del MIRE-G en tres puntos principales: (a) El MIRE-G no incluirá estrategias específicas para el tratamiento de un trastorno en particular, todas sus estrategias se orientan a la regulación emocional “genérica”; (b) Adopta un enfoque de exposición emocional más que de exposición situacional; E (c) incluye un elemento educativo al inicio de cada módulo y antes de incorporar cualquier estrategia de tratamiento. Se asume que el elemento psicoeducativo permite dar una justificación para el uso de las estrategias y así incrementa la motivación de su uso, y orientar la correcta aplicación de las mismas

#### **1.6.5 Modelo integrativo para la regulación emocional.**

El modelo integrativo para la regulación emocional (MIRE) es el modelo en el cual se basa el MIRE-G y proporciona su teoría y filosofía. El *MIRE* difiere del MIRE-G en que no es un modelo estandarizado, se administra en un formato individual, y está diseñado para aplicarse en consultorios privados a partir de una conceptualización de caso único. Es un *modelo clínico basado en principios* (Swales & Heard, 2009), ayuda a los clínicos a

tomar decisiones en situaciones ambiguas mientras se apegan a una estructura de tratamiento y mantienen sensibilidad a las necesidades del usuario.

Reyes desarrolló el MIRE como una guía flexible para la formulación de caso y aplicación de tratamientos para usuarios con desregulación emocional (Reyes, 2012; Reyes & Heman, 2012). Se ha presentado en conferencias y entrenamientos para profesionales (Reyes, 2010, 2011a, 2011b; Reyes, Ramírez & Ascencio, 2011), y pretende desarrollar habilidades clínicas transdiagnósticas en psicoterapeutas que trabajan en instituciones públicas y de forma privada.

El modelo distingue la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para regularla. Su premisa principal es que las acciones de regulación inefectivas o *improductivas* (como se les prefiere llamar) contribuyen a incrementar la frecuencia, intensidad y duración de las emociones con resultados autoderrotistas. Su objetivo general es la resolución de dificultades de regulación emocional de valor transdiagnóstico comprobado, para mejorar la calidad de vida de usuarios con trastornos afectivos y emocionales crónicos. Sus objetivos específicos son: El desarrollo de habilidades de tolerancia al malestar psicológico, el desarrollo de una actitud de aceptación ante el malestar psicológico, el fortalecimiento de habilidades de solución de problemas psicosociales, y el fortalecimiento de habilidades relacionadas con la construcción de relaciones sociales constructivas y duraderas.

El MIRE integra elementos teóricos y clínicos de la teoría cognitiva del esquema y el procesamiento informacional (Persons, 2008), con modelos emocionales meta-cognitivos (Wells & Mathews, 1996), elementos de terapia conductual basada en la aceptación (Roemer & Orsillo, 2009), y otros modelos integrativos para la regulación emocional (Barlow et al. 2008; Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2005). El modelo hace una

diferencia entre la regulación emocional y la afectiva (o del estado de ánimo), considera que la naturaleza de la segunda resulta de la congruencia entre el comportamiento y satisfacción de las metas personales (Johnson, Carver & Fulford, 2010; Carver & Scheier, 1998). En consecuencia se incorporan estrategias de la terapia de activación conductual (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010) y de psicología positiva (Carr, 2007) para incrementar el bienestar psicológico.

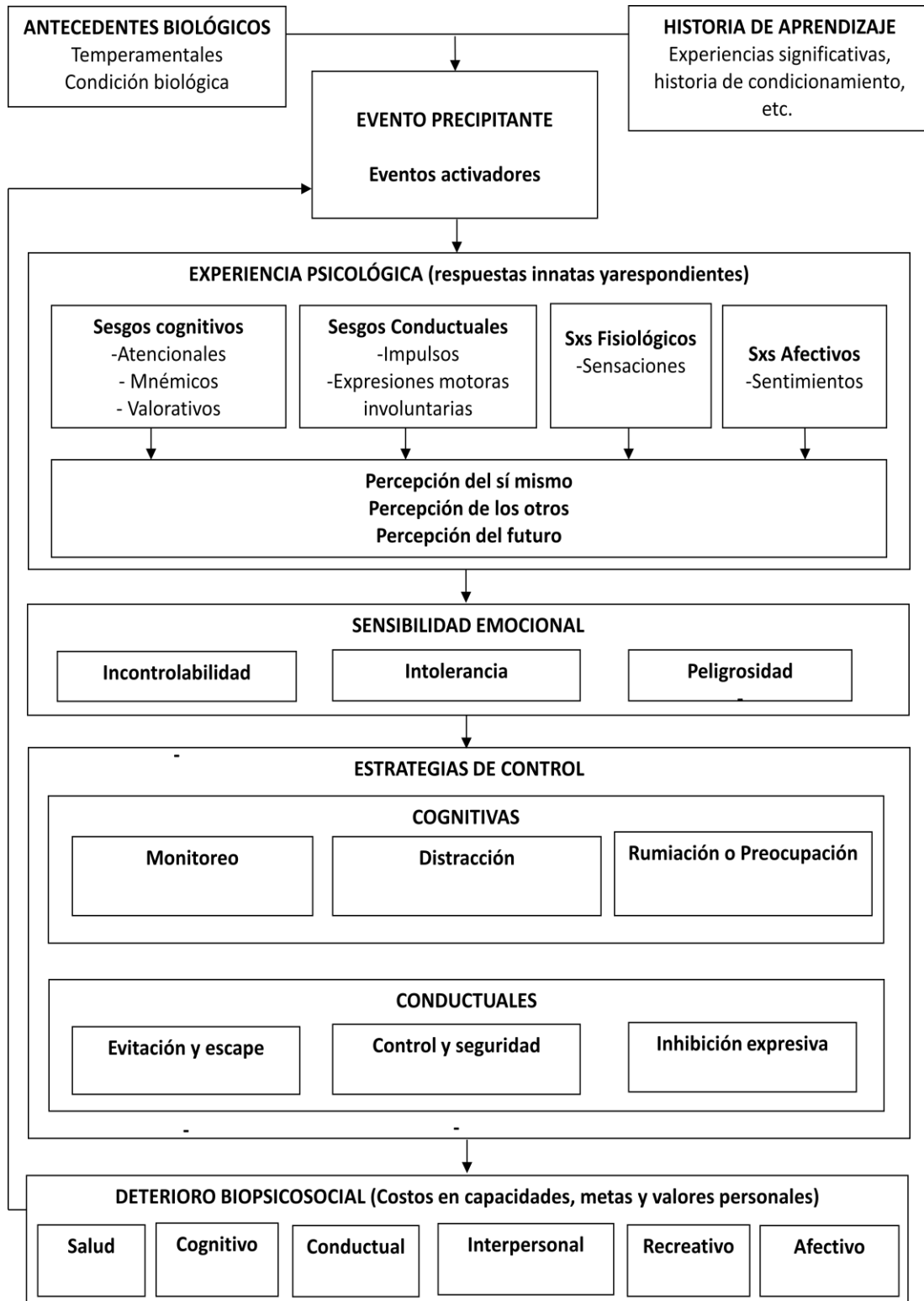
Sus estrategias interpersonales se adoptan de la terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993) y la terapia analítica funcional (Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010). En su aspecto filosófico, el MIRE está inspirado en el conductismo psicológico (Staats, 1996), la teoría del caos en psicología (Abraham & Gilgen, 1995) y el contextualismo funcional (Hayes, Hayes, Resse & Sarbin, 1993; Rosnow & Georgoudi, 1986). Un modelo gráfico del MIRE se presenta en la figura 1.8.

#### ***1.6.5.1 Aspectos filosóficos del MIRE.***

El MIRE es un modelo científicamente informado, solo se consideraron modelos y estrategias de intervención con sustento empírico para su construcción. De acuerdo con Milne (2009) esto supone una forma de llevar una práctica clínica basada en evidencias. Es un modelo conductual radical y se basa en principios básicos de aprendizaje: (a) Supone que la conducta está “determinada” por el control que los estímulos y consecuencias ejercen sobre ella; (b) Es funcional, considera que el mantenimiento de la problemática clínica es dependiente de las pautas de conducta del individuo y no de estructuras hipotéticas subyacentes; (c) Es “pragmático”, contempla la modificación de sus principios y estrategias siempre y cuando incrementen su poder de predicción y manipulación de las variables; (d) Puede considerarse un modelo metacognitivo o *metaemocional* pues se ocupa en gran medida del “comportamiento cognitivo”(metacognición) y de los “sentimientos so-



**FIGURA 1.8** Modelo integrativo de regulación emocional (Reyes, 2012a)



-bre las propias emociones”.

### ***Aspectos teóricos del MIRE.***

***Factores biológicos.*** El MIRE asume una perspectiva evolutiva de las emociones, considera que tienen una función meta-comunicativa (Levenson, 1999) y preparan a los organismos para responder a los eventos que tienen relevancia significativa para su sobrevivencia y reproducción (James, 1984). También integra elementos de la teoría de temperamento y carácter de Cloninger (Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993) y de los cinco factores de personalidad (Costa & Widiger, 2002) para explicar las predisposiciones individuales a experimentar preferentemente unas emociones sobre otras.

De estos supuestos se desprende el *primer principio* clínico del modelo: que aprender a reconocer, comprender y satisfacer la función de las emociones de una forma congruente con las demandas del ambiente contribuirá a su regulación efectiva. Se utilizan técnicas psicoeducativas, de automonitoreo (Mennin y Fresco, 2010; Sloan, Marx y Epstein, 2005), y de mindfulness (Roemer y Orsillo, 2008) para lograr este fin.

***Historia de aprendizaje.*** Adoptando elementos del análisis conductual aplicado, el MIRE supone que las experiencias personales dan resultado a condicionamientos que determinan las situaciones y formas específicas y personales en que se expresan, interpretan, y regulan las emociones. El *segundo principio* clínico del MIRE es que las experiencias emocionales personales y las estrategias de regulación emocional son aprendidas.

La entrevista clínica se utiliza para obtener datos que permitan desarrollar una teoría sobre los antecedentes psicosociales de la problema emocional actual (Persons, 2008).

Acorde a lo expuesto por Roemer y Orsillo (2009) se cree que formular una teoría explicativa junto con el usuario es necesario para validar sus condiciones actuales, tomar una perspectiva histórica de ellas, separarlas de su identidad y condiciones presentes de vida, y fomenta el desarrollo de la empatía terapéutica.

***Evento precipitante.*** En congruencia con distintas teorías de tipo diátesis estrés (Persons, 2008), en el MIRE se supone que los factores biológicos y experiencias de aprendizaje se combinan en aprendizajes procedimentales que implican una forma personal y específica de sentirse, interpretar y reaccionar ante los eventos cotidianos. En la literatura clínica cognitiva estas pautas experienciales reciben el nombre de *esquemas* (Persons, 2008) y se cree que determinan la experiencia futura ante eventos similares a aquellos en que se formaron. Ocasionalmente estos esquemas representan experiencias psicoemocionales intensas y estrategias de regulación emocional inefectivas, cuando es así se les considera una *vulnerabilidad psicológica* (o diátesis).

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

El *tercer principio* clínico del modelo es que la presencia y función de la experiencia emocional perturbadora y las estrategias de regulación inefectivas son de naturaleza contextual. Son resultado de la relación transaccional entre el individuo y su ambiente y se definen a partir de las consecuencias de dicha transacción.

***Experiencia emocional.*** En el MIRE se distingue entre (a) las *experiencias cognitivas intrusivas* (valoraciones, imágenes, recuerdos, impulsos) y *sesgos automáticos*

*del procesamiento informacional* personales (selección e interpretación de información), de los (b) sesgos de procesamiento universales que son comunes a cualquier individuo que experimenta una emoción determinada. Se asume que las primeras están condicionadas (o esquematizadas) a la emoción misma. Este aprendizaje se establece por experiencias personales repetitivas o traumáticas, por asociaciones derivadas de la similitud de la situación actual con experiencias pasadas, o por efecto de las relaciones semánticas que se generan al reflexionar sobre la experiencia (Hayes, Fox, Guifford & Wilson, 2001). La integración entre estas experiencias individuales y aquellas naturales a la emoción conforman *supuestos personales momentáneos* sobre nosotros mismos, los demás y la situación, estos supuestos prevalecen mientras la emoción esté activada y varían con el tiempo. El MIRE considera que esta experiencia emocional puede ser desagradable o perturbadora, y de ser rechazada por el usuario motivaría la práctica de estrategias de regulación emocional orientadas a evadirla o controlarla. En consecuencia el *cuarto principio* clínico del MIRE es que las experiencias emocionales iniciales que se tienen ante un evento dado son “caóticas” (impredecibles, cambiantes e inevitables) y por lo tanto no representan un blanco de intervención clínico. El *quinto principio* está relacionado con el anterior y es que los intentos deliberados por controlar la forma, duración o frecuencia de la experiencia emocional inicial, tienen efectos paradójicos (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

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

“naturaleza caótica” traen como consecuencia la flexibilidad necesaria para actuar de forma flexible y orientada a metas en situaciones perturbadoras.

*Esquemas emocionales.* De acuerdo con diferentes teorías metacognitivas y cognitivas sobre la emoción (Leahy, 2002, 2007; Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011; Wells, 2000) las mismas condiciones generan *esquemas emocionales*, es decir esquemas que determinan la valoración que la persona hace sobre sus propias experiencias emocionales y la forma en que las afronta. Cuando las estrategias de regulación han sido improductivas usualmente resultan en esquemas sobre la incontrolabilidad, intolerancia y peligrosidad de las cogniciones y emociones (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011; Wells, 2009). También se asume que un entorno social que invalida la experiencia emocional negativa (Linehan, 1993), o sobrevalora la experiencia emocional positiva contribuye a generar estos esquemas (Hayes, Strosahl & Wilson, 2003). Estos se relacionan al concepto de sensibilidad emocional revisados con anterioridad en este capítulo.

En el MIRE, el temor e intolerancia a las emociones negativas y condiciones adversas de vida son conceptualizadas como una *necesidad de control*. Se busca lograr la aceptación del malestar psicológico con estrategias de mindfulness, desliteralización cognitiva y uso de metáforas (Linehan, 1993; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002), identificando su valor motivacional y utilidad para tomar decisiones y solucionar de problemas (Damasio, 1994; Greenber, 2002), y discutiendo la necesidad de responder de una forma congruente con las demandas contextuales y metas personales o valores (Wilson y& Murrell, 2004). El *séptimo principio* clínico del MIRE es que el rechazo al malestar emocional es aprendido y por lo tanto la aceptación de las experiencias puede ser enseñada.

***Supuestos de control.*** Las estrategias de regulación emocional inefectivas se refuerzan por su efectividad a corto plazo pero a la larga impiden exponerse a información correctiva de los esquemas, el desarrollo de habilidades de afrontamiento productivas, y con frecuencia refuerzan la experiencia emocional inicial (Clark, 2001; Wells & Mathews, 1996). Estas estrategias se conceptualizan en el MIRE como *supuestos de control* que especifican la estrategia de control, el resultado deseado de esta, y las consecuencias indeseables a largo plazo. Un ejemplo es *si evito exponerme a las situaciones que temo podré sentirme a salvo, pero a la larga se restringirá mi libertad y me sentiré deprimido*. Esta estrategia demuestra la aplicación del *octavo principio* clínico del MIRE, la conciencia de las consecuencias y reglas que ejercen influencia sobre la conducta promueven la flexibilidad psicológica.

Se distinguen dos tipos de *supuestos de control*: Los *metacognitivos* como la rumiación, preocupación, monitoreo o vigilancia y distracción (Wells, 2000), y los *conductuales* de seguridad o control, evitación y escape, e inhibición emocional (Harvey, Mansell, Watkins & Shafran, 2004). Las estrategias de control metacognitivas se sustituyen con planes alternativos de procesamiento informacional y orientación al presente (Luoma, Hayes & Walser, 2007; Wells, 2000, 2009), y se realizan experimentos metacognitivos para poner a prueba la utilidad de estas estrategias (Wells, 1999), y posteriormente se entrena en reevaluación cognitiva y solución de problemas. Las estrategias de control conductuales se desafían mediante experimentos conductuales (Bennett–Levy, Westbrook, Fennell, Cooper y cols. 2003) y se sustituyen por habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar emocional y acción opuesta (Roemer & Orsillo, 2008; Linehan, 1993; Barlow, 2004). El *octavo principio* del modelo es que la conciencia de las consecuencias y reglas que ejercen influencia sobre las conductas de control es necesaria pero a menudo

insuficiente para sustituirlas, por lo tanto el tratamiento requiere frecuentemente desarrollar estrategias de regulación emocional alternativas.

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

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

### ***1.6.5.2 Tratamiento.***

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

En primer lugar se identifica el valor evolutivo de las emociones y su funcionalidad en la situación actual del usuario, esto contribuye a “despatologizar” la experiencia emocional y validar el derecho del usuario a “sentirla” (Linehan, 1993). Se identifican las experiencias de aprendizaje que pueden haber contribuido al desarrollo de su experiencia emocional y las que pudieron contribuir al desarrollo de las estrategias de control improductivas.

***Validar la experiencia emocional.*** Terapeuta y usuario validan su experiencia emocional señalando su naturalidad dadas sus circunstancias e historia de vida (Linehan, 1993), e identificando las posibles ventajas que pudiera tener su expresión.

Se *identifican las estrategias de control* analizando los esquemas emocionales negativos del usuario, las situaciones actuales que lo hacen vulnerable a ellos, los eventos cotidianos que precipitan la crisis emocional, las estrategias que utiliza para lidiar con su malestar, la efectividad de las estrategias de control a corto y largo plazo, y se reflexiona sobre sus posibles efectos contraproducentes. Una técnica útil para este propósito es el análisis de cadenas conductuales (Linehan, 1993) y registros de situaciones de lucha (Hayes & Spencer, 2005). Las tácticas improductivas reciben el nombre de *estrategias de control* y se formulan como *supuestos*. El MIRE considera que estas estrategias son conductas gobernadas por reglas y por lo tanto relativamente insensibles a sus consecuencias naturales (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Las destrezas que permiten lograr objetivos y regular emociones se denominan *habilidades productivas*.



Se conceptualiza el trastorno como un problema de *inadaptación al caos, incertidumbre o desorden* (externo e interno) y se le presenta el concepto de *aceptación radical*, se presenta el tratamiento como un espacio donde se aprende a convivir con el caos de forma flexible para poder satisfacer sus objetivos, valores y dirección de vida sin tener que distraerse en controlar lo que no se puede controlar. Esto permite identificar que los intentos de *control y evitación emocional son el verdadero problema y que la aceptación puede representar una solución*. Se identifican conflictos para dejar ir las estrategias de control y se resuelven retomando el análisis de consecuencias y contando metáforas (Higgins, 1997; Luoma, Hayes, & Walser, 2007), p.e. decir al usuario que ha dedicado tanto tiempo en intentar eliminar el malestar de su vida que persistir en intentarlo se le ha vuelto tan natural como a un apostador seguir jugando mientras espera que llegue su momento de suerte.

***Sustituir estrategias improductivas.*** En la tercera fase se pretende sustituir las estrategias de regulación improductivas con estrategias efectivas. Usualmente se comienza con las estrategias metacognitivas. Las intervenciones de mindfulness y metacognitivas pueden utilizarse para ayudar al usuario a distanciarse de los pensamientos y sentimientos que confunden entre las interpretaciones emocionales de la realidad (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Estas estrategias representan planes de procesamiento alternativos a sus estrategias de control metacognitivas e impiden la generación de emociones secundarias (Safer, Telch & Chen, 2009; Wells, 2009). Se programan *experimentos* para comprobar la fiabilidad de los supuestos de control metacognitivos y se entrenan habilidad de afrontamiento.

Se ayuda al usuario a *fortalecer sus habilidades de regulación emocional*. Comer balanceadamente, establecer buenos hábitos de sueño, ejercitarse, evitar sustancias que

alteran el estado de ánimo y dedicarse a actividades que generan una sensación de maestría y satisfacción. Las estrategias de acción opuesta contribuyen a disminuir la labilidad emocional (Linehan, 2003) y constituyen un método para sustituir estrategias de control improductivas y facilitar la acción dirigida a meta.

***Replantarse direcciones de vida.*** En esta fase el terapeuta retoma la idea de *asumir una dirección en la vida*, se utilizan tácticas de clarificación de valores (Luoma, Hayes & Walser, 2007), se plantean nuevos objetivos que contribuyen a desarrollar el autorespeto y se programan actividades y metas para mantener el compromiso con las acciones planteadas y construir pautas de acción valorada (Dahl, Plumb, Stewart & Lundgren, 2009; Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010).

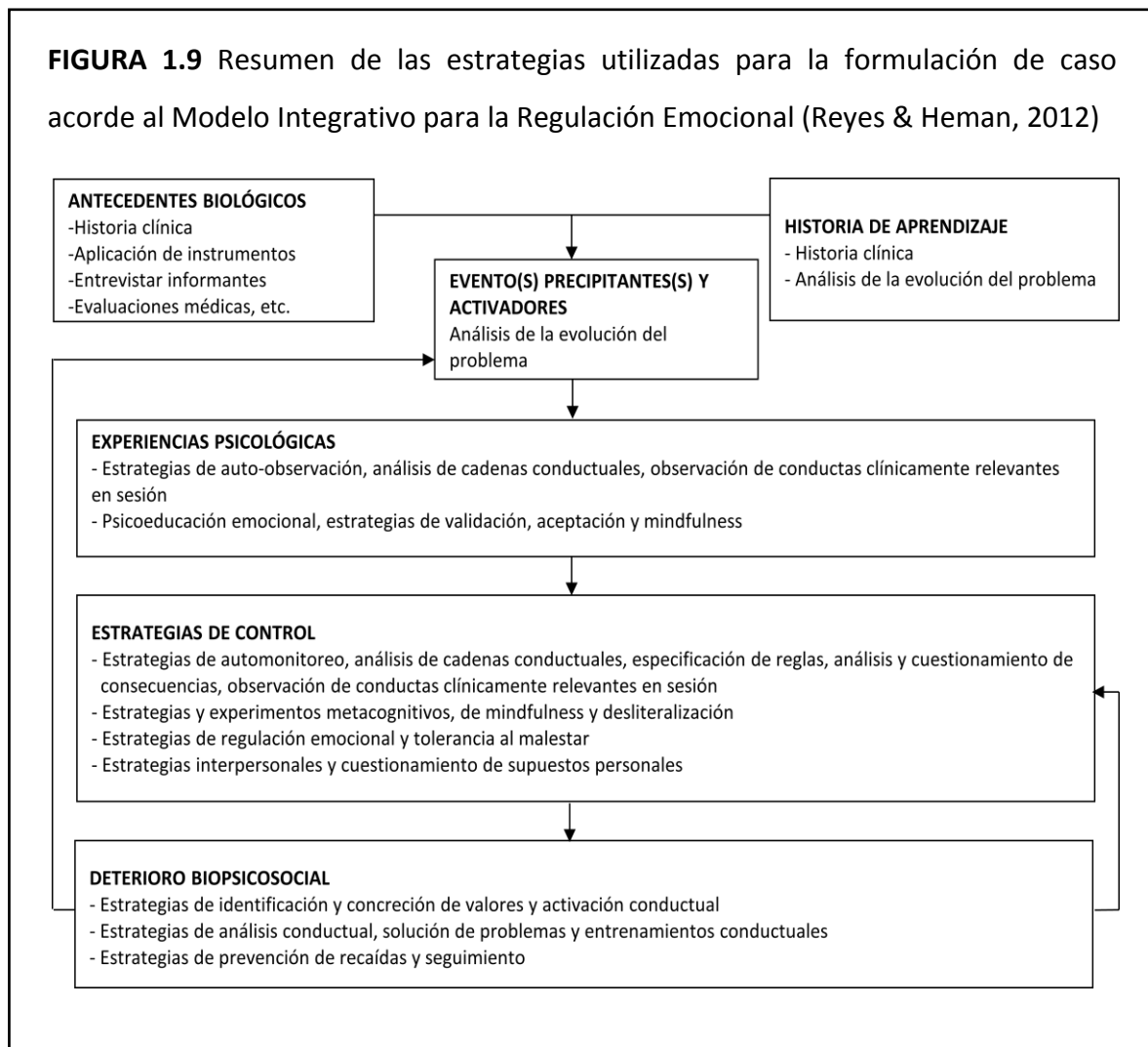
En esta fase también se fortalecen las habilidades del usuario *para cuidarse a sí mismo y mantener una dirección valorada*. El terapeuta puede entrenar habilidades de afrontamiento típicas de la terapia cognitivo conductual como las habilidades sociales o de resolución de problemas para fortalecer la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

***Reevaluar supuestos emocionales.*** En esta fase terapeuta y usuario colaboran para hacer un resumen de los supuestos que dirigían las estrategias de control inefectivas y se analiza su credibilidad a la luz de las evidencias. De encontrarse supuestos residuales se pueden hacer experimentos conductuales o metacognitivos para refutar su credibilidad (Bennett–Levy, Westbrook, Fennell, Cooper 6 cols. 2003; Leahy, Tirch & Napolitano, 2011).

***Reevaluar supuestos personales.*** Se utilizan técnicas de terapia cognitiva o estrategias centradas en el esquema para cuestionar los supuestos personales del usuario (Leahy, Beck & Beck, 2005; Padesky, 1990, 1994). El objetivo que se persigue es

demostrar al usuario que el *autoconcepto es caótico*, está influido por innumerables variables contextuales y cambia con el tiempo, por ende se le trata como una experiencia transitoria e irrelevante para la propia dirección de vida.

**Prepararse para vida fuera de la terapia.** Se hace un resumen del proceso terapéutico y se utilizan metáforas para presentar los conceptos de *prepararse para los resbalones* y *prevenir las recaídas* (Reyes, 2012a), y se desarrollan planes de mantenimiento de dirección de vida y afrontamiento efectivos. Se programan sesiones de seguimiento y eventualmente se finaliza la terapia. Un resumen de las estrategias utilizadas para conceptualizar el caso acorde al MIRE se presenta en la figura 1.9.



El MIRE interviene sobre procesos de valor transdiagnóstico comprobado. Sus evidencias son preliminares y se requiere hacer investigación controlada sobre su efectividad, la experiencia clínica sugiere que contribuye a aceptar el malestar, desarrollar mayor conocimiento y apertura a la experiencia emocional, desarrollar habilidades que contribuyen a la regulación emocional efectiva y a incrementar el grado de bienestar subjetivo y felicidad.

## Capítulo 2

### Ansiedad

El presente capítulo tiene como objetivo principal la revisión de los datos empíricos pertinentes sobre los trastornos de ansiedad para evaluar la congruencia del modelo integrativo de regulación emocional (MIRE) con ellos.

Al inicio del capítulo se revisa la teoría básica emocional sobre el miedo y la ansiedad en su dimensión adaptativa. Posteriormente, se analizan algunos datos relacionados con la ansiedad patológica y se conceptualiza como un problema de desregulación emocional, esto permite valorar la posibilidad de tratar los trastornos de ansiedad con modelos transdiagnósticos de regulación emocional como el *MIRE*. Se analizan algunos datos sobre las variables fisiológicas, neurofisiológicas y genéticas relacionadas con los trastornos de ansiedad, estos datos se analizan desde la perspectiva del *MIRE* y se complementan con lo expuesto por las principales teorías del aprendizaje aplicadas a los trastornos de ansiedad.

Después se distingue entre la preocupación adaptativa y la preocupación patológica, es decir, se analiza la preocupación como estrategia de regulación emocional y su relación con el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Se analizan algunos modelos teóricos sobre la preocupación y se comparan con su conceptualización en el *MIRE*.

Para evaluar la posibilidad de usar el *MIRE-G* para tratar el *TAG* se compara su teoría y sus estrategias de tratamiento con diversos tratamientos cognitivos y conductuales de efectividad comprobada para este trastorno. Por último, se desarrolla un modelo donde se adapta el *MIRE* a la fenomenología del *TAG*.

## **2.1 Ansiedad adaptativa**

Los teóricos que aceptan la existencia de emociones básicas consideran al miedo como una de ellas (Öhman & Wiens, 2004). Desde una perspectiva valorativa, el miedo resulta de la percepción de una amenaza y es crítico para la sobrevivencia de las especies pues, advierte y prepara al organismo para responder ante emergencias que amenazan la propia vida u otros recursos interpersonales o materiales (Beck & Greenberg, 1988; Craske, 2003).

Barlow (2002) distingue entre el miedo y la ansiedad, considera que el miedo es una respuesta ante un peligro presente, y que la ansiedad se presenta ante la anticipación de un peligro futuro (probable y relativamente incierto). La ansiedad se caracteriza por un estado cognitivo de incertidumbre, monitoreo de amenazas potenciales, percepción de vulnerabilidad e indefensión, y una valoración sobre la intensidad de la propia respuesta emocional. Normalmente se expresa en la forma de pensamientos probabilísticos del tipo ¿Qué tal si...?

Los miedos y la ansiedad son comunes y adaptativos tanto en infantes como en adultos, y normalmente se observan por la presencia de frecuentes e inofensivos síntomas de ansiedad (p.e. ataques ocasionales de pánico, preocupación o ansiedad social) (Craske, 2003). Sin embargo, se asocian a la psicopatología si se encuentran desregulados.

## **2.2 Ansiedad patológica y desregulación emocional**

La desregulación del miedo y la ansiedad se observa cuando se experimentan ante objetos relativamente inofensivos, se presentan ante cualquier situación potencialmente peligrosa, ocurren a costa de otras emociones deseables, se relacionan a la conducta desadaptada como la evitación indiscriminada, y resultan en una incapacidad para lograr metas, o en

disfunción cognoscitiva (Clark & Beck, 2010; Leahy, Tirch y Napolitano, 2011; Power & Dalglish, 2008).

Sin embargo, el miedo y ansiedad de las personas con psicopatología no difieren cualitativamente de las experimentadas por personas saludables (Rosen & Schulkin, 1998), el uso persistente de estrategias de regulación emocional disfuncionales es lo que distingue la psicopatología y relaciona la ansiedad a la disfunción biopsicosocial (Werner & Gross, 2010). A continuación se revisarán las características distintivas de los trastornos de ansiedad del DSM-IV Tr para relacionar su topografía distintiva con el uso de las mismas estrategias de regulación emocional transdiagnósticas.

Los diferentes trastornos de ansiedad del DSM-IV TR (APA, 2004) presentan los mismos tipos de estrategias de regulación emocional disfuncional (p.e. preocupación, evitación situacional, control situacional, sensibilidad emocional), pero se distinguen por las topografías distintivas que adoptan sus miedos (a qué se le teme y porqué) y las estrategias de regulación que utilizan (compulsiones, evitación situacional, evitación experiencial, preocupación, etc.). Se supone que esta diversidad topográfica es resultado de las experiencias individuales de aprendizaje (Harvey, Masell & Watkins, 2004).

En el DSM-IV Tr, los trastornos de ansiedad se dividen en fobias, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno de pánico (TP) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

- a) El objeto de ansiedad en el *TP* es la presencia de ataques de pánico inesperados, frecuentes y recurrentes. Algunas estrategias de regulación inefectivas asociadas al mantenimiento de esta patología son la evitación situacional (evitar ir a lugares donde se experimentó un ataque de pánico previamente), la preocupación sobre la posibilidad de volver a experimentar un ataque de pánico, conductas de seguridad

(depender de otras personas), y el monitoreo de señales de seguridad (observarse intentando detectar si existen indicios de volver a experimentar un ataque de pánico).

- b) En las fobias específicas (FE), el miedo y la ansiedad se relacionan a diversidad de estímulos, p.e. pequeños animales, inyecciones, fenómenos meteorológicos, etc. y quien los padece normalmente reconoce que su temor es excesivo o irracional. Difieren de la fobia social (FS) en que esta se presenta ante situaciones donde la persona pudiera ser avergonzada o humillada. Las fobias se caracterizan por la preocupación persistente sobre la exposición a la situación temida, el uso exagerado de estrategias de seguridad, evitación persistente de situaciones asociadas al temor específico (o eventos), p.e. las personas con fobia social (FS) evitan las situaciones donde pudieran ser humillados y usan diversos métodos para pasar desapercibidos o disfrazar sus experiencias de ansiedad (evitar expresar sus opiniones o usar lentes oscuros).
- c) Cuando el miedo y la ansiedad resultan de la exposición a una situación traumática, posiblemente peligrosa para la sobrevivencia, se considera que sufren de estrés postraumático. En su condición de trastorno, el Trastorno por evitación experiencial (TEE) se caracteriza por: Síntomas de “reexperimentación del trauma”, relacionados a un procesamiento emocional deficiente secundario al uso de estrategias de evitación situacional y supresión cognitiva; Sobresalto fácil e irritabilidad asociados a una alta sensibilidad emocional, preocupación sobre los síntomas y monitoreo de amenazas.



- d) El *TAG* se caracteriza por una alta sensibilidad a la ansiedad y preocupación excesiva sobre problemas circunstanciales o cotidianas (p.e. problemas financieros, de la salud, etc.). Posteriormente se revisará este trastorno con mayor detalle.
- e) El *TOC* se caracteriza por el uso de conductas de seguridad estereotipadas llamadas compulsiones (p.e. contar, limpiar, rezar, etc.) que funcionan para disminuir el malestar (ansiedad, miedo o asco) asociado a pensamientos intrusivos y egosintónicos llamados obsesiones (el objeto de ansiedad).
- f) Todos estos trastornos se caracterizan también por un estado de ánimo ansioso-depresivo.

Las teorías de la emoción revisadas en el capítulo 1 son relevantes para comprender el mantenimiento de estos trastornos. La persistencia de las estrategias de seguridad inefectivas puede comprenderse fácilmente desde el paradigma de aprendizaje por escape o evitación, a largo plazo las conductas de seguridad y escape inhiben la conducta orientada a metas-valores personales y el funcionamiento psicosocial a largo plazo, pero son efectivos para reducir el malestar emocional a corto plazo. Como consecuencia, los síntomas afectivos ansiosos se pueden explicar bien desde un modelo dimensional (activación del sistema inhibitorio comportamental y lucha-huida), y el afecto depresivo se puede comprender desde el modelo de regulación de metas (inefectividad en satisfacer las metas personales). La activación del miedo y ansiedad en el *TAG*, *FS* y *TOC* pueden entenderse fácilmente desde una teoría valorativa (atribución de peligrosidad al evento), y la activación emocional en el *TEPT*, *FE*, y *TP* se explican parsimoniosamente desde los modelos asociacionistas (redes semánticas en el *TEPT* y condicionamiento clásico en la *FE* y *TP*).

Como se mencionó en el capítulo 1, el *MIRE* integra estas teorías y usa estrategias de intervención congruentes con ellas. Las estrategias terapéuticas del *MIRE* y *MIRE-G*

también tienen efectividad comprobada para la corrección de las estrategias de regulación emocional inefectivas comunes a los trastornos de ansiedad, por lo tanto se concluye que puede ser un modelo de tratamiento efectivo en estos casos. Sin embargo, es importante contemplar la posibilidad de que la desregulación de la ansiedad se deba a factores biológicos que no puedan ser intervenidos por el MIRE o MIRE-G.

Una vez establecida la importancia que tienen las estrategias de regulación emocional inefectivas en la desregulación de la ansiedad (y en el diagnóstico, mantenimiento y tratamiento de los trastornos de ansiedad), se procede a analizar la psicofisiología de la ansiedad. Se cree que describir las características biológicas de la ansiedad puede ayudar a dilucidar si la distinción entre la ansiedad normal y patológica puede recaer básicamente en la presencia de estrategias de regulación emocional inefectivas, o deberse también a la presencia de una patología psicofisiológica que no pueda ser intervenida con el MIRE.

### **2.2.1 Psicofisiología de la ansiedad y ansiedad patológica**

Los síntomas fisiológicos de la ansiedad reflejan la actividad del sistema simpático (SNS) y parasimpático (SNP). El SNS es el más representativo en la respuesta fisiológica de ansiedad, es responsable de la vasoconstricción periférica, incremento en la fuerza de los músculos esqueléticos, incremento del ritmo y fuerza de contracción cardiaca, dilatación pulmonar para facilitar el suministro de oxígeno, dilatación pupilar para mejorar la visión, cese de la actividad digestiva, incremento del metabolismo basal, e incremento de la secreción de epinefrina y norepinefrina por la médula adrenal. Esta actividad da lugar a los síntomas característicos de la respuesta de huida: (a) incremento en el ritmo cardiaco y fuerza de las palpaciones, (b) respiración acelerada y entrecortada, (c) dolor o sensación

de opresión en el pecho, (d) sensación de atragantamiento, (e) mareo o aturdimiento, (f) sudoración, incremento de la temperatura corporal o escalofríos, (g) náusea, dolor abdominal, o diarrea, (h) temblores o sacudidas corporales, (i) adormecimiento o temblores de las extremidades, (j) tensión o rigidez muscular, y (k) sequedad bucal (Barlow, 2002).

La actividad del *SNP* da lugar a la inmovilidad tónica, decremento de la presión sanguínea y desvanecimiento características de la respuesta de inhibición comportamental o congelamiento (Friedman & Thayer, 1998). Los efectos de la actividad de este sistema incluyen (a) el decremento de la presión y contracción cardíaca, (b) constricción pupilar, (c) constricción pulmonar, (d) debilidad, y (e) sensación de desvanecimiento (Bradley, 2000). Acorde a Clark y Beck (2010) la actividad del *SNP* podría ser compensatoria respecto a la excesiva actividad del *SNS*.

Existen diversos estudios que parecen sugerir que las personas con ansiedad crónica exhiben una activación autonómica basal superior a la que se encuentra en otros individuos en ausencia de peligro (Barlow, 2002), esta activación se relaciona al neuroticismo (Costello, 1971; Eysenck, 1979) y es un predisponente para experimentar ataques de pánico Craske (2003). También presentan menor flexibilidad fisiológica en presencia a estresores y un declive más lento en su respuesta fisiológica de ansiedad después del estrés (tardan más tiempo en habituarse) (Noyes & Hoehn-Saric, 1998). No está claro si esta ansiedad elevada se debe a una excesiva actividad del *SNS* y a una inhibición del *SNP* en los trastornos de ansiedad, o si el *SNS* está inhibido y el *SNP* actúa normalmente en condiciones cotidianas en personas sanas (Clark & Beck, 2010; Mussgay & Rüdell, 2004).

Algunos estudios que indican diferencias en la intensidad de la respuesta emocional entre los diversos trastornos de ansiedad (Cuthbert et al. 2003; Lang, 1979; Lang, Levin, Miller, & Kozak, 1983), sin embargo, la evidencia empírica sobre diferencias entre

personas con trastornos de ansiedad y controles no ansiosos en presencia de estímulos estresantes y amenazantes no es consistente entre los estudios (ni en labilidad ni en reactividad afectiva) (Barlow, 2002; Clark & Beck, 2010; Freidman & Thayer, 1998). Esto implica que las personas con trastornos de ansiedad no presentan, necesariamente, experiencias emocionales intensas más difíciles de regular que las de otros individuos; Contrariamente, muchos tratamientos de efectividad comprobada para los trastornos de ansiedad incorporan estrategias de bio-retroalimentación y relajación, acorde a las evidencias anteriormente revisadas esto no solo es innecesario sino riesgoso porque podrían funcionar por evitación experiencial o desarrollar sensibilidad emocional a la larga (Hayes, Strosahl & Wilson, 2003), para resolver este problema, el MIRE incorpora estrategias orientadas a la aceptación emocional y no a la modificación experiencial. Según Wells (2000 y 2009) las estrategias de bio-retroalimentación y relajación podrían funcionar como una distracción que permite tolerar el malestar emocional subjetivo, mientras que el decremento de la respuesta fisiológica se debería al decline emocional natural.

Se cree que existen diversas anormalidades de neurotransmisión de efectos ansiolíticos o ansiogénos que pueden explicar la actividad fisiológica característica del miedo y la ansiedad. Parece que: (a) El sistema serotoninérgico altera el funcionamiento de neurotransmisores en zonas del cerebro capaces de regularlas (Noyes & Hoehn-Saric, 1998); (b) Un subgrupo de neurotransmisores inhibidores del *GABA* incrementan su efecto cuando se les adhieren moléculas de benzodiazepinas (Gardner, Tully & Hedgecock, 1993); (c) La hormona liberadora de corticotropina media tanto las respuestas endócrinas al estrés, como otras respuestas cerebrales y conductuales relevantes para la expresión de estrés, ansiedad y depresión (Barlow, 2002), etc. Sin embargo, la naturaleza exacta de estas irregularidades y sus efectos todavía es desconocida (Clark & Beck, 2010; Sinha, Mohlman

& Gorman 2004). El MIRE y MIRE-G incorporan estrategias de exposición y activación conductual que facilitan la regulación de los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos, de oxitocina y opiáceos (Gilbert, 2007; Persons, 2008; Syzdeck, Addis, & Martell, 2010; Wang, 2005).

En síntesis, parece que la elevada actividad basal, dificultades de habituación e inflexibilidad autonómica representan (a) diferencias entre el comportamiento fisiológico de las personas sanas y las personas con trastornos de ansiedad, y (b) contribuyen a la elevada tasa de malinterpretación de amenazas y sensibilidad a la ansiedad característica de estos trastornos. Las estrategias transdiagnósticas de aceptación al malestar psicológico y desarrollo de estrategias de afrontamiento orientadas a la satisfacción de metas pueden contribuir al desarrollo de la flexibilidad psicológica en momentos de exposición a estresores. Por su parte, las estrategias de identificación de valores y activación conductual también podrían auxiliar en la disminución de la actividad del sistema de lucha-huida-congelamiento y la activación del sistema activador-conductual y de afiliación, contribuyendo a la flexibilidad del funcionamiento basal. Se concluye que el MIRE y MIRE-G son opciones con sustento teórico-empírico para resolver estos problemas.

La investigación sobre los factores hereditarios que predisponen al desarrollo de los trastornos de ansiedad representa una vanguardia dentro del modelo médico-biológico. Como se describirá a continuación, estos factores genéticos no suponen un impedimento para la efectividad del MIRE-G en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y por el contrario, aportan evidencia a favor de su teoría biopsicosocial.

### **2.2.2 Factores genéticos.**

Hay un consenso general de que existen factores hereditarios que predisponen al desarrollo de los trastornos de ansiedad, p.e. diversos metanálisis muestran que los trastornos de ansiedad son compartidos entre los miembros de la misma familia y en mayor grado entre gemelos (Hettema, Neale & Kendler, 2001). Sin embargo, la vulnerabilidad genética a los trastornos de ansiedad no depende exclusivamente de estos factores, los porcentajes de heredabilidad de los trastornos de ansiedad oscilan entre el 30 y 40%, donde alrededor del 27% de la varianza se atribuye a factores predisponentes biológicos (como la reactividad al estrés), y el resto se atribuye a factores ambientales que determinan el desarrollo de un trastorno de ansiedad específico o de síntomas depresivos asociados (Clark & Beck, 2010; Kendler, Heath, Martin & Eaves, 1987). P.e., existen estudios que señalan la existencia de una diátesis genética común en el TAG, mientras que la especificidad del trastorno está determinada por la exposición a diferentes eventos vitales (Kendler, Neale, Kessler, Heath & Eaves, 1992).

Aún no existe un consenso sobre si la vulnerabilidad a desarrollar trastornos de ansiedad es compartida entre los diversos trastornos o si cada uno presenta una vulnerabilidad distintiva. Por una parte, otros estudios indican diferencias entre los factores de riesgo genéticos para el desarrollo de ansiedad crónica (ansiedad generalizada) y el desarrollo de ansiedad episódica de corta duración (fobias o pánico) (Kendler & cols. 1995), mientras que otros que señalan una vulnerabilidad común entre los diferentes trastornos (neuroticismo, ansiedad como rasgo, o síndrome de afecto negativo) (Barlow, 2002; Barlow, Allen, & Chate, 2004).

El modelo biosocial del MIRE indica que la ocurrencia de la desregulación emocional requiere una predisposición biológica combinada con la exposición a diversos

eventos ambientales, que moldean la experiencia emocional personal y el aprendizaje de diversas estrategias de regulación emocional inefectivas. Desde este modelo la predisposición al desarrollo de un trastorno emocional-afectivo puede ser común entre los trastornos de ansiedad, y la especificidad del trastorno y sus características individuales dependen de las experiencias de aprendizaje que determinan su precipitante específico y la topografía de las estrategias de regulación emocional utilizadas. La teoría biosocial integrativa y trasdiagnóstica del MIRE es congruente con las evidencias empíricas sobre la vulnerabilidad genético-ambiental a los trastornos de ansiedad.

Por otra parte, comprender las estructuras que intervienen en la generación y aprendizaje de la ansiedad puede proporcionar información importante sobre la pertinencia del MIRE para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. A continuación se describe la neurofisiología de la ansiedad y se argumentará que los conocimientos aportados por esta área contribuyen a sustentar la teoría y metodología de intervención del MIRE.

### **2.2.3 Neurofisiología.**

Las investigaciones de LeDoux (1989, 1996, 2000) sobre la adquisición del miedo condicionado han contribuido a entender las implicaciones de la *amígdala* en el condicionamiento del miedo. La amígdala es una estructura importante en el procesamiento y establecimiento de la memoria emocional, la valoración afectiva de los estímulos, y la identificación de señales relacionadas a la amenaza (Anderson & Phelps, 2000; Canli & cols. 2001).

LeDoux (1989) propuso la existencia de dos vías neurales involucradas en el procesamiento *amigdalico* de los estímulos atemorizantes. La primera vía involucra la transmisión directa de información sobre el estímulo atemorizante por el tálamo sensorial

hacia el núcleo lateral de la amígdala. La segunda involucra la transmisión por el tálamo sensorial a través de la corteza sensorial. El núcleo lateral de la amígdala recibe información sobre los estímulos tiene la posibilidad de estimular o inhibir la actividad de su núcleo, el núcleo es el responsable de la expresión del miedo condicionado (Davis, 1998).

Existen diversas implicaciones de este camino dual de activación del miedo (LeDoux, 1996). El camino directo tálamo-amígdala (o *camino inferior*) es rápido, rudimentario e irreflexivo. El segundo camino (o *camino superior*) es más lento y resulta de un proceso valorativo que involucra regiones corticales superiores. El condicionamiento del miedo implica un aprendizaje por el camino inferior, y la activación valorativa involucra al camino superior (ver capítulo 1). El camino inferior representa una ventaja evolutiva y permite reaccionar oportunamente a los estímulos amenazantes antes de “saber” a que se está reaccionando, esto resulta en una gran cantidad de “falsas alarmas” pero también permite ahorrarse fracciones de segundo imprescindibles para la sobrevivencia en caso de encarar riesgo. El camino superior es útil para discriminar entre un estímulo riesgoso (estímulo incondicionado) y un estímulo no amenazante (estímulo condicionado), es decir, permite “revalorar estímulos”. Acorde a Power y Dalglish (2008), la respuesta emocional repetitiva hacia un estímulo específico por la vía superior resulta, a la larga, en un aprendizaje asociativo (camino inferior).

Los estudios de Coplan y Lidiard (1998), Rauch et al. (1997), Simpson et al. (2000), muestran que la activación de estímulos emocionales negativos se asocia con incrementos de la irrigación sanguínea en áreas de la corteza sensorial asociativa, y reducciones de irrigación en el hipocampo prefrontal, orbitofrontal, temporo-parietal, y la corteza cingulada posterior. Estos resultados se han interpretado como evidencia de que el miedo puede activarse sin la ocurrencia de un procesamiento cognitivo superior.



Sin embargo, la atención, razonamiento, memoria y valoración subjetiva juegan un papel importante en la experiencia y expresión de miedo y ansiedad humana (Clark & Beck, 2010). La amígdala también tiene conexiones con el hipocampo y recibe información proveniente del área cortical transicional, y la corteza medial prefrontal (Ledoux, 1996, 2000). Durante la activación emocional *amígdalo-dependiente* se activan estructuras involucradas en la memoria de trabajo como la corteza prefrontal, el cíngulo anterior y las regiones orbitales corticales, y estructuras involucradas en la memoria declarativa como el hipocampo y el lóbulo temporal, lo que provee de una base neural a la experiencia subjetiva (conciente) de miedo y la activación concurrente de memorias emocionales (ver modelos de redes semánticas en capítulo 1). Por su parte las representaciones mentales producidas en la corteza influyen en el proceso emocional, su expresión, y la anticipación emocional (Luu, Tucker & Derryberry, 1998).

Otros estudios indican la relevancia de las regiones superiores en la regulación del miedo. P.e. la activación de la corteza medial prefrontal puede suprimir la adquisición del miedo condicionado mediada por la amígdala (McNally, 2007a), y las funciones ejecutivas prefrontales (manipulación de la atención, revaloración cognitiva) pueden contribuir al aprendizaje de señales de seguridad que inhiben la experiencia de miedo (McNally, 2007b). De acuerdo a una revisión de Denny, Silvers y Oshner (2010), once estudios neuroanatómicos sobre el impacto de intervenciones psicosociales en depresión y ansiedad indican que las terapias cognitivas y conductuales alteran el funcionamiento de la corteza dorsolateral, ventrolateral y medial, el cíngulo anterior posterior, y la corteza insular (Frewen, Dozois y Lanius, 2008). Un metanálisis sobre las estructuras involucradas en la regulación emocional a partir de estudios de neuroimagen, según los autores las estructuras más relevantes son: La (a) amígdala, necesaria para el reconocimiento de estímulos

emocionales y la activación de la respuesta emocional; (b) La ínsula, necesaria para el reconocimiento de las emociones; (c) El estriado que motiva la planeación y orienta la acción a la satisfacción de metas; (d) La corteza orbitofrontal, necesaria para dirigir la atención hacia estímulos relacionados con metas; (e) La corteza prefrontal lateral necesaria para mantener información en la memoria de trabajo y así poder revalorarla; (f) La corteza prefrontal medial relacionada a la valoración de las propias decisiones y estrategias de regulación; (g) La corteza cingulada dorsal anterior que permite discriminar entre las opciones de respuesta congruentes con metas; Y (h) la corteza orbitofrontal lateral relacionada a la valoración de respuestas compatibles con las demandas situacionales (Denny, Silvers & Oschner, 2010).

En síntesis, los estudios sobre la neuroarquitectura de la ansiedad indican que su activación es irreflexiva y no requiere del involucramiento de procesos cognitivos superiores, siendo estas estructuras relevantes para la formación de la experiencia emocional subjetiva (experiencia psicológica en el MIRE), y necesarias para la regulación emocional. La regulación emocional efectiva e inefectiva involucra las mismas estructuras y las estrategias específicas utilizadas son producto del aprendizaje y no implican diferencias neuroestructurales. Esta información es congruente con la teoría del MIRE que indica: (a) Que la emoción puede activarse tanto por vía asociativa (inferior) como valorativa (vía superior); (b) Que la activación de la emoción es relativamente incontrolable (ocasionalmente se puede evitar vía evitación situacional); (c) Que la experiencia psicológica individual se activa irreflexivamente y está determinada por la influencia de sesgos atencionales inherentes a la emoción y memorias emocionales activadas junto con ella, que sesgan la interpretación sobre los eventos, la anticipación de resultados específicos y el impulso a comportarse de una forma determinada (ya que forman parte de la red

semántica activada); Y (d) que el uso de estrategias de regulación emocional, efectivas o inefectivas, es reflexivo y puede ser entrenado para (e) moldear nuevas experiencias psicológicas. Se cree que la teoría transdiagnóstica e integrativa del MIRE es congruente con la información psicofisiológica y neuroanatómica revisada sobre trastornos de ansiedad, y que en consecuencia, es un modelo que puede explicar el mantenimiento y tratamiento de estos trastornos sin perder precisión. Por otra parte, las estrategias de regulación emocional entrenadas en el modelo dependen básicamente de la actividad de las estructuras relacionadas a la regulación de la ansiedad y por lo tanto, también son congruentes con la información revisada.

Los estudios de LeDoux (1989, 1996, 2000) sobre el condicionamiento del miedo son relevantes para comprender la desregulación de la ansiedad, pues esta implica la experiencia frecuente, irreflexiva y generalizada de la emoción. Sin embargo, aun cuando dan cuenta de las estructuras subyacentes al aprendizaje de la ansiedad, no explican su mantenimiento. A continuación se describirán las implicaciones que tienen las teorías del aprendizaje para comprender el mantenimiento de las estrategias de regulación disfuncionales que subyacen a la ansiedad patológica.

#### **2.2.4 Aprendizaje y mantenimiento.**

Durante décadas, los psicólogos experimentales han demostrado que el miedo puede adquirirse por procesos asociativos. Con el tiempo se han criticado y refinado los modelos explicativos, este apartado da cuenta de ese proceso y al final sintetiza los datos más relevantes para valorar la posibilidad de que el MIRE se use para tratar trastornos de ansiedad.

Las primeras teorías se enfocaron en la adquisición y generalización del miedo y las fobias por los mecanismos del condicionamiento respondiente (Clark & Beck, 2010). Posteriormente, Mowrer (1939, 1953, 1960) desarrolló la *teoría de los dos factores* para explicar los mecanismos subyacentes a la adquisición y mantenimiento de las fobias, según la teoría el condicionamiento respondiente es responsable de la adquisición del miedo y el operante de sus conductas de evitación distintivas. Según el modelo, las conductas de evitación impiden la habituación psicológica al estímulo condicionado y por lo tanto mantienen la experiencia de miedo.

A finales de los años 1970 surgieron críticas a la teoría de los dos factores (Rachman, 1976, 1977; Davey, 1997; Eysenck, 1979), entre ellas: (a) La teoría no explica por qué existen estímulos (p.e. fotografías de serpientes) que adquieren funciones de miedo más fácilmente que otros (p.e. fotografías de hongos); (b) Muchas personas con un problema clínico de miedo o ansiedad no recuerdan exposición a algún evento condicionante; (c) Existe evidencia de la adquisición del miedo por aprendizaje vicario y transmisión de información; (d) No todas las personas expuestas a un evento traumático desarrollan un aprendizaje asociativo. Se concluyó que existían variables cognitivas o biológicas necesarias en el desarrollo y mantenimiento de los estados de ansiedad y miedo (Brewin, 1988; Davey, 1997).

En respuesta, Öhman y Mineka (2001) propusieron la existencia de una *red de miedo* compuesta de respuestas conductuales, psicofisiológicas y cognitivo-verbales. Las características de esta red son que: (a) Es *selectivamente sensible* y resistente a la extinción respecto a estímulos de relevancia filogenética (que representaron una amenaza para los ancestros), existen estímulos de preparatoriedad biológica que accesan a la red de miedo con mayor facilidad. (b) La selección y aprendizaje de estos estímulos es independiente de

la cognición consciente. Ya que la red de miedo evolucionó para lidiar con amenazas a la sobrevivencia, se puede activar automáticamente. (c) La red de miedo tiene pocas conexiones con otras redes emocionales, una vez activada sigue su curso y es difícil detenerla (Öhman & Mineka, 2004). P.e. revalorar el estímulo amenazante enmascara el estímulo pero no afecta las respuestas condicionadas, se pueden establecer condicionamiento sin estar consciente de los estímulos que se aparean, después de un condicionamiento se alteran las expectativas y juicios valorativos como consecuencia, etc. (d) Por último, la red de miedo cuenta con una red neural específica (la amígdala tiene más conexiones aferentes que eferentes hacia la corteza, y por lo tanto influye más en los procesos cognitivo verbales que en reversa).

Actualmente se cree que la activación de la amígdala no es consciente y ocurre sin involucrar a la corteza, existe una red neuronal específica del miedo, y que cualquier proceso cognitivo consciente (valoración y creencias) asociado con el miedo es consecuencia de la activación de la red de miedo y no juega un factor causal en su activación (Öhman & Weins, 2004). Otros autores como Bouton, Mineka & Barlow (2001) también señalaron que la activación de diversas formas de miedo y ansiedad ocurren sin involucrar procesos cognitivos declarativos (cognitivo-verbales).

De forma paralela a las teorías asociativas se propusieron modelos valorativos como los de Beck y sus colaboradores (Beck et al. 1985, 2005; Beck & Clark, 1997), donde se atribuye un papel causal a la *valoración de amenaza* en la activación del miedo y la ansiedad, Beck asume que la disposición a esta valoración catastrófica depende de las representaciones semánticas (creencias) sobre sí mismos, las demás personas, el mundo, y el futuro que las personas han aprendido a lo largo de su vida. Esta teoría recibe el nombre de *modelo cognitivo* y se supone que resuelve las cuestiones sobre el miedo y la ansiedad

(mencionadas anteriormente) que no son explicadas por las teorías básicas del condicionamiento. Con el tiempo, este modelo ha sido cada vez más criticado, especialmente por el énfasis causal que atribuye a la valoración verbal de los eventos, en la adquisición y mantenimiento de la respuesta emocional (Clark & Beck, 2009). Actualmente existe gran cantidad de la evidencia de que los procesos metacognitivos (atención, preocupación, supresión cognitiva, etc.), y no las creencias, son los relevantes en el procesamiento del miedo (MacLeod, 1999; Wells & Matthews, 1994; Williams, Watts, MacLeod & Matthews, 1997).

Aun así, los procesos valorativos conscientes si influyen en el mantenimiento del miedo humano. P.e. Davey (1997), van den Hout y Merckelbach (1991), aportan evidencia de que la fuerza y persistencia de las respuestas condicionadas varía dependiendo del significado personal que el estímulo incondicionado tenía para la persona antes del condicionamiento. Según Seligman y Johnston (1973), Jong y Merckelbach, (2000), Merckelbach y Arnts (1995), y McNally y Heatherton (1993), las expectativas de resultado, p.e. ser capaz o no de lidiar con la amenaza y la gravedad del resultado anticipado por enfrentar la amenaza, también parecen influir en el condicionamiento aversivo. Finalmente, también existen evidencias de que la habituación a largo plazo a los estímulos aversivos requiere de la atención consciente y propositiva al estímulo temido (Foa & Kozac, 1986).

La evolución de las teorías del aprendizaje del miedo ha resultado en gran cantidad de principios que pueden aplicarse a la comprensión del surgimiento y mantenimiento del miedo y la ansiedad, su desregulación y su tratamiento. En resumen, (a) El miedo es una respuesta evolutiva compuesta de elementos cognitivos, conductuales, fisiológicos y cognitivos; (b) Los seres humanos presentan una preparatoriedad biológica para temer y desarrollar ansiedad ante diversos estímulos de valor filogenético, existen estímulos que

generan miedo de forma innata; (c) La teoría del condicionamiento respondiente explica la adquisición y generalización de miedos y ansiedades a otros estímulos; (d) los procesos metacognitivos son importantes para la adquisición del miedo y ansiedad condicionadas, así como su intensidad; (e) los procesos valorativos, y las creencias preexistentes sobre los estímulos incondicionados también influyen, aunque en menor grado, en la facilidad y fuerza de adquisición del miedo condicionado; (f) y las respuestas de evitación, conductuales o cognitivas, son los principales factores mantenedores de las respuestas de miedo condicionadas.

El MIRE reconoce la importancia que la historia de condicionamiento (por experiencia directa, aprendizaje vicario o transmisión de información) tiene en el aprendizaje de respuestas emocionales como el miedo, y el aprendizaje de respuestas de afrontamiento como la evitación. Es congruente con la teoría de los dos factores y facilita habituación a los estímulos emocionales por medio de la exposición metacognitiva y conductual. También reconoce la importancia que tienen las creencias y valoraciones sobre los estímulos emocionales y busca cambiarlos por medio de distintas estrategias de modificación metacognitiva, que facilitan la exposición y procesamiento emocional. En conclusión, se confirma que la teoría transdiagnóstica del MIRE es congruente con las teorías basadas en evidencia sobre la adquisición y mantenimiento del miedo y la ansiedad, por lo tanto se asume que es un modelo adecuado para el tratamiento de problemas clínicos relacionados.

Ya se ha revisado información pertinente para la comprensión de la ansiedad y su distinción de la ansiedad patológica. Los datos revisados indican que los aspectos psicofisiológicos y genéticos relacionados con la ansiedad patológica difieren muy poco de los relacionados con la ansiedad normal, se supone entonces, que el uso rígido y

generalizado de estrategias de regulación emocional inefectivas resultan más relevantes para la comprensión de la desregulación de la ansiedad o ansiedad patológica desde un enfoque de tratamiento conductual como el MIRE. También se cree que las teorías básicas del aprendizaje aportan información útil para la construcción de modelos clínicos sobre los trastornos de ansiedad y explicar su diferencia con la ansiedad normal. Partiendo de estos supuestos, se revisarán diversas teorías y tratamientos basados en teorías del aprendizaje y con sustento empírico del TAG, la finalidad es valorar la pertinencia específica que puede tener el MIRE y MIRE-G para intervenirle.

### **2.3 Trastorno de Ansiedad Generalizada y Preocupación**

La habilidad de crear representaciones mentales sobre eventos pasados y futuros implica tanto la posibilidad de generar planes para resolver problemas hipotéticos, como la posibilidad de experimentar ansiedad ante la presencia de pensamientos sobre amenazas inexistentes (Borkovec, 1985). La capacidad de representar simbólicamente las amenazas futuras es la base de la preocupación.

Borkovec, Robinson, Prunzinsky y DePree (1983) definieron la preocupación como *una cadena de pensamientos negativos predominantemente verbales, relativamente incontrolables, y orientados a la solución de problemas, cuyo resultado es incierto y conlleva la posibilidad de tener un resultado negativo*. La preocupación es un importante componente de la ansiedad como rasgo y neuroticismo, y puede considerarse el elemento cognitivo clave en la experiencia de ansiedad (Eysenck, 1992).

Desde la publicación del DSM-III (asociación psiquiátrica americana, 1987), la preocupación excesiva se considera el eje cardinal del TAG, por lo tanto debe ser identificada y diferenciada de otras actividades mentales como la rumiación depresiva y las



intrusiones obsesivas. La preocupación es predominantemente verbal, prolongada, realista, voluntario y ego-sintónica (las personas la reconocen como una característica propia y no amenazante para su auto-evaluación), las obsesiones son ego-distónicas, breves, involucran más imaginación y fuertes impulsos (urgencias) de control (Wells & Morrison, 1994). La rumiación depresiva también es egosintónica (la persona la ve como una forma de comprender sus sentimientos y problemas), y puede acompañarse de intensos síntomas de ansiedad, se distingue de la preocupación en que se orienta hacia el pasado, la preocupación hacia el futuro, y sus contenidos se relacionan a la pérdida y el fracaso, y los de la preocupación al peligro (Papageorgiu & Wells, 1999b).

El TAG es el trastorno de ansiedad más duradero y sus procesos representan los procesos elementales de todos los trastornos de ansiedad (Barlow, 2002). Se asocia con serios impedimentos de la calidad de vida y bienestar (Stein & Heimberg, 2004; Wetherall et al. 2004), difícilmente remite por sí mismo (Yonkers, Warshaw, Massion & Keller, 1996) y permanece crónico después de ser tratado con farmacoterapia (Woodman, Noyes, Black, Schlosser & Yagia, 1999). Se caracteriza por un patrón de preocupación excesiva y difícil de controlar, “preocupación patológica”, combinada con excesivos síntomas de ansiedad. No existe una preocupación característica entre las personas con este trastorno, los contenidos de sus preocupaciones varían desde problemas idiosincrásicos a problemas relativamente irrelevantes (Brown, Barlow & Liebowitz, 1994; Roemer, Molina & Borkovec, 1997). Las personas con TAG frecuentemente se mueven de una preocupación a otra, y parecen incapacitados para concentrarse en un tema específico por un periodo extendido de tiempo (Borkovec & Roemer, 1994; Butler, 1994). Para ser diagnosticadas con TAG, las personas deben exhibir esta preocupación en dos áreas como mínimo (salud, familia, financieras, sociales, etc.), y la preocupación debe ocupar la mayor cantidad del

tiempo de la persona y resultar altamente incapacitante (para quien la padece o sus allegados) (Asociación psiquiátrica americana, 2004). El foco de estas preocupaciones usualmente cambia por intervalos de tiempo, pero no debe explicarse mejor por otro trastorno del eje 1, p.e. hablar en público (fobia social), enfermedad física (hipocodriasis), tener un ataque de pánico (trastorno por pánico), etc. Las personas con TAG presentan diversas conductas de evitación sutiles que fácilmente pueden pasar desapercibidas (Butler et al. 1987). Este trastorno presenta altos índices de comorbilidad (comúnmente con otros trastornos de ansiedad o con depresión), y esta se asocia a mayor impedimento funcional y costos más elevados de tratamiento (Rector, 2012).

Se ha intentado distinguir entre la preocupación adaptativa y la patológica. Parece que la preocupación puede ser adaptativa si se orienta a problemas e involucra un afrontamiento activo. (Davey, 1994; Watkins, 2008; Wells, 1999). Y que puede ser patológica si se caracteriza por (a) ser persistente, (b) duradera, (c) incontrolable, (d) enfocada a problemas menos relevantes o más remotos, (e) estar sesgada hacia resultados negativos, y (f) presentar menor variabilidad autonómica (Craske et al. 1989; Dugas, 1998; Dupuy et al. 2001; Ruscio et al. 2001). Mathews (1990) concluye que el elemento distintivo de la preocupación patológica es la anticipación exagerada de resultados negativos, y que la preocupación adaptativa se caracteriza por estar orientada a la solución de problemas (Mathews, 1990).

A pesar de estas distinciones sigue siendo difícil diferenciar entre la preocupación adaptativa y la patológica, y parece que distinguirlas a partir de factores dimensionales es impráctico y erróneo (Romer et al. 2002; Ruscio et al. 2001). Los contenidos y naturaleza de la preocupación en el TAG no difieren de los de la preocupación ordinaria, la preocupación patológica de quienes lo padecen se distingue en que se relaciona a

pensamientos y creencias negativas sobre la preocupación misma (Ruscio & Borkovec, 2004; Wells & Carter, 2001). Mathews (1990) señala que la preocupación patológica implica un patrón de consciencia persistente sobre las amenazas, que permanece sin resolverse y que prevalece por sesgos de procesamiento informacional que le mantienen; Wells (2005), señala que este patrón resulta de un cambio en el foco de la preocupación, de los problemas a la preocupación misma, esto deja sin resolver los problemas que la detonan en primer lugar y crean una sensación de amenaza inminente e indiferenciada detonada por la misma preocupación, ambos tipos de preocupación se retroalimentan entre sí. Para Wells, la *preocupación sobre la propia preocupación* (sensibilidad emocional en el MIRE), es el proceso clave en el TAG, y se caracteriza por una dificultad subjetiva para controlarla y pensamientos catastróficos sobre los resultados de esa dificultad. A pesar de que esta preocupación se percibe incontrolable y potencialmente peligrosa, Wells (2009) señala que es su naturaleza estratégica implica que está sujeta al control voluntario, aun cuando se carece de consciencia sobre él. Sibrava y Borkovec (2006) comentan también que la función de la preocupación en el TAG podría diferir su función adaptativa, la preocupación adaptativa funciona para resolver problemas, mientras que la preocupación patológica funciona para evitar exponerse a ellos o posponer su resolución. Ni la preocupación crónica ni la situacional se asocian al incremento de actividad simpática, pero si se asocian a la reducción de la flexibilidad autonómica (Connor & Davidson, 1998; Hoehn-Saric & McLeod, 1988). Esta reducción se asocia a la disminución del tono basal (Lyonnfields, Borkovec & Thayer, 1995) pero tiene efectos disfuncionales a largo plazo, ya que refuerza negativamente la respuesta y promueve su repetición (Roemer & Orsillo, 2005).

Es posible que la distinción entre la preocupación ordinaria y la preocupación patológica sea que la segunda se utiliza en un primer momento como estrategia de evitación

experiencial, y en un segundo momento como estrategia de resolución de control situacional inefectiva frente a la misma ansiedad. Esto da como resultado un patrón de evitación donde: (a) el intento para evadir los problemas los mantiene y resulta en la persistencia de la preocupación; (b) la preocupación persistente se vuelve desagradable, aparentemente incontrolable y presumiblemente peligrosa; (c) la misma preocupación se vuelve un “problema a resolver”, un foco de preocupación; (d) la preocupación sobre la misma preocupación como estrategia de evitación experiencial resulta en su persistencia intrusiva, y la preocupación sobre ella como estrategia de resolución de problemas resulta inadecuada por no poder “controlarse” voluntariamente. Este patrón genera un ciclo aparentemente incontrolable y peligroso que se detona ante problemas relativamente irrelevantes, mantiene la preocupación y la ansiedad, y resulta en un estado autonómico de elevada activación simpática.

La propuesta anterior se desarrolla aplicando la teoría del MIRE, donde las estrategias de regulación emocional inefectivas dan como resultado la desregulación emocional de la ansiedad con una topografía de TAG.

### **2.3.1 La preocupación en detalle.**

La preocupación es un importante contribuyente a la etiología y mantenimiento de la ansiedad porque la genera y mantiene en ausencia de amenazas externas, al perpetuar la presencia de pensamientos sobre amenazas inexistentes y/o futuras (Borkovec, 1985).

En la actualidad, la preocupación es considerada una estrategia de regulación emocional inefectiva. Mathews (1990) señala que la preocupación motiva el monitoreo de amenazas y que juntos perpetúan un estado de alarma constante. Sin embargo, tiene una cualidad autopetruante porque se refuerza negativamente al crear una ilusión de certeza,

predictibilidad, y control sobre la amenaza anticipada (Barlow, 2002). Eysenck (1992) menciona que la preocupación es prolongada porque las personas que presentan altos índices de preocupación presentan una gran necesidad de evidencias antes de tomar una decisión. Borkovec sugiere que el miedo a la experiencia emocional (sensibilidad emocional), es el factor central en el TAG, y que la preocupación funciona como una estrategia de evitación experiencial cognitiva que se refuerza negativamente al inhibir la activación fisiológica, y distraer de los elementos aversivos de la experiencia emocional como las imágenes negativas (Borkovec et al. 1990). También se refuerza por la no-ocurrencia de las amenazas predichas, pues es un intento de resolver o evitar peligros distantes (Borkovec, 2004; Borkovec, et al. 2004; Sibrava & Borkovec, 2006). Beck y Clark (1997) señalan que pudiera ser una estrategia de revaloración cognitiva respecto a la interpretación de amenaza, y que se reforzaría negativamente por generar una sensación de seguridad y distraer de la experiencia de vulnerabilidad característica de la ansiedad. Si la preocupación se lleva a cabo sin conciencia metacognitiva, o fusión cognitiva, casi seguramente resultaría problemática, la amenaza percibida se consideraría inminente, inmanejable, y se experimentaría como algo aversivo (Eysenck, 1992).

La preocupación tiene un efecto paradójico porque se mantiene al reducir los niveles de ansiedad subjetiva y generar una ilusión de control y certeza, pero también prolonga la experiencia de ansiedad, vulnerabilidad, incapacidad de solución de problemas, toma de decisiones y confianza (Clark & Beck, 2010; Ladouceur, Blais, Freeston & Dugas, 1998).

El MIRE conceptualiza la preocupación como una estrategia de regulación emocional inefectiva, las aportaciones de estos autores complementan esta teoría por proporcionar razones específicas por las cuales podría reforzarse y perpetuarse en el TAG. A continuación se revisarán diversos modelos clínicos específicos sobre el TAG con la

finalidad de contrastarlos con esta teoría, e incorporar más elementos que permitan distinguir si el MIRE-G es un buen modelo de tratamiento para el TAG.

### ***2.3.1.1 La teoría de Borkovec.***

Borkovec y sus colaboradores (Borkovec & Miranda, 1999; Borkovec, Metzger & Pruzinky, 1986) proponen una teoría sobre el aprendizaje de la preocupación inspirada en la teoría de los dos factores de Mowrer (1947). Para los autores, la preocupación es un intento cognitivo de anticipar y evitar acontecimientos futuros negativos.

De acuerdo a la teoría, una historia de aprendizaje de frustración (ausencia repetida de reforzamiento ante los intentos de lograr metas personales) resulta en que la presencia de señales relacionadas con una meta generen una serie de respuestas de ansiedad y tendencias de evitación condicionadas, la conducta de preocupación es un intento de evitar la frustración, anticipándose y contemplando todas las posibilidades. La preocupación tiende a mantenerse y perpetuarse por reforzamiento negativo, pues resulta en la supresión inmediata de procesos afectivos aversivos (Borkovec, 1990).

Borkovec y Roemer (1995) aportan evidencias de que las personas con TAG tienen diversas creencias positivas sobre la utilidad de la preocupación en sus vidas; p.e. que reduce la probabilidad de ocurrencia de eventos negativos, que los motiva para la acción, y que es un buen método para distraerse de su malestar emocional. Power y Dalglish (2008) concluyen que la preocupación puede ser una estrategia de evitación cognitiva sobre problemas vitales importantes; al redirigir la atención a problemas de menor importancia y probabilidad, la persona gana una sensación de control, pero contribuye al incremento de la gravedad del problema prioritario por posponer su resolución. Esto que incrementa la recurrencia de pensamientos sobre él y motiva más preocupación.

### ***2.3.1.2 La teoría de Barlow.***

Barlow (1988) conceptualiza la preocupación como el proceso final de una serie de eventos que inician (a) con la exposición a una situación evocadora de ansiedad (un contexto determinado, o una inesperada elevación de la ansiedad); (b) sigue un cambio atencional autofocalizado en las propias respuestas de ansiedad que tiene como finalidad evaluar la naturaleza de esta, pero que contribuyen al incremento del afecto negativo; (c) la elevación de la ansiedad da lugar a la intensificación de diversos sesgos de procesamiento que agudizan la selección de información negativa y filtran cualquier otra, estos sesgos también contribuyen al incremento de la ansiedad; (d) y motivan una preocupación intensificada que resulta en dificultades para concentrarse y otras disfunciones ejecutivas.

La teoría de Barlow da cuenta de otros procesos relacionados al mantenimiento de la ansiedad como la selectividad atencional que hacen que el procesamiento de información sea tan difícil de redirigir a estímulos no preocupantes.

Esta teoría ha sido criticada por suponer que la preocupación es un estado disfuncional en sí mismo, y que necesariamente sea precedida por un estado de ansiedad intensificado (Eysenck, 1992; Power & Dagleish, 2008).

### ***2.3.1.3 La teoría de Tallis y Eysenck.***

De acuerdo a Tallis y Eysenck (Eysenck, 1992), la preocupación tiene diversas funciones: (a) Es un estado de alarma que permite la selección de información relacionada con las amenazas a la conciencia; (b) es un estado valorativo donde información almacenada en memoria es comparada con el riesgo identificado para tratar de resolver la

situación basándose en la experiencia pasada; y (c) sirve para anticiparse a problemas futuros y anticipar soluciones.

De acuerdo a su teoría, los estímulos externos se valoran por sus características amenazantes: magnitud, inminencia, y recursos para enfrentarlos. Los estímulos valorados como altamente amenazantes inician el proceso de preocupación, que sirve para preparar al individuo ante la situación en cuestión. Esta preocupación incrementa el monitoreo de información amenazante, y la sensibilidad emocional ante los estímulos relevantes. Este proceso incrementa la activación simpática y rigidiza la atención, creando un círculo vicioso. Una vez establecido el círculo de preocupación, activación fisiológica, y monitoreo atencional se favorece la construcción de creencias catastróficas sobre los acontecimientos futuros. Ya anticipadas estas amenazas se pueden anticipar soluciones a estos eventos, en cuyo caso estos procesos cederían, de no resolverse permanecerían activos.

Los modelos anteriormente revisados aportan información relevante para comprender la fenomenología de la preocupación. La teoría de Tallis y Eisenck permite comprender la relación de la preocupación con otros procesos relevantes al mantenimiento de la ansiedad (atención, pensamiento y memoria), y la relación que tiene la resolución efectiva de problemas con la suspensión de este estado. La teoría de Borkovec aporta una explicación sobre los mecanismos que subyacen al reforzamiento, repetición y rigidización de la preocupación como estrategia de evitación experiencial, y no de resolución de problemas. Ambas teorías aportan explicaciones respecto al mantenimiento de este estado, sea por la inefectiva resolución de problemas o su evitación. La teoría de Barlow ilustra de manera general la forma en que la exposición a estímulos amenazantes, monitoreo de estímulos, y preocupación contribuyen al incremento de la ansiedad, y su posible relación con estos síntomas fisiológicos.



Hasta el momento, la información revisada parece confirmar que el MIRE es un modelo transdiagnóstico que puede explicar, sin perder precisión, los mecanismos psicológicos relevantes al mantenimiento de los diversos trastornos de ansiedad y la preocupación. Habiendo revisado estas teorías, se procede a revisar algunas teorías relevantes al MIRE sobre el TAG. Se busca información que informe sobre la posibilidad de usarlo como un modelo explicativo y de tratamiento para este trastorno.

#### **2.4 Modelos clínicos sobre el trastorno de ansiedad generalizada.**

Existen diversos tratamientos cognitivo conductuales para el TAG. Normalmente incluyen psicoeducación, automonitoreo, y la aplicación de relajación, revaloración cognitiva, o la combinación de estos elementos (Romer & Orsillo, 2005). Borkovec y Ruscio (2001) revisaron los resultados de 13 tratamientos de este tipo, evaluados en estudios controlados y concluyeron que tienen efectos significativos a corto y largo plazo, y que son más efectivos que los grupos en lista de espera y otros tratamientos no especificados. Los estudios que comparan elementos de estos tratamientos con paquetes de tratamiento, muestran que los tratamientos combinados son más efectivos que sus elementos en aislamiento (Butler, Fennell, Robson & Gelder, 1991).

Sin embargo, las intervenciones desarrolladas para TAG son las menos efectivas de entre todos los trastornos de ansiedad (Rector, 2012; Roemer, Orsillo & Barlow, 2002), los tratamientos desarrollados no equiparan el nivel de funcionamiento logrado con el de controles sanos (Roemer & Orsillo, 2009), y solo entre el 29-52% de los pacientes mantienen los impactos del tratamiento después de seguimientos de un año (Roemer & Orsillo, 2005; Roemer, Orsillo & Barlow, 2002).

Se requieren tratamientos más efectivos y mayor investigación sobre estos. Según Roemer y Orsillo (2005), una posible debilidad de los tratamientos cognitivo conductuales reside en la carencia de (a) estrategias de exposición (asociadas con el éxito del tratamiento de otros trastornos de ansiedad), y (b) el tratamiento de variables relacionadas a la etiología y mantenimiento del trastorno como las dificultades de regulación emocional, intolerancia a la incertidumbre y metapreocupación. Por su parte, los tratamientos que descansan en estrategias de relajación y revaloración cognitiva son inconsistentes con los datos proporcionados por la investigación sobre los mecanismos subyacentes a su etiología y mantenimiento.

A continuación se revisan algunos tratamientos con efectividad comprobada que se centran en el tratamiento de variables sustentadas por las evidencias. Ya que el MIRE y MIRE-G están contruidos a partir de evidencias, no se revisarán tratamientos cognitivo conductuales sin este soporte empírico (p.e. tratamientos focalizados en la intervención de distorsiones cognitivas o creencias irracionales) pues se consideran irrelevantes para fines del presente trabajo.

#### **2.4.1 Terapia metacognitiva para el TAG.**

El modelo metacognitivo del TAG (Wells, 1995, 1997) propone que las personas que le padecen tienden a utilizar la preocupación como un medio para anticipar problemas futuros y generar estrategias de afrontamiento. La preocupación inicia en respuesta a pensamientos negativos (p.e. ¿Qué tal si tuviera un accidente?), y no representa un problema clínico, pues las personas podrían preocuparse efectivamente y resolver sus problemas. Esta preocupación sobre problemas sociales, económicos, o de salud se denomina *preocupación tipo 1*. El uso de la preocupación como estrategia de afrontamiento

se relaciona a creencias metacognitivas positivas como “La preocupación me ayudará a prevenir problemas futuros”, “Preocuparme me mantendrá preparado para las adversidades”, y “Preocuparme me ayuda a resolver más efectivamente”.

La activación de creencias metacognitivas negativas es el paso más importante en la transición de la preocupación como rasgo al desarrollo del TAG. El TAG se desarrolla cuando se desarrollan creencias negativas sobre la preocupación. Son relevantes las creencias sobre la *incontrolabilidad* de la preocupación, y su *peligrosidad* física (p.e. sufrir un ataque cardíaco), psicológica (p.e. perder la razón), o social (ser rechazado por otros). Una vez que la preocupación tipo 1 se presenta, se activan estas creencias negativas y se interpreta negativamente.

La preocupación sobre la propia preocupación se denomina meta-preocupación, o *preocupación tipo 2* (Wells, 1994). Pensamientos como “Estoy perdiendo el control”, “Me estoy volviendo loco”, o “Estoy dañando mi cuerpo”, ejemplifican estas valoraciones. Los síntomas de ansiedad se malinterpretan como una señal de lo peligrosa de la propia preocupación, y lleva al reforzamiento de una espiral que resulta en una intensificación de la ansiedad. Los ataques de pánico pueden ocurrir como resultado de estas interpretaciones.

La preocupación tipo 2 lleva a otros dos problemas, las *respuestas de control conductuales*, y las *estrategias de supresión cognitiva*. Las estrategias conductuales consisten en búsqueda de seguridad, evitación (usualmente sutil), búsqueda de información, distracción, uso de alcohol, entre otras. Estas acciones mantienen las creencias negativas sobre la preocupación porque impiden que la persona descubra que la preocupación no es peligrosa o puede ser suspendida por procesos internos. Las estrategias de supresión cognitiva tienen efectos paradójicos, incrementan la frecuencia de la preocupación e impiden que se suspenda el proceso de preocupación.

Las creencias positivas sobre la preocupación tipo 1 también impiden controlar el proceso. P.e. la persona puede creer que si no se preocupa no se motivará para resolver el problema, o creer que la preocupación es parte de su personalidad. Las personas con TAG normalmente han tenido pocas experiencias de auto-control sobre la preocupación que desafíen estas creencias. Este es el eje de tratamiento metacognitivo.

Según lo descrito por Wells (2009), el tratamiento metacognitivo para el TAG tiene una duración aproximada de 10 sesiones de terapia individual que varían dependiendo de factores relacionados a los usuarios y terapeutas, como nivel de introspección, motivación, e involucramiento con las tareas intrasesionales. Se divide en ocho etapas: Conceptualización de caso, socialización con la formulación del caso, presentación del modelo metacognitivo, desafío de creencias negativas sobre la incontrolabilidad de la preocupación, desafío de las creencias negativas sobre la peligrosidad de la preocupación, desafío de las creencias positivas sobre la preocupación, reforzamiento de nuevos planes de procesamiento, y prevención de recaídas.

Para presentar el caso a los usuarios se presenta una versión ideográfica del modelo metacognitivo del TAG, y se revisan episodios recientes de ansiedad y se hacen ejercicios experienciales para cuestionar la utilidad de las estrategias de control conductuales y supresión cognitiva. Para cuestionar las creencias sobre la incontrolabilidad se adiestra en el uso del detached mindfulness, y se hacen ejercicios de posposición de la preocupación y revaloración cognitiva. La peligrosidad de la preocupación se cuestiona con estrategias de revaloración cognitiva y experimentos conductuales. Las mismas estrategias se utilizan para cuestionar las creencias metacognitivas positivas inadecuadas, p.e. que la preocupación ayuda a anticipar los resultados de los eventos. Finalmente, la práctica de nuevos planes de procesamiento requiere la exposición a eventos detonadores de la

preocupación y la práctica de la posposición de la preocupación sustituyéndola por ejercicios de detached mindfulness, y suspensión de conductas de control por afrontamiento activo. Se cree que este paso contribuye a prevenir las recaídas.

El modelo metacognitivo se asemeja teóricamente al MIRE y MIRE-G, ambos modelos distinguen la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para regularla, y consideran que el trastorno emocional resulta del uso de estrategias de auto-regulación patológicas, ambas teorías enfatizan la necesidad de identificar las estrategias de monitoreo de estímulos, supresión cognitiva, rumiación, preocupación, y conductas de control. Difieren teóricamente en que el MIRE es un modelo transdiagnóstico que se basa en principios básicos de aprendizaje y adopta explícitamente un modelo de regulación emocional, y desarrolla su teoría psicopatológica de las teorías de los dos factores y del trastorno por evitación experiencial. Los modelos difieren clínicamente en que el MIRE y MIRE-G utilizan diversidad de estrategias de validación, identificación de valores, activación conductual, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, y prestan menos atención a la modificación de creencias metacognitivas, pues las segundas se consideran estrategias auxiliares y no centrales en la modificación clínica.

La efectividad de la terapia metacognitiva adaptada para el trastorno de ansiedad generalizada se ha probado en diversos estudios de caso y estudios aleatorizados controlados. Destaca un estudio aleatorizado realizado por Wells y King (2006) con pacientes con diagnóstico principal de TAG con un periodo de evolución de entre 2 y 60 años, con el 50% con más de un diagnóstico, y 40% con un trastorno depresivo. Ninguno de ellos tenía un diagnóstico en el eje II. Los resultados fueron amplios y estadísticamente significativos. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de ansiedad de Beck, Inventario de depresión de Beck, Y un cuestionario de preocupación que evalúa ansiedad

como rasgo, preocupación social y preocupación ante la salud. El 75% de los usuarios se mantuvieron recuperados después de un año. Otro estudio aleatorizado (Wells, Welford, King, Papageorgiu, Wisely & Mendel, 2008), mostró que la terapia metacognitiva fue superior al entrenamiento en relajación en el tratamiento de pacientes diagnosticados con TAG. La recuperación fue total en el 80% de los casos en el posttest, 70% a los seis meses, y 60% después de un año según los resultados en el cuestionario de preocupación de la universidad de Pensilvania. Estos resultados son más amplios que otros estudios donde se compara el entrenamiento en relajación con los efectos de la terapia cognitiva y tratamientos cognitivo conductuales mixtos (Fisher, 2006; Wells, 2009).

#### **2.4.2 Terapia conductual basada en la aceptación para el TAG.**

Las personas con TAG parecen estar conscientes de la forma en que la preocupación reduce su malestar emocional (Borkovec & Roemer, 1995; Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas & Ladoucer, 1994). En consecuencia, Roemer y Orsillo (2005) concluyen que la forma más desadaptativa de evitación en este trastorno es la experiencial. La intensidad de la evitación experiencial se asocia a la intensidad y seriedad tanto de la preocupación subclínica, como del TAG (Roemer, Salters, Raffa & Orsillo, 2005).

Las personas con TAG evitan sus experiencias internas enfocándose en múltiples eventos futuros. Borkovec (2002), señala que este enfoque evita que las personas se concentren en su momento presente, y sirve para reducir el malestar que generan sus temores, tristezas, o enojos actuales. Sin embargo, esta distracción del presente trae problemas a largo plazo como: (a) La incapacidad para responder a las contingencias contextuales, desarrollar conductas adaptativas, y usar las emociones adaptativamente

(Roemer & Orsillo, 2005, 2009); (b) Y la interferencia con la habituación psicológica y el procesamiento emocional (Foa & Kozac, 1986).

Este modelo corresponde con el de evitación experiencial, según el cual, los intentos voluntarios para evadir el malestar subjetivo tiene diversos efectos paradójicos (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996; Gross & Levenson, 1993; Purdon, 1999; Wegner, 1994). Para Hayes y sus colaboradores (1999), la evitación experiencial resulta de una asociación aprendida entre diversas experiencias internas y una amenaza, en el caso de las personas con TAG, la tendencia a interpretar las propias emociones como una amenaza y los intentos de evadirlas es un importante factor de mantenimiento del trastorno (Roemer & Orsillo, 2005; 2009).

Estrategias específicas de evitación experiencial como la interpretación de eventos ambiguos como amenazantes, y el monitoreo de estímulos negativos, amplifican la frecuencia de emociones negativas y la detección de señales contextuales que orienten un comportamiento adaptativo (MacLeod & Rutherford, 2004; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco, 2005). Este monitoreo de amenazas también se dirige a señales internas, y junto con el activo juicio negativo hacia ellas, evita concentrarse en una experiencia a la vez y aprender a distinguir emociones específicas (Gross & Levenson, 1997; Roemer & Orsillo, 2005; Wegner, 1994), este impedimento es la base del desarrollo de la alexitimia, otro factor asociado al TAG. El enjuiciamiento negativo de las propias emociones también contribuye a la amplificación emocional, el desarrollo de emociones secundarias negativas, y el incremento de la intensidad de la urgencia por evadirlas.

Las personas con TAG presentan una gran cantidad de conductas de evitación sutil (Butler et al. 1987), esta tendencia resulta en rigidez conductual e interferencia del comportamiento adaptativo (Borkovec et al. 2004). Sus repertorios conductuales se

restringen y se reduce la exhibición de acciones orientadas a actividades de relevancia personal (Hayes et al. 1999). En algunos casos las personas no son conscientes de que evitan situaciones y se vuelve tan habitual que pareciera inevitable, en vez de un acto consciente que restringe progresivamente su calidad de vida.

En resumen, muchas personas con TAG funcionan en “piloto automático” y son solo “espectadores de sus propias vidas”. Están tan concentrados en evadir amenazas potenciales que están distraídos de lo que ocurre en el presente, dejan de identificar la naturaleza de los problemas y sus soluciones, descuidan sus metas y valores personales, y su vida se vuelve cada vez menos satisfactoria (Roemer & Orsillo, 2005).

La terapia conductual basada en la aceptación es un tratamiento individual que integra elementos de terapia cognitivo conductual (Borkovec, 2002), terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al. 1999), terapia cognitiva centrada en el mindfulness (Williams & Teasdale, 2002), Reducción del estrés con base en el mindfulness (Kabat-Zinn, 1990) y terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993). Combina un énfasis en la aceptación experiencial y el cambio conductual. El curso del tratamiento es de 16 sesiones aproximadamente, donde las primeras 4 sesiones son de orientación al tratamiento y duran 90 minutos, y las siguientes sesiones duran 60 minutos. Las sesiones ocurren con semanalmente, con excepción de las últimas dos que son quincenales. Las primeras siete sesiones se enfocan en la introducción sobre conceptos importantes del tratamiento, a través de la psicoeducación, ejercicios experienciales, metáforas, tareas de auto-monitoreo, práctica regular de ejercicios de mindfulness y ejercicios de detección de valores. Las sesiones finales se enfocan en el establecimiento de agendas conductuales orientadas a los valores y al fortalecimiento de la práctica del mindfulness.



La fase educativa del tratamiento enfatiza la relación entre la ansiedad, la preocupación como estrategia de evitación experiencial, sus consecuencias contraproducentes a largo plazo, y el desarrollo del TAG por la perpetuación de esta. Se enfatiza la naturaleza benéfica de las emociones (específicamente la ansiedad) y la preocupación, y las creencias supersticiosas por las que las personas se preocupan (preparación, motivación, etc.; Borkovec et al. 1999). Se realizan diversos ejercicios experienciales que ilustran los efectos negativos y contraproducentes de los intentos de supresión emocional.

Posteriormente se desarrolla una actitud de aceptación y compasión hacia las emociones negativas, y se practica la “voluntad de experimentarlas” mientras se agendan actividades valiosas para los usuarios. Las estrategias de aceptación involucran una mezcla de técnicas de mindfulness con estrategias de relajación (Bernstein, Borkovec & Hazlett-Stevens, 2000; Roemer & Orsillo, 2009; Seal et al. 2002). Para facilitar la práctica y generalización de estas estrategias, se prescriben prácticas intrasesionales de mindfulness formal e informal, los objetivos son desarrollar auto-compasión sobre la propia experiencia emocional y un sentido de Self trascendental (Kabat-Zinn, 1994; Roemer, Salters-Pedneault & Mennin, 2005).

El cambio conductual depende de estrategias de toma de conciencia sobre la inconsistencia entre las acciones presentes y los valores, y el establecimiento de compromisos semanales para retomar direcciones valiosas. Por último, la prevención de recaídas depende del establecimiento de recordatorios sobre las estrategias que resultaron útiles para los usuarios, la práctica regular de estrategias de afrontamiento aprendidas, y recordatorios de valores y agenda de metas a largo plazo.

Los datos sobre la efectividad del tratamiento son preliminares, existen dos estudios que sugieren su efectividad y necesitan hacerse más investigaciones al respecto (Roemer & Orsillo, 2005). En un primer estudio, 13 terapeutas posdoctorados trataron a dieciséis pacientes, 56.3% femeninos, 87.5% caucásicos, con edades promedio de 36.44 años (DE = 12.34). Fueron diagnosticados con TAG según un evaluador externo que utilizó la entrevista de trastornos de ansiedad-IV (ADIS-IV; DiNardo, Brown & Barlow, 1994). Todos los pacientes presentaban un trastorno del estado de ánimo o ansiedad adicional. Seis usuarios tomaban medicamento y sus dosis permanecieron estables durante el estudio. Después del tratamiento, todos los participantes mostraron reducciones significativas en la severidad del trastorno en medidas de auto-reporte en ansiedad, preocupación, síntomas depresivos, y frecuencia de diagnósticos adicionales. También se mostraron reducciones en medidas que evalúan los mecanismos de cambio propuestos, evitación experiencial y miedo a las propias emociones. Los participantes mostraron mejoría en otras escalas que evalúan calidad de vida. Los resultados sugieren que el tratamiento impactó en los mecanismos deseados y que impacta mecanismos de valor transdiagnóstico. El mantenimiento de los resultados se confirmó en un seguimiento después de tres meses.

Otro estudio aleatorizado controlado mostró la efectividad del tratamiento. La muestra fue de 17 participantes con TAG, 86% con trastornos adicionales. 9 participantes fueron mujeres y la mayoría caucásicos. El grupo MIRE-G mostró mejoras significativas en TAG, diagnósticos adicionales, ansiedad, preocupación y síntomas depresivos. Reducciones de evitación experiencial, miedo a las emociones y desregulación emocional.

La terapia conductual basada en la aceptación para el TAG influyó en el desarrollo del MIRE (Reyes & Heman, 2012). En su aspecto teórico, ambos modelos distinguen entre la experiencia emocional y las estrategias utilizadas para regularla, consideran que la

desregulación emocional es consecuencia del uso de estrategias inefectivas de regulación emocional inefectivas, se basan en principios básicos de aprendizaje, y adoptan las teorías de los dos factores y del trastorno por evitación experiencial para explicar el uso continuado de las estrategias inefectivas y el desarrollo de la disfuncionalidad psicosocial. Como tratamiento, se asemejan en su naturaleza educativa, la adopción del modelo de trastorno por evitación experiencial, y sus objetivos del desarrollo de la aceptación emocional y compromiso con los valores, ambos tratamientos se concentran en la experiencia emocional global y no solo en la ansiedad. Difieren en que el MIRE y MIRE-G enfatizan con mayor detalle las diversas estrategias de regulación emocional transdiagnósticas relevantes a la desregulación emocional y la formulación explícita de los supuestos de control. Las similitudes se interpretan como una confirmación de la posibilidad de tratar y explicar el TAG con el MIRE-G.

### **2.4.3 Terapia de regulación emocional.**

Aunque existen diversos tratamientos eficaces para diversos trastornos emocionales, aún existen condiciones que presentan una alta tasa de recaídas (p.e. depresión; Segal, Williams & Teasdale, 2002), pobre capacidad para retomar el funcionamiento (p.e. TEPT; Cloire et al. 2002), y una recurrencia persistente de los síntomas (p.e. TAG; Borkovec & Ruscio, 2001). De acuerdo a Douglas, Mennin y Fresco (2010), se necesitan desarrollar nuevos tratamientos que permitan reducir los síntomas, e incrementar la funcionalidad y calidad de vida, se cree que el entendimiento de las emociones como procesos psicológicos básicos puede ayudar a crear mejores tratamientos para estas formas de psicopatología (Mennin & Farach, 2007).

Dadas las evidencias que demuestran el papel que juega la desregulación emocional en el mantenimiento del TAG, Mennin, Heimberg, Turk y Fresco (2005) desarrollaron un tratamiento para este trastorno que parte de un modelo de regulación emocional. En la *terapia de regulación emocional* (TRE) (Mennin et al. 2007) se define la desregulación emocional como la respuesta desadaptativa a las emociones, reflejada en un pobre entendimiento emocional, rechazo de la experiencia emocional, y su pobre manejo.

- a) El pobre entendimiento de las emociones se refiere a dificultades en clarificar, nombrar y diferenciar emociones, y sus mensajes motivacionales; e integrar estas señales para dar significado a las experiencias, generar opciones de acción, y responder efectivamente a los contextos cambiantes.
- b) El *rechazo emocional* es la reacción cognitiva negativa a las emociones, se refleja en la activación de creencias negativas sobre las emociones y evitación experiencial.
- c) El pobre manejo emocional se refleja en las dificultades para distinguir cuando es necesario incrementar o disminuir la experiencia emocional, según lo que es apropiado para la situación en particular. Estas dificultades se traducen en complicaciones para tranquilizarse, generar nuevas experiencias emocionales, controlar impulsos, identificar diversas estrategias de regulación emocional, y persistir en acciones orientadas a metas.

La *TRE* utiliza un modelo de regulación emocional e integra componentes de (a) terapia cognitivo conductual (p.e. psicoeducación, auto-monitoreo, toma de perspectiva metacognitiva, solución de problemas, y ejercicios de relajación) (Borkovec & Sharpless, 2004; Dugas & Robichaud, 2007); (b) terapia conductual dialéctica, basada en la aceptación y en el mindfulness (ejercicios de mindfulness, desarrollo de voluntad, y compromiso con valores) (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Linehan, 1993; Roemer & Orsillo, 2008; Segal

et al. 2002); y (c) terapia experiencial (p.e. uso de la empatía, y ejercicios experienciales) (Elliot, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Gendlin, 1996; Greenberg, 2002). Los objetivos del tratamiento son la disminución de las reacciones dirigidas a controlar las emociones (p.e. preocupación o supresión cognitiva), incrementar la habilidad para aceptar la experiencia emocional, adaptar la respuestas a las emociones acorde a las demandas situacionales, y utilizar la información emocional para solucionar problemas adaptativamente, tomar decisiones, y actuar acorde a los valores personales.

Este tratamiento continua desarrollándose actualmente, los datos preliminares de un estudio aleatorizado controlado parecen prometedores (Douglas, Mennin & Fresco, 2010; Mennin, Fresco, Ritter, Heimberg & Moore, 2008). Actualmente, el tratamiento consiste de 20 sesiones semanales. La *fase I* consta de las primeras cuatro sesiones y se enfoca en la psicoeducación sobre el modelo de regulación emocional. La *fase II* consta de las siguientes seis sesiones y se orienta al desarrollo de habilidades de decentramiento, aceptación y automanejo. Las siguientes seis sesiones, o *fase III*, se concentran en el compromiso proactivo de actuar acorde a valores y desarrollo de habilidades relacionadas. La *fase IV* consiste de las últimas cuatro sesiones y se enfoca en la consolidación de habilidades, mantenimiento de acciones congruentes con los valores y manejo de recaídas. La TRE se estructura por fases (Cloitre et al. 2005; Linehan, 1993) y se orienta al desarrollo de habilidades durante su primera mitad, y su segunda parte se orienta a la práctica mediante ejercicios de exposición.

En la fase I se utiliza un modelo psicoeducacional sobre el TAG y un modelo de conflicto entre la orientación hacia la evitación emocional o el compromiso con los valores (Dollard & Miller, 1950; Higgins, 1997). Se usan ejercicios experienciales para fortalecer la psicoeducación, y tareas intrasesionales que incluyen prácticas de automonitoreo y

mindfulness para incrementar la conciencia de las emociones y sus componentes (Bishop et al. 2004, Kabat-Zinn, 1990) y tareas de escritura (Sloan, Marx & Epstein, 2005) para generar narrativas sobre sus experiencias de ansiedad. Las estrategias de mindfulness se utilizan junto con técnicas de relajación como la respiración diafragmática, la relajación muscular progresiva y el escaneo corporal para incrementar la flexibilidad somatovisceral y muscular, en vez de solo regular los niveles de activación fisiológica (Roemer & Orsillo, 2008).

En la fase II los usuarios desarrollan flexibilidad en sus respuestas hacia sus emociones practicando el decentramiento, aceptación emocional, y la conciencia plena de sus emociones difíciles. Se realizan prácticas cotidianas de estas habilidades y se usan formas breves para usar en momentos difíciles. El decentramiento es similar a la desliteralización cognitiva (Hayes et al. 1999) y se refiere a la habilidad de notar la temporalidad de las experiencias psicológicas y separarlas de la “verdad” de los eventos reales, se usan diversas prácticas de mindfulness y desliteralización cognitiva para lograr esta meta. Las habilidades de aceptación se desprenden de diversas terapias conductuales basadas en la aceptación, se usan para facilitar la experiencia emocional y aprender a determinar su utilidad funcional en la toma de decisiones (Damasio, 1994; Hayes et al. 1999; Romer & Orsillo, 2008; Segal et al. 2002). La TRE incorpora estrategias de terapia cognitivo conductual para aprender a tranquilizarse en la presencia de emociones intensas y distresantes, destacan las estrategias de acción opuesta (Linehan, 1993) o modificación de tendencias de respuesta (Barlow et al. 2004), estas requieren en análisis de claves situacionales que indiquen la funcionalidad de la emoción y evitar voluntariamente actuar acorde a las emociones desadaptativas. También se utilizan estrategias de revaloración cognitiva para responder a pensamientos autocríticos (Segal et al. 2002).

La tercera fase inicia identificando los valores de los usuarios, sus más altas prioridades y sus principios más queridos (Hayes et al. 1999; Wilkson & Murrell, 2004). Se usan estrategias experienciales para identificarlos y detectar obstáculos en el mantenimiento de acciones valoradas, finalmente se establecen tareas actuar valoradamente entre sesiones. En la TRE se cree que estos ejercicios representan estrategias de exposición. Los obstáculos para actuar de forma valorada se clasifican en conflictos motivacionales, respuestas autocríticas a las propias emociones, y problemas no resueltos con figuras de seguridad o autoridad. Se usan técnicas de terapia centrada en la emoción (Elliot et al. 2004; Greenberg, 2002; Newman, Castonguay & Borkovec, 2008) para lidiar con los últimos. De acuerdo a la TRE, los conflictos motivacionales son el obstáculo más grande para lograr la acción valorada, se utilizan ejercicios de diálogo entre las partes en conflicto para obtener una postura equilibrada. Las barreras externas para la acción valorada se evalúan y se superan utilizando estrategias de aceptación o habilidades de afrontamiento.

En la fase final de la TRE se consolidan las ganancias y se prepara a los usuarios para la finalización del tratamiento. Se revisan los progresos hechos respecto a las metas iniciales del tratamiento y se considera la necesidad de seguir trabajando sobre algún tema específico. Se discute como seguir practicando las estrategias del tratamiento y se establecen acciones valoradas a largo plazo. Se anticipa la posibilidad de la recaída y se establecen planes para manejarlas apropiadamente (Dugas & Robicaud, 2007).

Según Douglas, Mennin y Fresco (2010), la TRE podría aplicarse a diversos trastornos con desregulación emocional aunque solo se haya evaluado con usuarios con TAG. Sin embargo, señalan la necesidad de investigar sobre su efectividad y determinar si es un tratamiento más útil que los ya conocidos para problemas emocionales. Finalmente, reconocen la necesidad del desarrollo de tratamientos parsimoniosos y consideran

importante investigar sobre los elementos más efectivos del tratamiento, para poder simplificarlo y hacerlo más accesible.

La TRE presenta muchas similitudes con el MIRE: (a) Se basan en un modelo de regulación emocional; (b) Ataca procesos de valor transdiagnóstico; (c) Incorpora estrategias de psicoeducación, aceptación, regulación emocional y centradas en los valores; Y (d) ambos tratamientos tienen una estructura similar. Sus principales diferencias están (a) en la importancia que dan a estrategias de relajación, el MIRE evita usar estrategias de relajación para modificar la experiencia emocional, pero reconoce su valor para sustituir estrategias de regulación emocional conductuales inefectivas; (b) el MIRE cuenta con un modelo teórico integrativo más extenso, que orienta la toma de decisiones a lo largo del tratamiento y previene utilizar diversas estrategias clínicas de manera ideoscincrásica (bajo la lógica del todo se puede); (c) el MIRE hace un mayor énfasis en la validación emocional y el cuestionamiento de supuestos de control; (d) el TRE es un tratamiento individual y el MIRE-G es grupal; (e) el MIRE y MIRE-G identifican de manera más explícita las diversas estrategias de regulación emocional inefectivas; y (f) ambos protocolos difieren notablemente en su extensión (20 sesiones para el TRE y 8 sesiones para el MIRE-G). A pesar de que el TRE es un tratamiento extenso e incorpora estrategias no contempladas en el MIRE-G ambas opciones utilizan estrategias orientadas a las mismas metas y no existen evidencias para suponer que esta discrepancia representa una diferencia significativa en el impacto de los tratamientos. Con estas similitudes y diferencias, se asume que el MIRE es un modelo que puede ser utilizado para explicar problemas de TAG, y que el MIRE-G puede ser utilizado para continuar investigando sobre su tratamiento.



#### **2.4.4 Modelo cognitivo de la ansiedad generalizada.**

Este modelo se basa en una teoría valorativa sobre la ansiedad desarrollada por Clark y Beck (2010), e incorpora aportaciones teóricas de otros investigadores cognitivos (Borkovec, 1994; Borkovec et al. 1991; Dugas, Gagnon et al. 1998; Eysenck, 1992; Wells, 1995, 1999; Woody & Rachman, 1994). Según el modelo, la ansiedad generalizada consta de tres fases, una fase evocativa, otra de procesamiento automático y otra de procesamiento propositivo.

El modelo supone que la preocupación refleja las circunstancias de vida y metas de los individuos. Se cree que nuestros obstáculos vitales, situaciones presentes y luchas personales son un importante catalizador de la preocupación. La *fase evocativa* inicia con la presencia de una de estas circunstancias, y la activación de los esquemas (creencias) de baja auto-confianza y vulnerabilidad características del individuo propenso a la ansiedad. En este momento aparecen en la conciencia pensamientos intrusivos relacionados a la incertidumbre de la amenaza y la capacidad de defender las metas personales (pensamientos ansiosos). Estos pensamientos no aparecen voluntariamente y son muy difíciles de controlar (Rachman, 1981). Según el modelo, los pensamientos ansiosos disparan el proceso de preocupación al activar los esquemas de amenaza y vulnerabilidad (Clark & Beck, 2010).

La *fase de procesamiento automático* contiene tres elementos. El primero es la *activación de los esquemas*, según el modelo los pensamientos ansiosos son activadores y consecuencia de la activación de los esquemas relacionados a la ansiedad. Existen cuatro esquemas característicos del TAG (Clark & Beck, 2010): (a) *Relacionados a las amenazas*, creencias sobre la probabilidad de ocurrencia de una amenaza a la seguridad física o psicológica; (b) *Relacionados a la vulnerabilidad personal*, creencias sobre la indefensión,

inadecuación, y carencia de recursos de afrontamiento; (c) *Intolerancia a la incertidumbre*, creencias sobre la frecuencia, consecuencias, evitación e intolerancia a los eventos ambiguos; (d) *Metacognitivos*, creencias sobre los efectos positivos y negativos de la preocupación. El segundo elemento son los *sesgos atencionales a las amenazas*, y se refiere a la selección automática de señales relacionadas a la amenaza (MacLeod & Rutherford, 2004; Mathews & MacLeod, 1994; Matthews & Funke, 2006), no estando claro si estos sesgos se dirigen solo a las amenazas o a cualquier estímulo negativo. Según Clark y Beck (2010), esto explicaría la generalidad de las preocupaciones del TAG. Por último, los sesgos de interpretación de amenazas se consideran producto de un sesgo de procesamiento de la información congruente con los esquemas activos (Clark & Beck, 2010).

Por último, la fase elaborativa se considera el corazón del TAG y la única etapa del proceso que puede ser intervenida por la psicoterapia cognitiva (Clark & Beck, 2010). El modelo conceptualiza la preocupación como un esfuerzo por suprimir o contrarrestar la activación de los esquemas relacionadas a las amenazas revalorando las amenazas y vulnerabilidad personal (Beck & Clark, 1997). Sin embargo, ya que estos esquemas están activos sesgan la interpretación de la propia preocupación y esta se considera estresante, inefectiva, incontrolable y auto-dañina. Esto motiva intentos por controlar o suprimir la preocupación, racionalizar los eventos, o distraerse de ellos (Wells, 1999). Estos intentos son inefectivos y a la larga resultan en la persistencia de la preocupación (Wenzlaff & Wegner, 2000). Finalmente, los intentos de sentirse seguros haciendo uso de estrategias de monitoreo, chequeos, o dependencia de otras personas fallan en tranquilizar al individuo y son contraproducentes, pues la activación de los esquemas negativos sesga cualquier resultado y genera mayor incertidumbre y desesperanza. Esta información retroalimenta los

esquemas y genera un círculo vicioso que solo puede ser frenado corrigiendo los sesgos de procesamiento de información que los mantienen.

El tratamiento propuesto por Clark y Beck tiene como meta la reducción de la frecuencia, intensidad y duración de la preocupación. Para esto, se asume es necesario modificar los cuatro tipos de esquemas negativos. Se cree que el tratamiento exitoso transformará la preocupación inefectiva por un proceso productivo orientado a la resolución de problemas. La duración del tratamiento varía dependiendo de las metas de los pacientes y la complejidad de su problema.

El tratamiento inicia con una fase educativa, se introduce el modelo cognitivo del TAG y los objetivos del tratamiento. Al finalizar esta fase los usuarios deben aceptar que el problema no es la preocupación por sí misma, sino la forma en que se preocupan.

Le sigue una segunda etapa orientada a la distinción entre la preocupación productiva e improductiva (Leahy, 2005). Se usa el diálogo socrático y el descubrimiento guiado para identificar diferencias entre los episodios de preocupación improductivos de los productivos.

Posteriormente se usan estrategias de revaloración cognitiva para identificar y cuestionar los pensamientos ansiosos y sus esquemas relacionados. De manera paralela se utilizan ejercicios de inducción de la preocupación y descatastrofización. En estos ejercicios se anima al usuario a preocuparse voluntariamente y generar un guión con los peores resultados anticipados posibles, finalmente se anima al usuario a escribir una respuesta hipotética ante estos eventos (Craske & Barlow, 2006; Rygh & Sanderson, 2004).

Para lidiar con las creencias metacognitivas negativas sobre la propia preocupación se usan ejercicios de exposición a la preocupación (Borkovec et al. 2004; Craske & Barlow, 2006; Rygh & Sanderson, 2004; Wells, 1997). También se usa la exposición de la

preocupación donde se usan estrategias de resolución de problemas en los tiempos acordados para preocuparse.

Después, se entrena a los usuarios a escribir aspectos positivos sobre las situaciones relacionadas a la preocupación. Se busca contrarrestar los sesgos cognitivos automáticos y ayudar a las personas a desarrollar una perspectiva realista y balanceada sobre la propia preocupación.

Se usan estrategias de revaloración cognitiva para cuestionar los esquemas metacognitivos y sobre la incertidumbre. Para desarrollar tolerancia a la incertidumbre se educa a los usuarios sobre la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la preocupación, y se cuestionan las creencias sobre la incertidumbre. Este cuestionamiento se dirige a la aceptación de la incertidumbre como un proceso natural en la vida humana. Al final se usan ejercicios de exposición a la incertidumbre donde la persona es expuesta progresivamente a situaciones de mayor incertidumbre (Robichaud & Dugas, 2006).

De ser necesario se incorpora el entrenamiento formal en solución de problemas (D'Zurilla & Nezu, 2007). Estrategias de reenfoque de la atención al momento presente para desviar la atención del futuro hipotético (Borkovec et al. 2004), se usa un método donde: (a) Se identifican las predicciones futuras, se identifica su imprecisión, se sustituyen por predicciones más realistas; (b) Se cuestiona la posibilidad de anticipar con precisión el futuro; Y (c) se revalora el momento presente a partir de sus valores personales. Finalmente se contempla la posibilidad de usar técnicas de relajación para usuarios que experimenten intensa ansiedad somática.

Clark y Beck (2010) mencionan varios estudios que documentan la efectividad de diversos modelos basados en la terapia cognitiva para el TAG, este metanálisis indica la efectividad de entre un 50% y 60% de los usuarios postratamiento, pocos de estos estudios

cuentan con sesiones de seguimiento. El tratamiento propuesto por los autores incorpora elementos de programas probados pero no es un tratamiento estandarizado sino una recomendación para desarrollar programas de intervención personalizados (similar al MIRE), por lo tanto no existen evidencias sobre su efectividad más allá de la eficacia de sus estrategias utilizadas o de modelos semejantes. Los autores también revisan la evidencia sobre su modelo teórico y concluyen que no existen evidencias significativas respecto a la *teoría del esquema*, pero los elementos del modelo relacionados con los sesgos de procesamiento cognitivos en la ansiedad y sobre las funciones de la preocupación son consistentes con las evidencias.

A pesar de estas limitaciones, el modelo cognitivo y la teoría del esquema (Beck, 2011) son influyentes en la comunidad clínica cognitivo conductual, y es relevante para evaluar la posibilidad de usar el MIRE como un modelo explicativo y de tratamiento del TAG. Las fases evocativa y de procesamiento automático del modelo cognitivo y la activación de la experiencia psicológica del MIRE, son tan similares en su dimensión fenomenológica que podrían considerarse equivalentes, sin embargo difieren en que el modelo cognitivo explica los sesgos de procesamiento a partir de la teoría del esquema y el MIRE los explica a partir de la investigación básica sobre las emociones y las teorías de redes semánticas y condicionamiento clásico. Estas teorías gozan de un mayor sustento empírico y por lo tanto son más adecuadas para la construcción de una teoría construida a partir de evidencias, por otra parte se piensa que la teoría del esquema es circular y que su naturaleza semántica resulta inadecuada e impráctica (ver Wells, 2000, para una revisión comprensiva sobre las críticas a la teoría del esquema). En su aspecto clínico, el modelo cognitivo depende en gran medida de estrategias que trabajan sobre procesos semánticos, mientras que el MIRE y MIRE-G enfatizan el trabajo sobre procesos metacognitivos y

conductuales, sin embargo comparten blancos de intervención y objetivos comunes: Incorporan técnicas de solución de problemas y de mindfulness para desarrollar estrategias de regulación emocional efectivas y de reorientación al presente, y dan importancia a la identificación y cuestionamiento de creencias relacionadas con la vulnerabilidad, incertidumbre y preocupación.

En resumen, el MIRE ataca los mismos mecanismos patológicos y de cambio que el modelo cognitivo, y aun cuando difiere de algunas estrategias usadas en los tratamientos cognitivo conductuales basados en este modelo, utiliza estrategias de efectividad comprobada para lograr los mismos objetivos. En conclusión, el MIRE-G podría ser una alternativa para tratar el TAG, restando la prueba de esta comparación en estudios controlados.

Después de haber revisado los modelos presentes se concluye que el MIRE es un modelo adecuado para explicar el desarrollo y mantenimiento del TAG, y que puede representar una buena alternativa para su tratamiento. Las mismas conclusiones se generalizan al MIRE-G. En el capítulo 3 se destacarán las aportaciones del MIRE-G, y se profundizará sobre sus diferencias con los modelos revisados.

## **2.5 Modelo integrativo de regulación emocional adaptado al TAG**

El MIRE es un modelo transdiagnóstico y puede ser adaptado para explicar con mayor especificidad diversos trastornos. En base a la información anteriormente revisada, se desarrolló una adaptación del modelo genérico del MIRE para describir con mayor precisión el TAG. Esta adaptación no representa una modificación de la teoría del MIRE ni de su protocolo de tratamiento, o del MIRE-G. Esta adaptación se generó con fines académicos y clínicos, se espera que pueda usarse como una herramienta educativa que

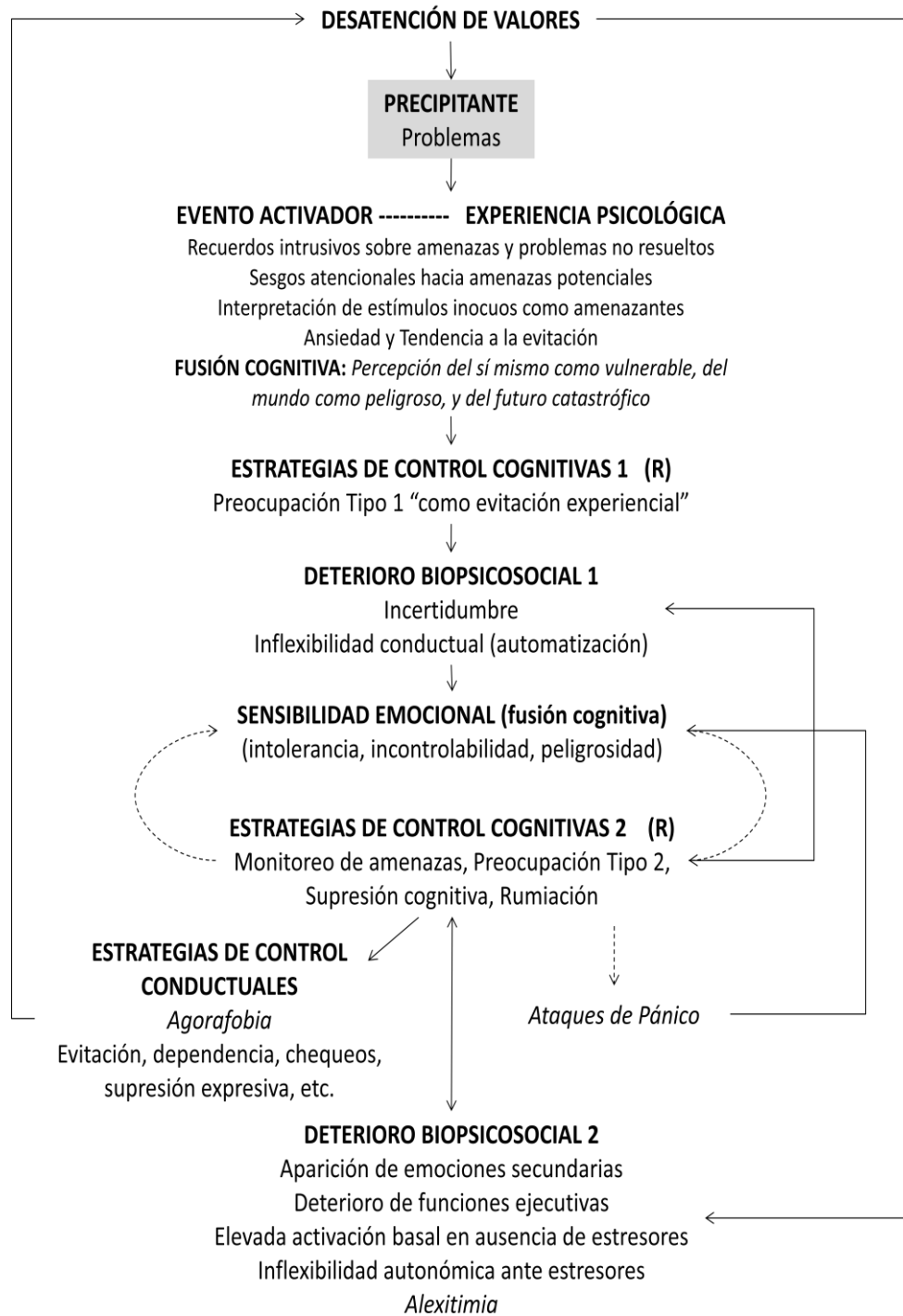
ayude a explicar la naturaleza del problema a usuarios con este diagnóstico, y a estudiantes interesados en su tratamiento.

La figura 2.1 es un esquema del MIRE adaptado al TAG. De acuerdo a este modelo, existe un *evento precipitante* de las emociones de miedo y ansiedad, el modelo supone que estas emociones reflejan la relación existente entre las circunstancias de vida actuales y las metas de los individuos. Los obstáculos para las metas más significativas de la persona representan *problemas*. Un problema presente o anticipado (o conjunto de problemas) puede amenazar para las metas personales más significativas (financieras, interpersonales, de salud, etc.). Se da por hecho que los problemas significativos no se resuelven fácilmente (normalmente), sea por su complejidad, carencia de recursos para solucionarlo efectivamente, o por tener una disposición negativa ante ellos ().

Si el problema no se resuelve la ansiedad recurre por sesgos de reconocimiento y recuerdo de información. Estos sesgos se manifiestan como pensamientos recurrentes sobre él. Cualquier evento que se relacione con el recuerdo del problema se considera un *evento activador* de la ansiedad.

La ansiedad es útil porque promueve el afrontamiento del problema, sesga el procesamiento informacional para facilitar la detección de amenazas y optimizar la toma de decisiones al respecto. Esta *experiencia psicológica* se compone (a) de *recuerdos intrusivos* de situaciones amenazantes similares o significativas; y (b) *sesgos atencionales* hacia señales relacionada con amenazas; que resultan en una (c) *interpretación* sesgada, donde los eventos son valorados preferentemente como relevantes y amenazantes para las metas personales, lo que contribuye al mantenimiento de la ansiedad. (d) También se presentan respuestas fisiológicas (elevación del ritmo cardiaco y temperatura, tensión muscular, etc.) y tendencias motivacionales (evitación o escape) que preparan al organismo a la acción. En

**Figura 2.1** Modelo integrativo de regulación emocional adaptado para el trastorno de ansiedad generalizada.





conjunto, la experiencia psicológica genera una valoración subjetiva del *sí mismo* como vulnerable, *del mundo* como amenazante, y del *futuro* como catastrófico o incierto (Clark & Beck, 2010). De acuerdo con el modelo, esta experiencia no es problemática a menos que se experimente de manera literal (con *fusión cognitiva*), y la persona no vea esta experiencia como una emoción, sino que realmente crea que está desesperanzada frente a un peligro inminente.

La preocupación es una estrategia de regulación emocional natural ante la ansiedad, es efectiva si se dirige a la resolución de problemas (orientada al evento), y problemática si se utiliza para evitar la experiencia (orientada a la respuesta emocional). Si se usa para lo segundo se refuerza negativamente por resultar en la distracción del problema, posponer enfrentarlo, distraer de la respuesta somática, o generar una sensación de “estar en control” (poder anticiparse al problema, ser capaz de enfrentarlo con mayor efectividad, sentirse seguro y estar motivado para resolverlo, etc.). El diagrama representa estos reforzamientos con una (R). Si se usa como estrategia de regulación orientada al evento, la preocupación se reforzaría por la solución de este. En el modelo, el uso de la preocupación para la evitación experiencial es el primer paso al desarrollo del TAG. La preocupación como estrategia de evitación experiencial se denomina *preocupación tipo 1* en el modelo, se caracteriza por la anticipación de todos los escenarios posibles y la búsqueda de planes de resolución infalibles. Como las personas no pueden anticipar de manera infalible la ocurrencia de los eventos, ni predecir con precisión las consecuencias de sus acciones, esta preocupación genera un efecto paradójico. La persona que acaba de sentirse en control experimenta un gran sentimiento de incertidumbre (descontrol) y vulnerabilidad ante el problema inicial, u otros problemas “inventados” durante el mismo proceso de preocupación. Por otra parte, el reforzamiento de la preocupación resulta en su

automatización, esta implica su práctica no consciente, prolongada, cíclica y sin objetivo cada que la persona se expone a un problema o señal relacionada con él. La práctica automática de una conducta impide la práctica de otras alternativas y el reforzamiento inmediato de la conducta la mantiene a pesar de sus posibles consecuencias negativas a largo plazo, por lo que se le denomina *inflexibilidad conductual*.

La automatización de la preocupación se relaciona a un incremento en la intensidad y frecuencia de las experiencias subjetivas de ansiedad, descontrol e incertidumbre. Cuando esta relación es detectada por la persona, estas experiencias se interpretan como incontrolables, y en consecuencia, intolerables y peligrosas. La experiencia literal de estas interpretaciones se llama *sensibilidad emocional*.

La sensibilidad emocional motiva el uso de otras estrategias de regulación emocional inefectivas: (a) El *monitoreo de amenazas internas* (cualquier pensamiento, sensación, sentimiento o impulso relacionado con la ansiedad) para valorar la efectividad de las estrategias de regulación; (b) La preocupación sobre las consecuencias de la propia ansiedad o *preocupación tipo 2*, que tiene como finalidad anticiparse a las consecuencias de la propia experiencia e idear soluciones sobre ella; (c) La *supresión cognitiva* para tratar de inhibir la experiencia; Y (d) la *rumiación* sobre eventos pasados para tratar de recordar una solución que pudiera usarse en el momento presente, o evitar ser sorprendido.

Estas estrategias generan un círculo vicioso donde cada intento por evadir la experiencia es evaluado, lo que resulta en el incremento de la sensibilización hacia la experiencia misma. Este efecto intensifica la sensibilidad emocional y la necesidad de reiniciar el proceso. Este círculo puede incrementar la ansiedad a tal grado que resulte en un *ataque de pánico* que reforzará las creencias de incontrolabilidad y peligrosidad de la ansiedad y preocupación. Sin embargo, la práctica de las estrategias también se refuerza por

la distracción momentánea de la experiencia de incertidumbre y la ganancia de un pequeño grado de control subjetivo. Esto da como resultado la inflexibilidad conductual de estas estrategias y, por estar encadenadas con los pasos anteriores, de todo el proceso: Primero ansiedad, segundo preocupación, tercero descontrol e incertidumbre, cuarto sensibilidad emocional, quinto intentos de inhibición emocional (monitoreo, preocupación tipo 2, supresión y rumiación).

Para evitar ser dañado por sus propias emociones o experimentar más ataques de pánico, el individuo comienza a usar una serie de *estrategias de control conductuales* como la evitación de situaciones, la dependencia de otras personas y la inhibición expresiva de sus sentimientos. A las primeras dos condiciones se les denomina *agorafobia*. Esta evitación impide la resolución de los problemas relevantes y por lo tanto mantiene la recurrencia de la ansiedad sobre ellos, contribuyendo a iniciar el círculo nuevamente. Por otra parte, la evitación indiscriminada y la alta inversión de esfuerzo concentrada en la evitación experiencial resulta en la disminución de frecuencia y eficacia de las acciones orientadas a valores. Esta *distracción de valores* se traduce en otros problemas significativos que vuelven a iniciar el proceso.

La rápida aparición de nuevos problemas y la poca inversión de esfuerzo dedicada a su resolución, consecución de metas, y acciones valiosas, resulta en una falta de estimulación de los sistemas dopaminérgicos o activadores conductuales y en una rigidización de los sistemas de lucha-huida-congelamiento. Estos resultados se pueden observar en la dificultad para regular el estado de ánimo, como la perpetuación de un afecto ansioso o irritable, descritos como una *elevada activación basal en ausencia de estresores* y *gran inflexibilidad autonómica ante la presencia de amenazas*. Otros síntomas asociados son: (a) El *deterioro del control sobre las funciones ejecutivas*, por la saturación de

recursos atencionales y de memoria de trabajo en el uso de las estrategias de control cognitivas; (b) La aparición de *emociones secundarias* como depresión y vergüenza por el fracaso o pérdida de consecución de metas valoradas, y el surgimiento de un afecto negativo prolongado por la incongruencia de las acciones presentes con metas; (c) Finalmente, los constantes intentos de inhibición emocional pueden resultar en *alexitimia* por evitar concentrar la atención en el evento emocional completo, esto impide nombrarlo, reconocer su significado y usar la propia emoción a su favor.

El modelo descrito distingue la experiencia emocional de ansiedad de las estrategias utilizadas para regularla. Se considera que el TAG es resultado del uso de estrategias de regulación emocional inefectivas que funcionan para inhibir las emociones indeseables a corto plazo y perpetuarlas a largo plazo. Este patrón de inflexibilidad conductual, dificultades para influir en las experiencias emocionales positivas y negativas, y complicación para actuar de una manera consistente con las metas y valores personales describen un problema de desregulación emocional. Las emociones, estados afectivos y de ánimo afectados en este caso son el miedo, la ansiedad, irritabilidad, depresión, felicidad y bienestar. Todas las estrategias de regulación emocional de valor transdiagnóstico contempladas por el MIRE son relevantes para el mantenimiento de este problema.

En este capítulo se revisaron datos relevantes respecto a la ansiedad, preocupación y su relación con el TAG. La información revisada es consistente con la teoría del MIRE y la información sobre la regulación y desregulación emocional revisada en el capítulo 1. También se describieron cuatro modelos clínicos sobre el TAG, dos modelos cognitivos, un modelo conductual, y otro modelo de regulación emocional, que tienen similitudes y diferencias con el MIRE y el MIRE-G. Se concluyó que el MIRE puede ser útil para explicar la etiología y mantenimiento del TAG, y que el MIRE-G puede representar una

opción para tratar el trastorno. En el siguiente capítulo se describe el MIRE-G, y se analizan sus elementos desde la información revisada en los capítulos 1 y 2.

## Capítulo 3

### El modelo integrativo de regulación emocional grupal

El presente capítulo describe los objetivos y estrategias clínicas del *Modelo Integrativo de Regulación Emocional Grupal* (MIRE-G) como una herramienta terapéutica conductual orientada al desarrollo de habilidades de regulación emocional efectivas. Se inicia recordando información relevante sobre regulación y desregulación emocional, y la importancia de la segunda en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología. Posteriormente se resumen los objetivos y características del *Modelo Integrativo de Regulación Emocional* (MIRE), y se describen sus alcances. Se puntualizan las características del MIRE-G como una alternativa al MIRE que pudiera resolver sus limitaciones; también se mencionan sus objetivos, estructura, estrategias y método. Finalmente se recuerdan las razones por las cuales se cree que el MIRE-G pudiera ser aplicable al tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).

#### 3.1 La regulación emocional en síntesis

En el capítulo 1 se definió regulación emocional como *el proceso mediante el cual los individuos influyen en las emociones (positivas y negativas) que ellos mismos y otras personas experimentan, cuando las experimentan, como las experimentan, y como las expresan* (Gross & Thompson, 2007); acorde a Leahy, Tirch y Napolitano (2011) *la regulación emocional adaptativa requiere la implementación de estrategias de afrontamiento que favorezcan el reconocimiento y procesamiento emocional, y que a su vez incrementan el funcionamiento productivo (acorde a metas valoradas y propósitos individuales) a corto y largo plazo*. Por el contrario, definen *la desregulación emocional es*

*la dificultad o inhabilidad para afrontar las emociones y permitir el adecuado procesamiento emocional.* La desregulación emocional es un proceso transdiagnóstico relacionado al surgimiento y mantenimiento de alrededor de un 75% de los trastornos tipificados en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación psiquiátrica americana en su cuarta edición revisada (DSM-IV Tr) (Barlow, 2000; Kring & Werner, 2004).

La evitación situacional, conductas de control y seguridad situacional, estrategias de manipulación atencional (rumiación, preocupación, distracción, supresión cognitiva y monitoreo de amenazas), sensibilidad emocional e inhibición emocional (expresiva y evitación experiencial), subyacen a la desregulación emocional y su intervención permite corregirla.

El MIRE es un tratamiento conductual individual que tiene como objetivos el desarrollo de habilidades de tolerancia al malestar psicológico, el desarrollo de una actitud de aceptación ante el malestar psicológico, el fortalecimiento de habilidades de solución de problemas psicosociales, y el fortalecimiento de habilidades relacionadas con la construcción de relaciones sociales constructivas y duraderas. Se desarrolla a partir de la investigación en procesos psicológicos básicos, psicopatología experimental y modelos clínicos sustentados en evidencias.

Comienza con una fase de conceptualización de caso donde se identifican las experiencias de aprendizaje que pueden haber contribuido al desarrollo de su experiencia emocional y las que pudieron contribuir al desarrollo de las estrategias de control improductivas; Sigue una fase de validación emocional donde se identifica el valor de las emociones y su funcionalidad, se despatologizan las emociones del usuario y se valida su derecho del usuario a sentirla; En la tercera fase se sustituyen las estrategias de regulación

improductivas con estrategias efectivas; En la cuarta fase se plantean objetivos que contribuyan a desarrollar el auto respeto, y se programan actividades y metas para construir pautas de acción valorada; Posteriormente se cuestionan supuestos emocionales y personales a partir de las evidencias que surgieron a lo largo del tratamiento; Finalmente se hace un resumen del proceso terapéutico y se prepara al usuario los resbalones y prevenir las recaídas

Las ventajas del MIRE se encuentran en su flexibilidad y sustento teórico. Sin embargo, su misma flexibilidad dificulta su evaluación, y al ser un tratamiento individual, puede resultar costoso para ser implementado en instituciones de salud. El MIRE-G se desarrolló con la finalidad de desarrollar una versión del MIRE-G que pudiera ser estandarizada, económico y sometida a una evaluación sistemática.

### **3.2 El modelo integrativo de regulación emocional grupal**

El MIRE-G es una adaptación grupal del MIRE. Es un tratamiento conductual contextual, como tal, se enfoca en el cambio contextual (el cambio entre la relación del individuo con sus experiencias privadas) y el desarrollo de repertorios conductuales flexibles (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012; Silberstein, Tirch & Leahy, 2012). Consta de dos etapas divididas en 8 sesiones.

#### **3.2.1 Fase 1 – Validación emocional.**

La fase 1 se denomina *validación emocional*, su objetivo es que los usuarios comprendan que las estrategias de regulación emocional improductivas son las responsables de su sufrimiento, y no las emociones que experimentan. Se compone de cuatro sesiones.



### **3.2.1.1 Sesión 1 - Psicoeducación.**

La sesión 1 tiene como objetivos que los usuarios identifiquen el valor evolutivo de las emociones, *despatologizar* la experiencia emocional, reconozcan las características de la regulación emocional efectiva, y comprendan el concepto de desregulación emocional y reconocer las estrategias de regulación emocional improductivas que le causan. Para lograrlo se compone de estrategias de *psicoeducación* y *automonitoreo*.

**3.2.1.1.1 Psicoeducación:** La efectividad de los tratamientos orientados al desarrollo de habilidades de regulación emocional y de naturaleza psicoeducativa (como la terapia dialéctica conductual) está bien documentada (p.e., Bohus y cols., 2000; Koons y cols., 2001; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan y cols., 1999; Miller, Wyman, Huppert, Glassman, & Rathus, 2000; Rathus & Miller, 2002; Telch, Agras, & Linehan, 2000; Verheul y cols., 2003). Estos estudios han incluido clientes con trastorno límite de la personalidad, conducta suicida y auto lesiva, depresión crónica, ansiedad crónica, trastorno por estrés postraumático, conducta disociativa, y agresión (Koerner & Dimeff, 2000; Fruzzetti, Shenk, Mosco & Lowry, 2003). Estos tratamientos se consideran apropiados para personas con problemas emocionales crónicos y que no han respondido a otras intervenciones cognitivo conductuales (Fruzzeti, y cols. 2003).

La desregulación emocional puede resultar de múltiples déficits en diversas habilidades de regulación emocional, sin embargo estas pueden dividirse en dos grupos: (a) Habilidades diseñadas para desarrollar la aceptación de las propias emociones (entender, discriminar, nombrar, experimentar y expresar emociones), y (b) habilidades diseñadas para cambiar sus emociones (cambiar el tipo de emoción, su intensidad o su duración) (Fruzzeti,

y cols. 2003). De acuerdo con Fruzzeti, y sus cols. (2003), la psicoeducación es frecuentemente el requisito fundamental para desarrollar estas habilidades.

De acuerdo con los autores, es útil proveer de psicoeducación sobre las funciones de las emociones (en términos evolutivos y en términos de las propias metas) y los factores que influyen en ellas (p.e. eventos, valoraciones, funcionamiento biológico, historia de aprendizaje, otras emociones, contar o no con una red de apoyo, etc.), ya que a pesar de que esto es obvio para la mayoría, los pacientes con desregulación emocional pueden desconocerlos. Entender los determinantes de la emoción ordinaria puede proporcionar un marco de referencia que permita comprender los factores relacionados a su desregulación.

De acuerdo a lo establecido en el capítulo 1, la psicoeducación se considera una intervención necesaria para el desarrollo de una regulación emocional efectiva porque permite reconocer la experiencia emocional y distinguirla de otros fenómenos psicológicos (pensamientos o sensaciones), ayuda a observar su duración (brevedad), normalizarlas y disminuir el temor que los usuarios puedan tener sobre su supuesta incontrolabilidad o peligrosidad, ayuda a tratar la alexitimia, y a identificar metas personales indicadas por las emociones (Roemer & Orsillo, 2009). También se asume que la psicoeducación es importante para motivar el uso de otras técnicas de regulación emocional contempladas en el tratamiento.

En el MIRE-G la psicoeducación sobre las emociones se lleva a cabo como la primera actividad de la sesión 1, el formato en el que se lleva a cabo la psicoeducación es con una lectura grupal, y los temas que se abordan son: La naturaleza de las emociones, regulación y desregulación emocional, y se explican las principales estrategias de desregulación emocional inefectivas.

**3.2.1.1.2 Automonitoreo:** De acuerdo con Fruzzetti y sus cols. (2003), antes de que cualquier intento de tratamiento sobre una emoción problemática, se debe de identificar la emoción que el paciente experimenta, y esta debe de ser adecuadamente nombrada y diferenciada de las acciones orientadas a su tratamiento.

Para lograr estos objetivos, los autores proponen el siguiente método: Primero, notar los eventos que precipitan las emociones (lo que ocurre antes de que se presenten), estos pueden ser eventos de la vida de la persona, su interpretación de un evento, pensamientos, memorias, sensaciones, u otros eventos privados. El segundo paso es notar que las interpretaciones que se tienen cuando uno está emocionado no son hechos. Posteriormente que las emociones tienen elementos fisiológicos distintivos y que se pueden reconocer a partir de diversas sensaciones corporales (Eckman, 1993; Linehan, 2003).

Este automonitoreo ayuda a desarrollar un proceso de conciencia que interfiere con las autoobservaciones emocionales que la alimentan, también es central en el uso de estrategias de mindfulness. También permite identificar las urgencias de acción que se presentan cuando se activa una emoción particular (correr, atacar, llorar, esconderse, etc.). Estar consciente de estos patrones también permite interferir la alimentación de la emoción.

Discriminar estos elementos ayuda a las personas a identificar y nombrar correctamente sus emociones, además permite discriminar entre emociones primarias y secundarias, e identificar las acciones voluntarias (estrategias de regulación emocional inefectivas) que son responsables de desatar las segundas (Fruzzetti & Levensky, 2000). El automonitoreo es esencial para identificar las emociones primarias y distinguirlas de las estrategias de regulación emocional que desatan las secundarias, se cree que esto facilita la identificación de sus metas personales y la selección de acciones congruentes con el contexto (Fruzzetti y cols. 2003).

De acuerdo a la información revisada en el capítulo 1, las estrategias de automonitoreo son útiles para el logro de la regulación emocional efectiva porque permiten identificar las funciones de las emociones y de las conductas que las regulan. Esto promueve el desarrollo de mayor flexibilidad conductual y retroalimentan al usuario sobre la relación que existe entre sus estrategias de regulación y sus valores y metas personales (Linehan, 1993; 2003). En el MIRE-G se entrena el automonitoreo con un ejercicio individual realizado al final de la primera sesión y con una tarea de reforzamiento que requiere la identificación de las emociones experimentadas a lo largo de la semana, los eventos que les preceden, y las estrategias de regulación emocional inefectivas utilizadas para afrontarla.

### ***3.2.1.2 Sesión 2 – Experimentar plenamente.***

La sesión 2 tiene los objetivos de identificar valores personales, reconocer el costo que tienen las estrategias de control inefectivas respecto a los valores personales, distinguir entre el dolor por presencia de malestar y el dolor por ausencia de contacto con los valores, y establecer un compromiso para retomar las actividades que se han abandonado para disminuir el malestar. Para lograrlo se compone de estrategias de mindfulness (experimentar plenamente) y activación conductual (diarios de compromisos semanales).

***3.2.1.2.1 Mindfulness:*** La conciencia plena o mindfulness se define como tener una apertura intencional y orientación de la atención al momento presente de una forma no sentenciosa (Silberstein, Tirsch & Leahy, 2012). En teoría, ofrece una percepción del momento presente “tal como es”, esto da la oportunidad de observar los propios pensamientos y sentimientos como experiencias transitorias (Frewen, Evans, Maraj, Dozois

& Patridge, 2008). Esta capacidad se considera innata pero puede expandirse o “cultivarse” a través de la práctica de diversas técnicas meditativas (Hoffman y cols. 2010).

Se cree que la práctica del mindfulness se originó en la psicología budista hace 2500 años (Germer, 2005). Actualmente, esta práctica se ha incrementado como una alternativa en el tratamiento de problemas de salud física y mental, su uso clínico se enfoca en las características principales de la práctica original pero se deslinda de sus elementos espirituales (Linehan & Dimidjian, 2003; Wells, 2009).

En un contexto clínico, el mindfulness se entiende como estar consciente de lo que está presente en la experiencia inmediata, separándolo de las propias expectativas, explicaciones y juicios (Linehan & Dimidjian, 2003). Como conducta, es el acto de dirigir repetitivamente la atención a un solo estímulo. Como habilidad de regulación emocional, es el proceso intencional de observar, describir y participar de la situación, con una actitud no sentenciosa, y con efectividad (Linehan, 2003). Es un proceso metacognitivo y preconceptual, intuitivo y perceptual, en vez de una mera representación cognitiva del momento presente (Seigel, Germer & Olendzki, 2009).

Kabat-Zinn (1990), fue el primero en proponer una aplicación basada en evidencias del mindfulness. Su modelo, la reducción del estrés con base en el mindfulness, se utilizó originalmente para tratar el dolor crónico. Segal, Williams y Teasdale (2002) adaptaron el modelo de Kabat-Zinn para prevenir recaídas en depresión, este modelo se llama terapia cognitiva basada en el mindfulness. Los modelos tienen una estructura similar, consisten de ocho semanas de terapia grupal, y enfatizan la práctica formal y cotidiana de la meditación mindfulness, p.e. meditación sentado, escaneo del cuerpo y yoga. Los tiempos de práctica normalmente duran entre 30 y 45 minutos, y se practican como tareas para casa. También

se prescriben prácticas informales que se describirán en la sesión 3. Estos modelos incluyen también la práctica de un día completo de mindfulness.

La efectividad de la reducción del estrés con base en el mindfulness se ha documentado en diversos estudios no controlados, p.e. en dolor crónico (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney, & Sellers, 1987; Randolph, Caldera, Tacone, & Greak, 1999); fibromialgia (Kaplan, Goldenberg, & Galvin-Nadeau, 1993); ansiedad y dolor crónico (Kabat-Zinn y cols., 1992; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995); síntomas de estrés en pacientes con cáncer (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Speca, 2001); trastorno por atracción (Kristeller & Hallett, 1999); y esclerosis múltiple (Mills & Allen, 2000). Existe un par de estudios aleatorizados controlados que documentan su efectividad para el tratamiento de la psoriasis (Kabat-Zinn y cols., 1998) y síntomas afectivos y de estrés en pacientes con cáncer (Speca, Carlson, Goodey, & Angen, 2000). La efectividad de la terapia cognitiva basada en el mindfulness está documentada en un estudio sobre prevención de recaídas en pacientes con depresión (Teasdale y cols. 2000).

Marlatt (1994) propuso la estrategia para el tratamiento de las adicciones, y desarrolló junto con Gordon, la prevención de recaídas basada en el mindfulness (Marlatt & Gordon). Este modelo se basa en la práctica del mindfulness para incrementar más conciencia de las urgencias para usar las sustancias. Posteriormente, Marlatt desarrolló un programa de 10 días de entrenamiento en práctica de mindfulness para tratar conductas adictivas (MacPherson & Marlatt, 2001). Este curso incluye elementos de meditación formal e instrucción en diversos principios budistas. La efectividad de este curso no está documentada.

En 1993, Linehan incorporó estrategias de mindfulness para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. En su modelo, terapia dialéctica conductual (TDC), no

se enseña el mindfulness de manera formal, esta habilidad se divide en componentes y se entrena como una habilidad conductual. La mayoría de las prácticas de mindfulness de la TDC son informales, se enfatizan oportunidades para usar esta habilidad en actividades y situaciones cotidianas. El mindfulness en la TDC se divide en dos habilidades básicas, las “habilidades que” (observar, describir y participar), y las “habilidades como” (sin emitir juicios, una sola cosa a la vez y efectivamente) (Linehan, 2003). Estas actividades son un elemento fundamental del tratamiento y se combinan con otras estrategias de regulación emocional. Como en la TDC, otros modelos incorporan la práctica de la estrategia como elemento de paquetes de tratamiento más extensos, estos modelos normalmente incluyen elementos psicoeducativos, y de modificación conductual (Linehan & Dimidjian, 2003). La efectividad de la TDC es la más documentada de los modelos revisados en este apartado (Koerner & Dimeff, 2000).

No existen contraindicaciones documentadas en la práctica del mindfulness, sin embargo, Linehan y Dimidjian (2003), y Teasdale y sus colaboradores (2000), advierten de la aplicación de las estrategias por periodos prolongados en pacientes con trastornos o perturbación emocional severa. Las habilidades de mindfulness utilizadas en el MIRE-G se basan en las estrategias de la TDC, se asume que la práctica estructurada, breve e informal propuesta por Linehan es más fácil de aprender, practicar y generalizar que la propuesta por los otros modelos anteriormente mencionados, además de que hay mayor probabilidad de ser benéfica en usuarios con desregulación emocional grave.

Existen diversos mecanismos de cambio propuestos sobre la efectividad del mindfulness. Estos incluyen la relajación (Benson, 1984), cambio metacognitivo (Teasdale, Segal, & Williams, 1995; Wells, 2000), reemplazo de conductas disfuncionales (Marlatt, 1994), exposición (y habituación psicológica) (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn y cols., 1992;

Linehan, 1993a, 2003) y desarrollo de una actitud de aceptación (Linehan, 1993, 2003, 1994; Marlatt, 1994). La práctica también favorece el uso de otros procesos cognitivos y conductuales como la solución de problemas (Linehan, 1993). También existe la posibilidad de que los efectos del mindfulness estén mediados por otras variables psicológicas (Austin, 1998) o que funcionen por la interacción de diversos procesos (Linehan & Dimidjian, 2003).

Aunque la práctica de la estrategia varía dependiendo del modelo clínico que le usa, su práctica presenta diversos elementos comunes. De acuerdo a Linehan y Dimidjian (2003) se puede identificar un procedimiento de seis pasos:

- a) *Preparación*: El terapeuta debe decidir cuál es la práctica de mindfulness que más conviene al usuario en función de las actividades o experiencias que blanco de la intervención. Se debe decidir el tiempo de la práctica, variando de un minuto a 10 días según los modelos antes revisados. Y la práctica de la estrategia por parte del terapeuta, antes de entrenarla con el usuario, esto facilita la instrucción didáctica y la discusión de la experiencia de la estrategia (Segal y cols. 2002). En el MIRE-G se adaptaron diversas estrategias de la TDC para lograr objetivos específicos dependiendo de la sesión donde se presentan, la primera sesión incluye prácticas de mindfulness orientadas al desarrollo de una actitud de observación y curiosidad hacia las propias emociones, también se busca prevenir cualquier reacción inadecuada frente a ellas.
- b) *Instrucción didáctica y orientación*: Se instruye al cliente en las razones y metas de practicar la estrategia, las características de la actividad y se da instrucción de cómo realizarla, incluyendo la necesidad de practicarla cotidianamente. En el caso del MIRE-G se justifica el uso de la técnica como una forma de desarrollar aceptación y



perder miedo a las propias emociones, y se describe la actividad como un proceso de notar/observar/y ser consciente de las propias experiencias en el momento presente y sin reaccionar a ellas.

- c) *Práctica*: Ya que el mindfulness es un procedimiento requiere ser aprendido por experiencia a través de la práctica. La práctica de las estrategias prescritas permite proveer un contexto de aprendizaje para la estrategia (Marlatt & Kristeller, 1998), ya que ayuda al terapeuta a estar al tanto del ensayo momento a momento (Segal y cols. 2002).
- d) *Reporte de resultados*: En este paso, terapeuta y paciente intercambian sus experiencias sobre la práctica.
- e) *Retroalimentación correctiva*: Este paso se relaciona estrechamente con el anterior, se refiere a que mientras el terapeuta y usuario comparten sus experiencias, el primero evalúa cualquier obstáculo de aprendizaje (p.e. distracción, urgencias, expectativas inadecuadas sobre la estrategia, etc.).
- f) *Tarea*: La práctica de la estrategia en casa es sumamente necesaria para generalización de la habilidad. En el MIRE-G se estructuran las prácticas como parte del modelo, en otros modelos basados en una formulación de caso único como el MIRE, las tareas pueden ajustarse a las necesidades particulares de cada usuario. Las tareas de reforzamiento deben ser claras y específicas, y se deben de discutir posibles obstáculos para su ejecución.

Un problema posible en la práctica del mindfulness es que la mente puede emitir juicios espontáneos sobre algún evento, esto derivado de un aprendizaje relacional, las personas a veces pueden tener el pensamiento espontáneo “es horrible”, en estos momentos es importante recordar el “no juzgar nuestros juicios”, solo concentrarse en los qué, cómo y

cuándos de la experiencia. Una respuesta alternativa puede ser simplemente notar el pensamiento “que horrible” y llamarle “pensamiento” (Linehan, 2003).

Otro problema frecuente que se presenta al realizar estas actividades, es la distracción de la actividad. Los distractores comunes suelen ser: Pensamientos, emociones, sensaciones y urgencias. En cada caso, el terapeuta debe asegurarse de señalar a los usuarios que “divagar” es normal e inevitable. Es importante reconocer la distracción como una cualidad natural de la atención, y no como un indicativo de que la actividad se está realizando incorrectamente. Para corregir este problema basta con regresar la atención gentilmente a la observación deseada (Linehan & Dimidjian, 2003).

De acuerdo a lo establecido en el capítulo 1, en el MIRE-G se asume que las experiencias emocionales problemáticas pueden deberse a un aprendizaje asociativo. Se cree que las estrategias de mindfulness deben incorporarse antes de utilizar cualquier otra técnica de regulación emocional para promover la habituación psicológica a la experiencia emocional misma, el procesamiento emocional y la extinción de emociones condicionadas (Heimberg, 2002; Roemer y Orsillo, 2009; Samoilov & Goldfriend, 2000; Wells, 2000). Estas estrategias también tienen una utilidad psicoeducativa y fortalecen el automonitoreo, pues funcionan para facilitar el reconocimiento de la experiencia emocional, su topografía, duración y funciones, a través de un proceso contemplativo (más que conceptual como es el caso de las estrategias psicoeducativas y de automonitoreo) (Dalrymple & Herbert, 2007; Roemer & Orsillo, 2005; Turk y cols., 2005).

**3.2.1.2.2 Activación conductual:** Los tratamientos conductuales para la depresión empezaron a desarrollarse en la década de 1970s a partir de las teorías de C. B. Ferster (1973) y los trabajos empíricos de P. Lewinsohn y sus colaboradores (Lewinsohn, 1974;

Lewinsohn, Biglan, & Zeiss, 1976; Lewinsohn & Graf, 1973). La idea básica en estos trabajos es que las personas deprimidas presentan un desbalance entre la frecuencia castigos-reforzamientos que hay en sus vidas. Según Ferster (1981), cuando la conducta de un individuo responde básicamente a la privación y al reforzamiento negativo, desarrolla un estilo conductual caracterizado por la evitación que tiene poca probabilidad de acceder a fuentes de reforzamiento positivo y, por lo tanto, de desarrollar nuevos repertorios de conductas. El tratamiento de la depresión, entonces, debería de consistir en un proceso que ayude al individuo a acceder a reforzamientos positivos.

Lewinsohn y Graf (1973) se concentraron en incrementar la frecuencia de actividades placenteras y exposición a eventos agradables para tratar la depresión. De manera paralela, Beck (1976) desarrolló su teoría y terapia cognitiva de la depresión, esta terapia utilizó los mismos principios que el enfoque de Lewinsohn pero se concentró en el cambio de los contenidos negativos del pensamiento de los pacientes.

En los 1990s, Neil S. Jacobson y sus colaboradores (1996) realizaron un estudio donde desmantelaron la terapia cognitiva de Beck, encontrando que la activación conductual era necesaria y suficiente para el tratamiento del trastorno. La respuesta a la activación conductual era tan efectiva como recibir todo el paquete de tratamiento de la terapia cognitiva. Este estudio se replicó posteriormente por Gortner, Gollan, Dobson, y Jacobson (1998), encontrando los mismos resultados (Jacobson & Gortner, 2000).

Actualmente, la terapia de activación conductual adopta una perspectiva ideográfica (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001; Martell, Dimidjian & Hermann-Dunn, 2010). Según esta perspectiva, las conductas de los usuarios deben ser analizadas funcionalmente para detectar las actividades y conductas que deben ser alentadas, en vez de asumir que existen actividades que serán reforzadas universalmente (Martell, 2003). La activación

conductual interviene también en las conductas de evitación que usualmente son blanco de intervención en los tratamientos basados en la exposición para el tratamiento de la ansiedad y otros trastornos (Martell, 2003). El tratamiento no parece tener contraindicaciones para quienes padecen depresión mayor, pero se debe tener cuidado de no alentar conductas que resulten en situaciones peligrosas o dañinas. El mecanismo hipotetizado de cambio en la activación conductual es el establecimiento de rutinas que favorezcan experiencias agradables, y el desmantelamiento del desmantelamiento conductual que caracteriza la depresión (Ehlers, Frank, & Kupfer, 1988).

La activación conductual implica involucrarse activamente con las tareas y no solamente “ocuparse por ocuparse”. Para facilitar este proceso, Martell, Dimidjian y Herman-Dunn (2010) recomiendan el establecimiento de rutinas congruentes con los valores para dar “sentido” a las conductas gobernadas por el refuerzo positivo identificadas en el análisis funcional de las conductas del usuario. Desde una perspectiva conductual, los valores se definen como una *clase especial de patrones conductuales, construidos verbalmente y de naturaleza dinámica, en los cuales el reforzamiento obtenido es intrínseco al patrón conductual mismo* (Wilson, Sandoz, Kitchens, & Roberts, 2008). En otras palabras, un valor es algo a lo que el individuo le da importancia, donde el solo hecho de actuar acorde a los valores es gratificante. Lo placentero de una acción congruente con los valores está en el hecho mismo de actuar de manera congruente con ellos, independientemente de la acción específica que se esté realizando. Ejemplos de valores pueden ser pasar tiempo con la familia, prepararse profesionalmente, cuidar la salud, etc. Los valores se diferencian de las metas en que nunca pueden lograrse del todo, son fuentes de reforzamiento inagotables que regresan al punto de partida una vez que una meta se ha logrado (Wilson, Sandock, 2007).

La activación conductual sigue una secuencia típica (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). Inicialmente requiere un primer momento de análisis donde se obtiene información sobre la historia de los usuarios, eventos positivos y negativos que influyen su contexto actual, y la forma en que el repertorio conductual del usuario cambia cuando se encuentra deprimido. Esta conceptualización de caso usualmente se expresa como un intento de entender las situaciones que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de la depresión, por hacerla menos placentera, y un intento por analizar los intentos del usuario por lidiar con los síntomas de depresión. Se asume que, con frecuencia, los intentos hechos para afrontar la depresión se vuelven el problema que la mantiene.

Posteriormente se utilizan diarios donde se registran las actividades placenteras y desagradables en las rutinas del usuario. Estos registros se utilizan para: Entender los niveles de actividad actuales del usuario, restricciones en su vida afectiva, las relaciones existentes entre sus niveles de actividad y su estado de ánimo, la relación entre las actividades donde actúa efectivamente y su estado de ánimo, idear formas de monitorear sus conductas de evitación, e identificar formas de guiar su conducta hacia sus valores y metas. Acorde a Martell (2003), se puede utilizar cualquier tipo de registro, siempre y cuando incluya las horas del día y espacio para que el usuario anote las actividades que realizaba, sus sentimientos e intensidad.

Finalmente, se ayuda a los usuarios a monitorear sus conductas de evitación e involucrarse en actividades que puedan hacerlos sentir mejor. Se mantiene una actitud de respeto y validación sobre las decisiones del usuario, se le hace responsable sobre sus decisiones de actuar para evitar el malestar o actuar acorde a sus valores y metas, pero se mantiene una actitud de análisis para identificar las consecuencias de su conducta.

En este tratamiento no se considera necesario el entrenamiento en habilidades pero se acepta la posibilidad de incluir este elemento si beneficia el involucramiento con las actividades placenteras, valores y metas (Martell, 2003).

Según la información revisada en el capítulo 1, la regulación efectiva del afecto requiere que las acciones de la persona se dirijan a la consecución de sus metas, y que estas se establezcan de forma realistas (Carver & Scheier, 1998; Johnson, Carver & Fulford, 2010). También se estableció que esta regulación es posible a partir de la regulación de los sistemas afectivo motivacionales (focalizado en amenazas, focalizado en incentivos, y preservador de la especie) (Gilbert, 2009; Gray, 1973; Persons, 2008; Wang, 2005).

La activación conductual hacia los valores promueve la exposición a metas y el establecimiento de rutinas orientadas a su satisfacción (Syzdeck, Addis, & Martell, 2010). También funciona para desactivar los sistemas focalizados en amenazas por medio de la acción incompatible con su configuración biológico-motivacional, y promover la activación de los sistemas focalizados en intensivos y de preservación de la especie (Persons, 2008). La activación conductual también funciona como una estrategia de exposición que permite lograr la exposición y habituación a situaciones anteriormente evitadas (Feske & Chambless, 1995; Rapee & Heimberg, 1997).

### ***3.2.1.3 Sesión 3 – Aceptación radical.***

La sesión 3 tiene como objetivo reconocer el valor de la práctica de la atención plena como alternativa a la resistencia emocional. Se utilizan estrategias breves de *mindfulness* (solo notar) y de *regulación emocional* (aceptación radical).

**3.2.1.3.1 Solo notar:** El mindfulness puede dividirse en diversas actividades, las mismas poseen diversas cualidades distintivas. A continuación se mencionan una serie de actividades y cualidades que se han relacionado con la práctica clínica del mindfulness:

- a. Las tres actividades: *Notar/Observar/Ser conscientes* son las características fundamentales de lo que uno hace cuando practica mindfulness (Linehan & Dimidjian, 2003). Notar es poner atención directamente a nuestra experiencia, a un nivel de sensación pura, sin agregar conceptos ni categorías. Observar implica moverse de la sensación a la descripción conceptual y sin emitir juicios (p.e. si uno escucha el canto de un pájaro, podría pensar “Ah, un pájaro está cantando” observando la melodía, timbre, altura, etc.; juzgar sería pensar “Ah, un pájaro está cantando algo hermoso”, entonces no se estaría observando el canto sino comparándolo con nuestras preferencias y experiencias previas). Ser conscientes implica que uno está al tanto de que es “uno mismo” quien observa y está notando las cualidades de los eventos.
- b. Las cualidades de *Nombrar/Notar/Describir*, se refieren a la actividad de observar y añadir conceptos descriptivos a las características de la experiencia. P.e. si uno se encuentra lavando los trastes y piensa “olvidé pagar la cuenta de teléfono”, el etiquetar/notar/describir sería simplemente el decir “pensamiento”, o “recuerdo” o “un pensamiento pasó por mi mente”. Si uno experimenta dolor en el hombro, etiquetar/nombrar/describir sería atender a las cualidades de la experiencia, p, e, “tensión”. Otra cuestión que es importante tomar en cuenta es que esta actividad interrumpe el proceso de “quedarse enganchado” en los contenidos de la experiencia, implica solamente “descentrarse” de la experiencia (Segal y cols.

2002). El acto de mindfulness resulta en el entendimiento de que “uno no es sus emociones” y “los pensamientos no son hechos” (Linehan & Dimidjian, 2003).

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

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

- e. *Participar efectivamente* se refiere a la cualidad de hacer “lo que funciona en un momento específico”. No se refiere a hacer una distinción entre lo que está “bien” o “mal”, de hecho es abandonar estos juicios en favor de hacer lo que resulta efectivo para un fin específico.
- f. *Estar el Momento Presente/con Mente de Principiante* se refieren a observar el momento y experiencia actuales sin relacionarlas con el pasado o el futuro; es aceptar que *lo único que existe es el presente* (Linehan & Dimidjian, 2003). Estar en el momento es lo opuesto a realizar diversas actividades al mismo tiempo. La mente de principiante implica reconocer que “ningún momento se repite por



segunda vez” (Kabat-Zinn, 1990). Cada momento es único y contiene posibilidades únicas.

Estas características rara vez se logran por completo en un solo ensayo. Cuando el terapeuta presenta estas cualidades a los clientes se deben especificar sus características, dar instrucciones claras sobre las prácticas a realizar, y proveer de retroalimentación correctiva sobre estos ensayos (Linehan & Dimidjian, 2003; Roemer & Orsillo, 2009). Usualmente se recomienda complementar estas instrucciones con la narración de diversas metáforas o historias que ilustren sus cualidades (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011; Linehan & Dimidjian, 2003).

En esta sesión del MIRE-G se recuerdan estas características del mindfulness mediante una lectura que recuerda sus características, y la realización de un ejercicio que pretende hacerlas conscientes por medio de la experiencia. Se recuerda que es importante practicarlas, y se sugieren y programan diversas tareas de reforzamiento para practicar el mindfulness mientras se realizan actividades cotidianas. En el programa se llama a estas actividades *prácticas informales de mindfulness*.

Las actividades informales de mindfulness difieren entre (a) *permitirse participar de las emociones* cuando estas se presentan, (b) *cocinar con consciencia plena*, (c) *darse una ducha mientras se practica la actividad*, etc.

De acuerdo a lo establecido en el capítulo 1, las estrategias de mindfulness involucran la auto-regulación de la atención y facilitan el reconocimiento de los eventos externos e internos en el momento presente (Werner & Gross, 2010), facilitan la discriminación entre estímulos relevantes e irrelevantes acorde a valores y objetivos (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) y desarrollan una actitud de curiosidad, apertura y aceptación (Kabat-Zinn, 2003). Las prácticas informales de mindfulness se utilizan en esta

sesión del MIRE-G para facilitar la exposición emocional (Roemer y Orsillo, 2009; Wells, 2000), corregir la sensibilidad emocional negativa y fortalecer la capacidad de: (a) contemplar las emociones con mayor aceptación, (b) continuar en el momento presente sin hacer intentos de resistirse a las emociones (Hayes, 2004; Roemer & Orsillo, 2005), (c) disuadir los intentos de inhibir las emociones, y (d) desarrollar la flexibilidad necesaria para adaptarse al entorno en presencia de experiencias intensas (Dalrymple & Herbert, 2007; Hayes y cols., 2006; Turk y cols., 2005).

**3.2.1.3.2 Regulación emocional – Aceptación radical:** Las estrategias de aceptación incluyen el entendimiento, discriminación y reconocimiento de las emociones, tolerar experiencias dolorosas, y validar su existencia (Hayes & Pankey, 2003; Koerner & Linehan, 2003; Linehan & Dimidjian, 2003).

Las personas con problemas de regulación emocional normalmente invalidan sus propias experiencias, esto contribuye a mayor desregulación (Linehan, 1993, 2003; Linehan & Dimidjian, 2003). P.e., las personas con desregulación emocional, usualmente juzgan sus propias experiencias y patologizan su sufrimiento, confunden sus emociones o no las notan. Las estrategias de validación promueven exactamente lo opuesto.

En un nivel básico, la auto-validación comienza interrumpiendo el pensamiento autocrítico, notando las experiencias y los elementos de la situación. A otro nivel, implica entender la legitimidad de las propias reacciones emocionales sea porque: resultan de la propia historia de condicionamientos, disposición temperamental, o porque es una respuesta normativa según el evento (Hoffman y cols. 1999; Linehan, 1998).

La autovalidación interrumpe el escalamiento de las emociones y promueve comportamientos interpersonales efectivos, relaciones interpersonales más estables, y una

regulación emocional más efectiva (Koerner & Linehan, 2003). Las estrategias de autovalidación, como la aceptación radical, son esenciales para el desarrollo de una actitud compasiva hacia las propias experiencias y las demás personas, esta actitud compasiva se relaciona a la reducción de procesos patológicos transdiagnósticos como el pensamiento autocrítico y la vergüenza, y la promoción del bienestar psicológico cuando se utilizan en contextos terapéuticos (Gilbert, 2010; Hoffman, Grossman & Hinton, 2011; McEwan & Gilbert, 2012).

En el MIRE-G se promueve la autovalidación emocional mediante una estrategia llamada *aceptación radical*, esta involucra un cuestionamiento interno orientado a descubrir (a) las razones por las cuales sería perfectamente natural sentirse de una manera determinada en una situación, y las razones por las cuales (b) los eventos de la realidad estaban destinados a sucederse de la manera en que lo hicieron. La técnica se introduce mediante una lectura grupal y se practica al realizar un ejercicio donde se recuerda una crisis emocional y se lleva a cabo el auto cuestionamiento, se practica la aceptación radical incorporándola como una estrategia de auto-regulación cada que el usuario se “sorprende a sí mismo” resistiéndose a sus emociones o a los eventos que les precipitaron.

Como se comentó en el capítulo 1, las estrategias recomendadas para regular la actividad del sistema control desde un modelo de emociones discretas, incluyen diversas técnicas de regulación emocional, como las de revaloración cognitiva (Barnard & Teasdale, 2000). Las estrategias de revaloración cognitiva, como es el caso de la aceptación radical, potencian los efectos de la exposición emocional a partir del mindfulness, facilitando el desarrollo de una actitud comprensiva y una perspectiva realista hacia las emociones (Heimberg, 2002; Leahy, Tirch & Napolitano, 2011; Wells, 2009).

#### **3.2.1.4 Sesión 4 – Flexibilidad conductual.**

La sesión 4 tiene los objetivos de desarrollar flexibilidad conductual ante la experiencia de emociones intensas, a través de la practicar de la acción opuesta y la acción comprometida. Para lograrlo se compone de estrategias de *regulación emocional (acción opuesta)* y *compromiso con los valores (acción comprometida)*.

**3.2.1.4.1 Regulación emocional – Acción opuesta:** Anteriormente se mencionó que las estrategias de regulación emocional podían dividirse entre estrategias de aceptación y estrategias de cambio. Las estrategias y habilidades de cambio que funcionan para cambiar la experiencia emocional (su intensidad o duración), o para cambiar la emoción misma en un momento dado.

Algunas estrategias de cambio requieren una práctica repetida en búsqueda de generar nuevos condicionamientos (p.e. la exposición y prevención de respuesta), y otras se derivan de una mayor consciencia y aceptación de la naturaleza emocional (p.e. higiene de sueño, buenos hábitos alimenticios, retirarse de situaciones estresantes, etc.) (Linehan & Dimidjian, 2003).

Las estrategias de *acción opuesta* se refieren al intento deliberado por actuar de una forma incompatible o contraria de los impulsos que de manera natural acompañan la experiencia emocional. Son estrategias de contra-condicionamiento que, en principio, funcionan de manera similar a la exposición y prevención de respuesta, pero no requieren una exposición formal a los estímulos aversivos ni asistencia del terapeuta.

Las estrategias de acción opuesta requieren de una adecuada identificación y reconocimiento de la experiencia emocional presente, su urgencia o impulso asociado, y la consciencia de desear reorientar la experiencia (su duración e intensidad) en una actividad

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

Las estrategias de acción opuesta solo serán efectivas si los usuarios cuentan con las habilidades necesarias para identificar y nombrar emociones, aceptar la emoción y experimentarla evitando actuar impulsivamente para evadirla, y ser conscientes de otros objetivos y metas prioritarias en un momento dado. Estas habilidades fueron entrenadas en las sesiones anteriores.

En el MIRE-G, las estrategias de acción opuesta se presentan por medio de una lectura que describe y explica la razón de la estrategia, e ilustra diversas formas en que la acción opuesta puede llevarse a cabo en emociones comunes como la tristeza, culpa, miedo y vergüenza (Linehan, 2003). Se practican mediante un ejercicio en el cual los usuarios recuerdan experiencias emocionales intensas, describen sus impulsos, e idean formas de actuar de forma opuesta con ellos, se les anima también a imaginar los beneficios que realizar estas estrategias podrían tener respecto a sus valores.

De acuerdo a la información revisada en el capítulo 1, se recomienda la inducción de emociones incompatibles a partir de acciones opuestas como una estrategia de regulación emocional que promueve la exposición a situaciones emocionales, previene el

uso de estrategias de seguridad (Clark, 2001), desarrolla tolerancia al malestar y regula la actividad de los sistemas afectivo-motivacionales (Linehan & Korslund, 2004; Linehan, 1993). El mecanismo de cambio propuesto es el entrenamiento del sistema control a partir de la repetición de respuestas alternativas, esta estrategia se incorpora al MIRE-G por su capacidad para generar flexibilidad psicológica en presencia del malestar emocional y promover la reorientación de la atención y regulación de la respuesta emocional acorde a un objetivo, este proceso estorba la acción impulsiva y permite regular las emociones efectivamente.

**3.2.1.4.2 Compromiso con los valores:** Estas estrategias de compromiso con los valores difieren de aquellas planificadas y programadas que forman parte de las estrategias de activación conductual de la sesión 2. En esta sesión se sugiere el involucrarse en acciones comprometidas con los valores como una forma de promover la experiencia de emociones positivas aun cuando se está expuesto a situaciones asociadas a un malestar emocional intenso (McKay, Wood & Brantley, 2007).

En el MIRE-G, estas estrategias se conceptualizan como una variación de las estrategias de acción opuesta porque, de ser implementadas en un momento de emocionalidad negativa intensificada, funcionan por medio de los mismos principios de contra-condicionamiento y son efectivas para desarrollar flexibilidad conductual. Estas estrategias inducen emociones incompatibles con la emoción desregulada.

Mediante el uso de acciones comprometidas con los valores, se enseña a los usuarios a minimizar el riesgo de desregulación de las emociones negativas balanceándolas con acciones que promuevan experiencias positivas (de manera similar a lo que sucede con la estrategia de activación conductual) (Valdivia-Salas, Sheppard & Forsyth, 2010).

Para implementar la habilidad es importante que el involucrarse en actividades valiosas se utilice como una alternativa a las acciones impulsivas derivadas de los impulsos y urgencias asociadas con las emociones negativas, y que una vez que la persona se involucre en las acciones valiosas lo haga a conciencia plena (puesto que la emoción negativa presente reorientará la atención hacia estímulos negativos).

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

El método mediante el cual se promueve el uso de estas estrategias es similar al que se utiliza para promover acciones opuestas. Se realiza una lectura sobre el valor que tienen las acciones valiosas para tolerar situaciones desagradables y promover la experiencia de emociones positivas, se realiza un ejercicio de reflexión sobre las diversas acciones valiosas que alguien pudiera realizar en momentos de malestar intenso, se sugiere una diversidad de acciones que se pueden utilizar para lograr este fin, y finalmente se propone el uso espontáneo de acciones valiosas como una forma de regular el malestar emocional.

Las estrategias de compromiso con los valores se incorporan en el MIRE-G porque promueven la flexibilidad psicológica. En el capítulo 1 se definió la flexibilidad psicológica como *la habilidad de ponerse en contacto con el momento presente junto con los pensamientos y sentimientos que contiene, sin necesidad de defensa y, dependiendo de lo que la situación permita, la persistencia o cambio en la conducta para buscar lograr valores y metas personales* (Hayes, 2004; Luoma, & cols. 2007; Hayes & Strosahl, 2004).

La aceptación del malestar en servicio de las acciones orientadas a los valores promueve la flexibilidad psicológica y la regulación emocional al reorientar la atención a la satisfacción de objetivos en función de las características del evento presente.

### **3.2.2 Fase 2 – Dejar ir las estrategias de control.**

La fase 2 se llama *dejar ir las estrategias de control*. Su objetivo es que los usuarios practiquen estrategias de regulación emocional productivas para sustituir sus estrategias de regulación emocional improductivas. Se compone de cuatro sesiones.

#### **3.2.2.1 Sesión 5 – Vivir en el aquí y ahora.**

La sesión 5 tiene el objetivo de reconocer el valor de la *atención al momento presente* como alternativa a la *fusión cognitiva* o *visión prejuiciada por el pasado*. Para lograrlo se compone de estrategias de *desliteralización cognitiva* (vivir el momento presente) y de *revaloración cognitiva* (ver el panorama completo).

**3.2.2.1.1 Desliteralización cognitiva:** La desliteralización cognitiva involucra un cambio en la perspectiva que se tiene respecto al uso del lenguaje y la cognición, de una forma que los procesos de pensamiento son más evidentes y los productos del pensamiento se pueden contemplar (Luoma & Hayes, 2003).

La estrategia tiene sus orígenes en la terapia de *distanciamiento cognitivo* (Hayes, 1987) y es actualmente un elemento fundamental de la *Terapia de aceptación y compromiso* (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). La desliteralización cognitiva reduce la credibilidad e influencia conductual que ejercen los pensamientos negativos a partir de su énfasis en observarlos “como pensamientos y no como hechos”. Su objetivo es ayudar a los



clientes que se “enganchan” a sus propios contenidos cognitivos a separarse de su significado literal y ser conscientes de que el pensamiento es una actividad que puede situarse histórica y contextualmente. (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001; Hayes & Luoma, 2003).

Los datos sobre la efectividad de las estrategias de desliteralización cognitiva provienen de diferentes fuentes: (a) La efectividad de las estrategias tradicionales de terapia cognitiva se relaciona al distanciamiento cognitivo que al cambio en los contenidos de pensamiento. El cambio clínico comienza a presentarse desde que los usuarios comienzan a observar sus pensamientos como hipótesis, antes del debate formal de los contenidos de sus pensamientos (Ilardi & Craighead, 1994). Y (b) de estudios aleatorizados controlados que mostraron que el uso de estas estrategias en el tratamiento de la depresión resultó en un beneficio clínico más significativo en los usuarios que la recibieron, comparados con un grupo que recibió todo el paquete de terapia cognitiva tradicional (Zettle & Hayes, 1987; Zettle & Raines, 1989). (c) En otro estudio se comparó la efectividad de una sesión de 3 horas de *ACT* (que enfatiza el uso de estrategias de desliteralización cognitiva), con un tratamiento que previene la re-hospitalización en pacientes psicóticos con alucinaciones y delirios activos. Los resultados indicaron que la sesión de *ACT* redujo la hospitalización en 50% después de 4 meses de seguimiento (Bach & Hayes, 2002). Resultados similares se han encontrado en el manejo del dolor crónico (Geiser, 1992; Hayes y cols., 1999), estrés laboral (Bond & Bunce, 2000), y gran variedad de problemas clínicos como el trastorno por pánico, la ansiedad social, anorexia, alcoholismo, exhibicionismo, trastorno de ansiedad generalizada, etc. (Luciano, 2001; Luoma & Hayes, 2003).

Esta estrategia se puede aplicar a cualquier tipo de clientes cuyos problemas se exacerban por la presencia de sus pensamientos, y usuarios resistentes a terapia cognitiva

(Luoma & Hayes, 2003). Actualmente no se conocen contraindicaciones del uso de la técnica pero se recomienda utilizarla como un complemento de estrategias de efectividad comprobada para problemas específicos.

Las estrategias de desliteralización cognitiva se pueden dividir en tres grupos: (a) Inducción de la idea de que el pensamiento no regula el comportamiento, (b) el uso de diversas metáforas para demostrar que los pensamientos pueden ser contemplados con aceptación y sin actuar en relación a ellos, y (c) la realización de diversos ejercicios que permiten desarrollar esta *perspectiva de observador*.

Los siguientes son ejemplos de estas estrategias: Explicar las diferencias respecto al conocimiento generado por reflexión y por experiencia (Hayes y cols., 1999), repetir una palabra hasta que pierde su significado literal, usar metáforas y ejemplos para demostrar la futilidad que tiene el pensamiento para controlar las experiencias internas, ponerle nombre a “la mente” para poner distancia ante los propios pensamientos (como si fueran comentarios hechos por otra persona), agradecer “a la mente” por “cuidarnos las espaldas” cada vez que nos hace un comentario negativo, observar y poner nombre a los distintos tipos de pensamiento que se tienen (p.e. juicio, recuerdo, sentimiento, etc.), reconocer y nombrar el acto de estar pensando (p.e. decirse a uno mismo “acabo de tener el pensamiento de...”), anotar los pensamientos en hacer cartas y llevarlos cargando, hacer ejercicios de mindfulness para desarrollar la habilidades de observar/describir/participar/sin emitir juicios, entre otros.

En el MIRE-G se explican los principios de la desliteralización cognitiva mediante una lectura grupal, se cuentan metáforas breves, y se realizan diversos ejercicios breves para fortalecer la habilidad. En el programa se considera a la desliteralización cognitiva como una estrategia que favorece la orientación al momento presente porque permite

contemplar los pensamientos automáticos que tenemos respecto a las situaciones como producto de nuestra “historia de aprendizaje” y no como descripciones precisas de los hechos presentes, esto nos da la posibilidad de reorientar la atención a la experiencia del “aquí y ahora” para obtener información que oriente acciones efectivas según los objetivos de la persona y características de la situación.

De acuerdo a lo establecido en el capítulo 1, exponer a los usuarios a las propiedades del momento presente requiere la reducción del impacto de la fusión cognitiva. Las estrategias de desliteralización cognitiva se incluyen en el MIRE-G porque ayudan a desapegarse de los auto-conceptos y reglas que mantienen la práctica de estrategias inefectivas de regulación emocional y evitación experiencial (Valdivia-Salas, Sheppard, & Forssyth, 2010). Este proceso provee de la flexibilidad para actuar en contra de los auto-conceptos auto-derrotistas y facilitar el mantenimiento de compromiso con acciones valiosas (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Hayes, Wilson, Gifford, Follete & Strosahl, 1996).

**3.2.2.1.2 Revaloración cognitiva:** Las estrategias de revaloración cognitiva se consideran estrategias de regulación emocional ya que los procesos de pensamiento pueden contribuir a mantener o exacerbar la experiencia emocional (Beck, 1976; Leahy, Tirch & Napolitano, 2011).

Existen controversias respecto a si los contenidos de pensamiento negativos asociados al trastorno emocional funcionan como un factor de vulnerabilidad hacia estos o si son un epifenómeno derivado de la misma experiencia emocional (Miranda & Persons, 1988; Ingram, Miranda, & Segal, 1998; Miranda, Gross, Persons, & Hahn, 1998). En general, las evidencias apuntan a que los *estilos cognitivos* (p.e. la rumiación) predicen

mejor la aparición, mantenimiento y recaída de la psicopatología que los contenidos de pensamiento (p.e. el pensamiento irracional) (Nolen-Hoeksema, 2000; Roelofs, y cols.; 2009Wells, 2000, 2009). Sin embargo, existen evidencias de que el surgimiento de un estilo cognitivo explicativo particular puede predecir la aparición de episodios emocionales intensos como la depresión o la manía (Alloy, Abramson, Safford, & Gibb, 2006; Alloy, Reilly-Harrington, Fresco, Whitehouse, & Zechmeister, 1999).

Si bien no se consideran esenciales para la regulación emocional, afectiva o del estado de ánimo, estas estrategias pueden resultar útiles (Leahy, Tirch & Napolitano) y normalmente se les cree estrategias centradas en los antecedentes que pueden contribuir a regular efectivamente la experiencia emocional no patológica (Gross, 1998a, 1998b; Gross & Thompson, 2007). Aunque existen evidencias sobre la efectividad de diversos tipos de terapia cognitiva, no existen evidencias que indiquen que la revaloración cognitiva es útil para la regulación emocional como elemento único de tratamiento.

En el MIRE-G se cree que estas estrategias favorecen la reorientación de la atención al momento presente e implican alternativas a la preocupación y la rumiación, porque implica el buscar información adicional, o explicaciones alternativas, para poder elegir pautas conductuales más efectivas según los valores personales y demandas situacionales.

La revaloración cognitiva requiere de un primer momento de distanciamiento (o desliteralización) cognitivo previo, para posteriormente modificar la interpretación que se tiene de los eventos que precipitaron la emoción en primer lugar. Algunas de las estrategias típicas de restructuración cognitiva son: Examinar las evidencias a favor y en contra del pensamiento negativo, pensar qué se le diría a una persona querida que estuviera en la misma situación desfavorable, llevar el pensamiento negativo al extremo y “pensar qué es lo que se podría hacer para enfrentar el peor de los escenarios” (Bennett-Levy y cols. 2004;

Leahy, 2003). La forma en que se implementan estas estrategias es a partir de la realización de ejercicios donde los usuarios del MIRE-G reflexionan sobre una situación emocionalmente dolorosa y observan como difieren sus respuestas a los recuerdos después de implementar estas estrategias de revaloración cognitiva. Posteriormente se sugiere el uso de estas estrategias como una forma de regresar al presente, ver el panorama completo, e identificar acciones más efectivas para las metas del individuo.

En el MIRE-G, las estrategias de revaloración cognitiva se incorporan como técnicas que facilitan la reorientación atencional (Wells & Papageorgiou, 1998), se busca fortalecer el control ejecutivo de la atención en situaciones estresantes, mantener un pensamiento reflexivo y reorientar la atención hacia información correctiva que permita cuestionar las primeras impresiones que los usuarios se formen de los eventos (Barnard & Teasdale, 2000). De acuerdo a lo revisado en el capítulo 1, estas estrategias son útiles para regular las emociones porque permiten mantener la flexibilidad de la atención ante experiencias emocionales (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2010), reducir el impacto de la fusión cognitiva, cuestionar creencias relacionadas a la incontrolabilidad o peligrosidad de la experiencia emocional (Wells, 1997, 2000) y detectar señales que orienten un comportamiento efectivo acorde a metas (Clark, 2001; Wells, 2009; Werner & Gross, 2010).

### ***3.2.2.2 Sesión 6 – Reflexión efectiva.***

La sesión 6 se propone practicar estrategias de *reflexión efectiva* como alternativas a la *rumiación* y la *preocupación*. Se usan estrategias de *posposición de la rumiación* y *posposición de la preocupación* para lograr el objetivo.

**3.2.2.2.1 Posposición de la rumiación:** La rumiación es un proceso mental voluntario central en el mantenimiento de la depresión, y que se asocia con gran diversidad de problemas clínicos (Nolen-Hoeksema, 1991; Papageorgiou & Wells, 2004; Wells & Matthews, 1994). Normalmente se caracteriza por preguntas del tipo ¿Por qué me siento de esta manera? ¿Por qué me está sucediendo esto? ¿Qué hay de malo conmigo? ¿Qué puedo hacer para sentirme mejor? Etc.

De acuerdo a Wells (2000; 2009), la rumiación es una estrategia de auto-regulación precipitado por pensamientos negativos (básicamente referentes a si mismo), y sus funciones se relacionan básicamente a la evitación del malestar y la *ilusión de control* que genera creer que se están generando “alternativas de solución” a los propios problemas emocionales.

De acuerdo a la estrategia desarrollada por Wells, las estrategias diseñadas para modificar la rumiación normalmente implica una valoración sobre las creencias positivas y negativas relacionadas con la rumiación, y posteriormente se cuestiona la evidencia sobre estas conclusiones y/o se realizan experimentos para cuestionar la peligrosidad de la rumiación y sus posibles beneficios, p.e. el usuario comienza a rumiar sobre un evento negativo intentando perder la razón, o para evaluar si se siente “mucho mejor” después de hacerlo. Después de realizar estos ejercicios, el terapeuta normalmente evalúa el grado de credibilidad que el usuario aún atribuye a estas creencias y se generan más ejercicios si su credibilidad no se ha perdido (Wells, 2009).

La posposición de la rumiación normalmente inicia con una explicación sobre la naturaleza de la rumiación, su supuesta utilidad y sus consecuencias negativas. Posteriormente se propone la realización de un ejercicio de mindfulness como alternativa cuando se detecta el impulso de rumiar, y se anota el pensamiento relacionado a la urgencia

para reflexionar sobre él en un momento establecido con anterioridad. Según los estudios de Wells (2009), reflexionar sobre el pensamiento que motivo la rumiación en primer lugar impide que esta se realice como una estrategia de evitación y que pierda su relevancia funcional favoreciendo su extinción. Además de que el realizar ejercicios de mindfulness en vez de la rumiación funcionaría como una práctica de planes metacognitivos alternativos a la rumiación. También podría funcionar como una exposición con prevención de respuesta que favorece la habituación al pensamiento negativo y la sustitución de la rumiación por una respuesta que favorece la flexibilidad conductual.

En el MIRE-G se realiza una lectura grupal con funciones psicoeducativas sobre las funciones de la rumiación y se favorece la práctica de la posposición de la rumiación como estrategia de regulación emocional efectiva, donde se sugiere la práctica del mindfulness como respuesta al impulso de rumiar, y el uso de cualquier estrategia de desliteralización cognitiva, mindfulness, o revaloración cognitiva como alternativa en el momento en que la persona ha programado para pensar en su problema.

De acuerdo a lo establecido en el capítulo 1, el aspecto valorativo de la rumiación es lo que la vuelve problemática, y la contemplación *no sentenciosa* de los propios pensamientos corrige sus efectos negativos (Vassilopoulos, 2008; Werner & Gross, 2010). En congruencia, las estrategias de posposición de la rumiación y su sustitución por estrategias de aceptación radical y mindfulness se consideran estrategias de regulación emocional efectivas porque involucran la auto-regulación de la atención y facilitan el reconocimiento de los eventos externos e internos en el momento presente (Werner & Gross, 2010), con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación (Wells, 1997, 2000). Se asume que estos planes de procesamiento alternativos permitan aliviar la psicopatología (Fisher & Wells, 2009).

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

La estrategia de posposición de la preocupación sigue el mismo método que la de posposición de la rumiación, solo que se aconseja el uso de una estrategia de solución de problemas en los momentos programados para preocuparse (después de haber pospuesto la preocupación y haber realizado en su lugar un ejercicio de mindfulness). Las estrategias de solución de problemas se describen en la sesión 7.

Las estrategias de posposición de la preocupación y su sustitución por estrategias de mindfulness se consideran estrategias de regulación emocional efectivas por las mismas razones que las estrategias de posposición de la rumiación (Wells, 1997, 2000; Fisher & Wells, 2009), además de que permiten cuestionar los supuestos positivos y negativos sobre la preocupación misma (Wells, 2009). Por otra parte, de acuerdo a lo establecido en el capítulo 2, la sustitución de la preocupación por estrategias de solución de problemas ayuda a establecer un proceso de preocupación efectivo (Craske & Barlow, 2006; Borkovec y cols. 2004; Leahy, 2005; Rygh & Sanderson, 2004).

### **3.2.2.3 Sesión 7 – Comunicación efectiva.**

La sesión 7 enseña las características de la comunicación inefectiva y entrena estrategias para practicar métodos de comunicación efectiva. Estas estrategias se proponen como alternativa a la inhibición emocional expresiva. Se usan estrategias de *comunicación*



*asertiva (comunicación de sentimientos y opiniones) y de solución de problemas (negociar acuerdos).*

**3.2.2.3.1 Comunicación de sentimientos y opiniones:** La conducta asertiva normalmente se relaciona a las acciones de: hacer peticiones, negarse a las peticiones de otras personas, y comunicar claramente mensajes con un alto contenido emocional (Duckworth, 2003).

De acuerdo a Duckworth (2003), la asertividad puede definirse como: La comunicación de opiniones, necesidades y límites, sin minimizar las necesidades de ninguna de las personas involucradas en la interacción. Conceptualmente, la asertividad es un punto medio entre la comunicación pasiva y agresiva (ambas consideradas inefectivas).

La conducta poco asertiva se define topográficamente como *pasiva* si se caracteriza por una desatención a las opiniones y necesidades propias en favor de las de los demás. Por el contrario, la conducta *agresiva* implica la imposición de las propias opiniones en detrimento de la dignidad de los demás.

El grado en el cual la conducta asertiva se considera preferible respecto a las otras alternativas está determinada por el contexto (las metas personales, el tipo de relación que se tiene con la otra persona, la situación donde se realiza la interacción) (Linehan, 2003; McKay, Wood & Brantley, 2007). Por su parte, la efectividad de la asertividad no recae exclusivamente en el resultado tangible de la conducta (p.e. que se obedezca la petición), también implica el grado subjetivo de *respeto personal* con el que la persona se dirigió durante la interacción (Duckworth, 2003).

La conducta asertiva normalmente depende del dominio de una serie de habilidades básicas, pues se desarrolla dentro de un contexto de interacciones complejo que incluyen:

contingencias de reforzamiento-castigo, habilidad ejecutiva, y factores motivacionales, afectivos y cognitivos presentes, es decir: El estado afectivo o emocional y la probabilidad calculada de satisfacer las metas con un estilo de comunicación específico favorecen el uso de una estrategia sobre otra. La propia historia de condicionamiento también influye en la expresión de la conducta asertiva. P.e. la pasividad se asocia a ambientes de crianza donde la respuesta pasiva fue modelada o se castigaron opciones de respuesta más asertivas. Por el contrario, la conducta agresiva se relaciona al reforzamiento inmediato (autonómico o por obtención de metas), y al modelamiento como método para sancionar el comportamiento de los demás (Tedeshi & Felson, 1994). Se asume que el comportamiento pasivo o agresivo usualmente persiste por la ausencia de oportunidad para adquirir habilidades alternativas (Duckworth, 2003).

Los entrenamientos en asertividad usualmente inician con una evaluación de los factores mediadores de la conducta, y siguen del desarrollo de un programa de entrenamiento adecuado a las necesidades de la persona, cuyas características dependen de si se cuenta con la conducta asertiva y está inhibida por otras variables, no se cuenta con la conducta, o existe una interacción de estas posibilidades. En términos generales, los entrenamientos en asertividad normalmente se componen de: (a) Una presentación didáctica sobre la asertividad y sus diferencias con la pasividad y agresividad. Y las razones por las cuales el entrenamiento puede ser beneficioso. Y los contenidos básicos del entrenamiento; (b) El entrenamiento en habilidades esenciales para la conducta asertiva como, el uso efectivo del lenguaje no verbal o métodos para dar y recibir cumplidos. A lo largo del proceso, el terapeuta modela y retroalimenta sobre la destreza para realizar la conducta, y evalúa tanto el grado de dominio del usuario al realizar la conducta, como la pertinencia de las situaciones donde la ejecuta (Duckworth, 2003).

En el MIRE-G se realiza una lectura y reflexión grupal relacionada con las características de la conducta asertiva, sus distinciones con la conducta pasiva y agresiva, los obstáculos que impiden su ejecución, y las variables (metas, valores, tipo de relación, situaciones) que modulan su expresión. Posteriormente se realizan ejercicios para expresar diversas opiniones y necesidades asertivamente, y se establecen compromisos semanales para practicar la asertividad en la vida diaria mediante la realización de ejercicios como pedir la hora, o hacer cumplidos.

De acuerdo a lo establecido en el capítulo 1, la inhibición de las emociones se asocia a la disfunción comunicativa (Werner & Gross, 2010), la comunicación de sentimientos y opiniones se considera efectiva para el desarrollo de una regulación emocional efectiva porque facilita la influencia interpersonal y promueve el desarrollo de relaciones interpersonales más significativas (Arkowitz & Westra, 2004; Dimburg & Ohman, 1996; Keltner & Hadit, 2001).

**3.2.2.3.2 Solución de problemas:** En el MIRE-G, la solución de problemas se entrena como una forma en la cual los usuarios pueden desarrollar alternativas de una forma flexible, para poder encontrar soluciones efectivas a sus problemas individuales o interpersonales. La solución de problemas se utiliza como una estrategia individual cuando se usa como método de *preocupación efectiva*, y como auxiliar en la comunicación efectiva cuando se usa como un complemento a la asertividad que permite negociar acuerdos y generar soluciones a problemas compartidos por varias personas.

La solución de problemas es un proceso cognitivo-conductual-interpersonal auto dirigido que pretende identificar soluciones adaptativas a problemas estresantes. Se considera efectiva una solución cuando permite alterar la naturaleza del problema (p.e.

superar un obstáculo) o adaptarse a una situación inalterable (p.e. aceptar que una meta no podrá ser aceptada). Sus incluyen regular las emociones negativas, incrementar la habilidad para afrontar un evento, y minimizar la probabilidad de aparición de situaciones similares en el futuro (Nezu, Nezu & Lombardo, 2003).

De acuerdo con D'Zurilla y Nezu (1999), la solución de problemas está determinada por dos procesos parcialmente independientes:

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

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

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

La efectividad de la terapia de solución de problemas como intervención única está comprobada en diversos problemas psicológicos como la depresión, ideación y conducta suicida, esquizofrenia, problemas emocionales en cuidadores primarios, fobia social, problemas conductuales en adultos con retraso mental, y abuso de sustancias. También está probada su efectividad en el incremento de la calidad de vida con personas con problemas de salud crónicos como cáncer, hipertensión y artritis. Se ha demostrado que su inclusión en paquetes de tratamiento es necesaria para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, problemas maritales y familiares, prevención de conductas de riesgo en usuarios con VIH-SIDA, y resolución de conflictos entre padres y adolescentes. Otras aplicaciones incluyen la optimización de las habilidades de cuidadores de pacientes con cáncer, Alzheimer, demencia, lesiones espinales y niños con comportamiento problemático; el decremento de indecisión vocacional y el incremento de habilidades sociales en adolescentes tímidos (D’Zurilla & Nezu, 1999; Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998; Nezu, Nezu & Lombardo, 2003; Nezu, Nezu, & Perri, 1989). La efectividad de la

estrategia está documentada con usuarios de diversas aptitudes cognoscitivas y problemas emocionales, y no tiene contraindicaciones conocidas.

En esta sesión, la utilidad del método racional de resolución de problemas aplicada a la resolución de conflictos interpersonales se explica mediante una lectura, y se realizan diversos ejercicios que plantean situaciones hipotéticas que permiten practicar la habilidad. Se prescribe el uso de la estrategia por razón necesaria y como ensayo imaginado.

Al inicio del capítulo 1 se mencionó que las emociones se relacionan a la regulación del comportamiento porque asisten la valoración de alternativas, proveen de motivación para realizar o modificar el comportamiento, y comunican (y comunican a otros) sobre las propias necesidades (Levenson, 1999), y optimizan la capacidad para tomar decisiones adecuadas (Gigerenzer, 2007; Gigerenzer, Hoffrage & Goldstein, 2008). La solución de problemas interpersonales se considera efectiva para el desarrollo de una regulación emocional efectiva porque puede facilitar la comunicación de necesidades personales, influir en el comportamiento de las demás personas y prevenir la ocurrencia de problemas futuros (Linehan, 2003; McKay, Wood & Brantley, 2007).

#### **3.2.2.4 Sesión 8 – Manejando resbalones.**

La sesión 8 se propone objetivo de aprender a reconocer indicativos que preceden a una recaída y utilizar las estrategias aprendidas para generar un plan de prevención de recaídas. Para lograrlo se vale de estrategias de *psicoeducación (la naturaleza de los resbalones y las recaídas)* y de *prevención de recaídas (mantener el rumbo)*.

**3.2.2.4.1 Prevención de recaídas:** La *prevención de recaídas* es un término que hace referencia a un programa que involucra una gran variedad de estrategias conductuales

desarrolladas para responder calculadamente a posibles fallas en el mantenimiento de los beneficios de un tratamiento recibido. La prevención de recaídas funciona como una herramienta complementaria que contribuye a incrementar la efectividad del tratamiento (Brunswick, Sbraga & Harris, 2003).

La prevención de recaídas se desarrolló originalmente para fortalecer los tratamientos para el uso y abuso de sustancias, y actualmente se considera un elemento fundamental en la reducción de la conducta sexual riesgosa, sobrealimentación, ofensas sexuales, uso de nicotina, anorexia, conductas auto-lesivas, problemas de autocontrol, depresión, ansiedad, entre otras (Brunswick, Sbraga & Harris, 2003; Hunt, Barnett, & Branch, 1971; Laws, 1995).

La estrategia depende del recuerdo de las estrategias básicas del tratamiento recibido para poder utilizarlas cuando sea necesario en el futuro. Los programas de prevención de recaídas deberían desarrollarse acorde a las funciones específicas de cada tratamiento y no usar estrategias genéricas que pudieran contraindicarse para un problema específico (p.e. enseñar habilidades de evitación situacional que son efectivas en el tratamiento de las adicciones pero problemáticas en problemas como la agorafobia). En el MIRE-G, se seleccionan las estrategias básicas de las que depende la regulación emocional efectiva.

Ya que la prevención de recaídas depende en gran medida de procesos verbales, se recomienda adaptar con estrategias de reforzamiento y otras estrategias de auto-control al implementarse con usuarios con dificultades para recordar información histórica o procesar información verbal (p.e. pacientes con retrasos del desarrollo, retraso mental, daños orgánicos, etc.) (Laws, Hudson & Ward, 2000).

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

- a) Identificación del comportamiento desadaptativo.
- b) Obtención de compromiso y motivación.
- c) Cambio conductual y mantenimiento
- d) Identificación de “resbalones” (instancias individuales de conductas indeseables) y “recaídas” (repetición de un patrón conductual indeseable implicando la violación total de las reglas de la abstinencia).
- e) Modificación del estilo de vida acorde a los comportamientos deseados (algunos obligatorios y otros seleccionados voluntariamente).
- f) Reconocer instancias de riesgo para el comportamiento problemático y planeación de la ejecución de respuestas alternativas.
- g) Se puede contemplar el reforzamiento o entrenamiento de habilidades alternativas de considerarse necesarias para sustituir las conductas problemáticas al exponerse a situaciones problemáticas.

En el MIRE-G se siguen estos pasos mediante: (a) Una lectura y reflexión grupal que define y distingue entre las “recaídas” y los “resbalones”; (b) El recuerdo de los elementos básicos del tratamiento: habilidades de consciencia plena o mindfulness, estrategias de activación conductual y contacto con los valores, estrategias de contacto con el presente, posposición de la rumiación y preocupación, y estrategias de acción opuesta; (c) Y el desarrollo de planes de mantenimiento.

La prevención de recaídas se considera un elemento fundamental en el MIRE-G pues resume los principios básicos del modelo y trata de integrarlos en las actividades cotidianas del usuario. El objetivo principal de la estrategia es afianzar el cambio en estilo



de vida del usuario y el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento flexibles que puedan transformarse acorde a las condiciones cambiantes de la vida del usuario. Así mismo, se cree fundamental programar sesiones de seguimiento donde se evalúe la efectividad del programa de prevención de recaídas.

Como ha podido apreciarse, cada una de las sesiones del MIRE-G tiene objetivos diferentes y se focaliza en el entrenamiento de habilidades específicas. Estas habilidades no sustituyen una estrategia de regulación emocional inefectiva específica, sino que impactan en una gran variedad de ellas y, de manera combinada, pretenden desarrollar un estilo de regulación emocional caracterizado por su flexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012, Werner & Gross, 2010). Sin embargo, el MIRE parte de un método básico que se mantiene constante a lo largo de todo el tratamiento.

### **3.2.3 Método.**

Cada sesión del MIRE-G tiene una estructura básica: Bienvenida, presentación de objetivos de la sesión, desarrollo de la sesión, asignación de tareas de reforzamiento y cierre (Beck, 2011).

Cada sesión requiere de un juego de materiales por cada participante, incluyendo el terapeuta. Los materiales se componen de copias de lecturas que contienen los elementos de cada actividad de las sesiones.

Las actividades de cada sesión también siguen un método básico de acuerdo a las sugerencias de Cormier y Cormier (2000). Existen dos tipos de actividades a lo largo de las sesiones, lecturas o ejercicios. Las lecturas requieren que:

- a) Los formadores en habilidades inician la lectura (las cartas descriptivas de cada sesión indican la lectura correspondiente).

- b) Se pide a un usuario a continuar leyendo. Se debe cuidar que al menos tres participantes distintos participen en la lectura de los materiales y que el resto los esté leyendo en silencio.
- c) Al finalizar la lectura se pregunta a los participantes por su opinión.
- d) Se preguntan y se resuelven dudas sobre la lectura (se usa el método de lluvia de ideas).

Los ejercicios se desarrollan de la siguiente manera:

- a) Se presenta el ejercicio y se menciona su importancia (las cartas descriptivas de cada sesión indican el ejercicio correspondiente).
- b) Se inicia con la lectura del ejercicio (se usa el método de lectura de materiales).
- c) Se hacen pausas para permitir la práctica del ejercicio (la lectura indica el momento de hacer la pausa).
- d) Al realizar las prácticas de los ejercicios, los formadores de habilidades leen las instrucciones y se aseguran de que los participantes estén realizando el ejercicio.
  - Si algún participante se negara a realizar el ejercicio se le pide recordar los objetivos que le motivaron a tomar el tratamiento, se hace un balance de ventajas y desventajas de participar en el ejercicio y se les pide realizarlo como un experimento.
- e) Al finalizar el ejercicio se pregunta a los participantes por sus experiencias positivas y negativas al realizar el ejercicio. Se les pregunta por dificultades al realizar el ejercicio y se da retroalimentación correctiva.

### **3.2.3.1 Asignación de tareas de reforzamiento.**

- a) Se explica (o recuerda) que las tareas de reforzamientos son importantes para poder aplicar las habilidades y la información adquirida en las sesiones de tratamiento en la vida cotidiana.
- b) Se presenta la tarea de la sesión (las cartas descriptivas de cada sesión indican la tarea a realizar).
- c) Se procede a realizar la lectura de las instrucciones.
- d) Se preguntan y resuelven dudas sobre las instrucciones.
- e) Se pide a los participantes identificar un valor personal que los motive a realizar la tarea y realizar un compromiso con ese valor.

#### **3.2.3.2 Cierre de sesión.**

- a) Se pide retroalimentación sobre la sesión.
- b) Se pide a los participantes comentar aquello que hayan encontrado más útil sobre ella, dudas finales, y sugerencias para llevar a cabo el tratamiento de forma más efectiva.
- c) Se concluye recordando la hora y fecha de la siguiente sesión.

Al final de cada sesión se deja una tarea de reforzamiento. Estas varían de los registros de automonitoreo a la práctica de diversas estrategias de regulación emocional efectivas.

#### **3.2.3.3 Tareas de reforzamiento.**

La tarea se define como “*la más genérica de las intervenciones conductuales*” (Goisman, 1985). Su uso en la psicoterapia está documentado inicialmente por Herzberg (1941), y se ha vuelto un elemento distintivo de las terapias cognitivo conductuales desde el

trabajo de Beck y sus colaboradores (1979), al grado que se han publicado manuales sobre cómo implementar las tareas de forma efectiva en la práctica clínica (Shelton & Levy, 1981; Alford & Beck, 1994; Hollon & Beck, 1994).

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

Los beneficios de la tarea en psicoterapia se incrementan cuando los terapeutas adoptan un enfoque sistemático frente a ella: (a) especifican su lugar de práctica y duración, (b) proveen una nota escrita recordando la tarea, y (c) evalúan y toman notas sobre la efectividad de la tarea en la siguiente sesión (Shelton & Levy, 1981).

En general, se considera que la tarea resulta benéfica para el tratamiento conductual, pero la efectividad de la estrategia dependerá de su adaptación al tipo de tratamiento; problema, valores y habilidades del usuario; y fase de tratamiento en la que se prescribe.

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

- a) Al inicio del tratamiento se recomiendan tareas fáciles de realizar, que provean de beneficios inmediatos, y de automonitoreo. Normalmente las estrategias de automonitoreo son sencillas de realizar y generan cambios por reactividad, por esa razón se usan en la primera sesión del MIRE-G y se mantienen a lo largo del tratamiento.
- b) En la fase media del tratamiento se recomienda la práctica de estrategias de cambio conductual. Acorde a las recomendaciones de la autora, en el MIRE-G se provee de razones para practicar la tarea, se especifica su duración, se provee información correctiva y apoyo, y se implementa un método de refuerzo y monitoreo de progresos que es parte del registro de automonitoreo.
- c) Para la fase de mantenimiento se recomienda la asignación de tareas mayor duración y complejidad, y el desarrollo de planes de prevención de recaídas. Las tareas del MIRE-G se van volviendo más duraderas y prolongadas conforme avanzan las sesiones pues implican el uso cotidiano de las estrategias aprendidas (y acumuladas) a lo largo del tratamiento. En la última sesión del MIRE-G se desarrolla un plan de prevención de recaídas y el mantenimiento es evaluado a los 3, 6 y 9 meses de finalizada esta sesión.

Se desconoce de estudios que indiquen cual es el tipo de tarea más efectivo para potenciar los efectos del tratamiento. Hasta el momento, se considera que la formulación colaborativa de las tareas favorece su ejecución (Cunningham, Davis, Bremner, & Dunn, 1993). Otra variable que influye en el cumplimiento de las tareas es la explicación de su utilidad (Addis & Jacobson, 2000). En el MIRE-G se proveen instrucciones escritas sobre la realización de las tareas y su utilidad, sin embargo, al no contemplar el desarrollo colaborativo de las tareas. Este énfasis colaborativo pretende alcanzarse al dar al usuario

libertad respecto a la forma en que él desea practicar la habilidad sugerida en la sesión, en el modelo se le proveen de diversas alternativas y el usuario será responsable de decidir y practicar (experimentar) las variaciones de la estrategia que considere más útiles.

Existen diversas precauciones que deben tomarse en cuenta al asignar tareas a los usuarios y estas dependen normalmente del tipo de problema y de cliente, p.e. los usuarios altamente sintomáticos pueden tener problemas para realizar tareas que incluyen la escritura (Chadwick, Birchwood, & Trower, 1996; Nelson, 1997), los usuarios con problemas de auto-control podrían tener dificultades para realizar tareas de auto-monitoreo y estos fracasos pueden dificultar el beneficio del tratamiento (Wadden & Letizia, 1992; Wilson & Vitousek, 1999); las tareas pudieran resultar aversivas y es poco probable que sean cumplidas por usuarios que aún se encuentran precontemplativos al cambio (Prochaska, 1994).

Específicamente, los problemas anticipados que pudieran surgir en las sesiones son la negativa a intentar algunos de los ejercicios, realizar las tareas, expresiones directas de falta de motivación o conflictos entre los miembros del grupo. Para resolverlos se utilizan estrategias dialécticas y estrategias de resolución de problemas.

#### **3.2.3.4 Estrategias dialécticas.**

Estas estrategias provienen de la terapia dialéctica conductual y se conceptualizan como *medios de persuasión* que enfatizan una síntesis entre la aceptación y el cambio (Christensen & Jacobson, 2000; Linehan, 1993; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Wilson, 1996).

En su aspecto teórico, las estrategias dialécticas se refieren a un entendimiento de la naturaleza de: la realidad, el proceso del cambio conductual, y un método persuasivo, que

proveen de un marco epistemológico y ontológico al tratamiento, el MIRE-G en este caso (Linehan, 1993; Pinkard, 1988). De acuerdo con Linehan (1993), la postura dialéctica en psicoterapia implica asumir que: (a) toda afirmación u opinión de la realidad es verdadera pero parcial; (b) que la existencia de un argumento “tesis”, da lugar a la existencia de un argumento contrario o “antítesis”; (c) que el movimiento, cambio y desarrollo es posible gracias a la integración de la tesis y antítesis en una “síntesis”. De esta manera, en el MIRE-G se asume que la generación de ideas productivas y soluciones ante los conflictos de opinión entre usuarios y terapeutas solo es posible si se integran ambos argumentos en un nuevo argumento creativo (o solución). Por otra parte, la postura dialéctica es importante en el MIRE-G para la comprensión del proceso de regulación emocional efectiva pues, como se explicó en el capítulo 1 implica: (a) el reconocimiento, experimentación aceptación y validación de la propia respuesta emocional; (b) y la reorientación del comportamiento cognitivo y motor hacia el logro de una meta personal; (c) en congruencia con las demandas y restricciones de la situación presente.

De acuerdo con Fruzzetti y Fruzzetti, (2003), en la psicoterapia frecuentemente ocurre tensión entre los blancos de aceptación y cambio. Muchas veces los terapeutas y usuarios desean hacer un énfasis en la necesidad de cambio (p.e. para incrementar el potencial del usuario o reducir conductas auto-lesivas) pero al mismo tiempo necesitan aceptar el sufrimiento, dificultades, y limitaciones inherentes al usuario y la situación en que vive. De acuerdo con los autores, los diferentes sistemas de psicoterapia con frecuencia se alinean en alguna de estas polaridades, p.e. los enfoques Humanistas con frecuencia representan la aceptación mientras que los enfoques conductuales la polaridad del cambio. La postura dialéctica no implica la adopción de un punto neutral o en el medio, sino una síntesis: Las estrategias dialécticas implican la adopción de una postura de aceptación y cambio

simultánea como una función del tratamiento conductual. La filosofía dialéctica provee una justificación para utilizar simultáneamente estrategias de validación emocional y de cambio conductual.

Las estrategias de regulación emocional se han utilizado, principalmente, en el tratamiento de personas con trastorno límite de la personalidad y otros usuarios polisindrónicos o poblaciones consideradas de tratamiento difícil (p.e., esposos abusivos, adolescentes suicidas, abuso de sustancias, etc.) (Koerner & Dimeff, 2000, Fruzzetti, 2002). También existen modelos que han incorporado estas estrategias para potenciar los beneficios de la terapia cognitiva y conductual tradicional (p.e., Segal y cols. 2002; Wilson, 1996; Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985). De acuerdo con Fruzzetti y Fruzzetti (2003), las estrategias dialécticas resultan útiles como complementos para las terapias cognitivo conductuales, cuando las estrategias de aceptación o cambio no resultan efectivas por sí mismas, cuando los protocolos de tratamiento no generan los cambios esperados, cuando surgen luchas de poder entre usuarios y terapeutas, y cuando se trata a usuarios impulsivos y multiproblemáticos. También existen evidencias de que estas estrategias resultan más efectivas en comparación con enfoques basados únicamente en la aceptación.

Las estrategias dialécticas utilizadas en el MIRE-G se utilizan para evitar luchas de poder entre los terapeutas y los usuarios. A continuación se listan las principales estrategias utilizadas:

- a) *Balanceo de objetivos del tratamiento*: Con la finalidad de mantener colaboración en el tratamiento, los terapeutas deben mantener una actitud flexible pero consistente, paciente pero desafiante, que reconozca las limitaciones de los usuarios pero los motiva hacia el incremento de sus habilidades. Con frecuencia, mantener



este balance implica validar (aceptar radicalmente) y dignificar el sufrimiento emocional del usuario (sus pensamientos, impulsos y sentimientos), mientras se reconoce la necesidad de cambiar su comportamiento para aliviarlo y generar mayor bienestar.

En el MIRE-G se usa esta estrategia para resolver conflictos de poder, o preocupaciones de los usuarios en relación a si mostrar una actitud de aceptación o cambio implica la invalidación de la otra posibilidad. P.e. que un usuario exprese su preocupación respecto a la posibilidad de que la aceptación resulte en una actitud pasiva respecto a sus problemas.

- b) *Balanceo del estilo de comunicación:* El uso adecuado de diversos estilos de comunicación es importante para variar la intensidad emocional y velocidad de la sesión. Variar la intensidad implica adecuar el nivel de energía del terapeuta según la necesidad de reforzar o castigar la conducta de un usuario, alentarlos o enlentecer su comportamiento. Variar la velocidad implica tomarse más o menos tiempo en el trabajo sobre un punto de la sesión con la finalidad de enfatizarlo o pasar a otra cosa.

Otro balance importante a considerar es el de un estilo de comunicación orientado a la aceptación y otro orientado al cambio: Un estilo de comunicación orientado a la aceptación, normalmente es cálido y genuino, comunica confianza y respeto; el estilo de comunicación orientado al cambio normalmente es directivo, pero puede incluir los elementos antes mencionados. El balance no significa necesariamente adoptar un punto medio, también puede significar cambiar el estilo conforme fluye la sesión.

En el MIRE-G se le da gran importancia a estas estrategias con la finalidad de mantener la estructura de la sesión sin dejar de ser sensibles a las dudas, opiniones o experiencias de los usuarios.

- c) *Promover el pensamiento dialéctico en los usuarios.* Para promover el pensamiento flexible, es importante ayudar a los usuarios a identificar cuando piensan de forma dicotómica y ayudarlos a desafiar este tipo de pensamiento. La perspectiva dialéctica ayuda a los usuarios a deshacerse de cualquiera de estas posiciones o a adoptar ambas simultáneamente. P.e. un usuario que se enfada con el terapeuta por “presionarlo” demasiado en vez de mostrar una actitud cuidadosa con él, podría sintetizar ambas posturas y considerar que presionarlo es una forma de cuidar de sus sentimientos. La postura dialéctica no implica refutar las visiones extremas de los usuarios, se asume que esto resultaría invalidante y podría promover la desregulación emocional (Swan, 1997; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987), por el contrario busca ayudar al usuario a notar que está emitiendo un juicio y disminuir su significado literal (Fruzetti & Fruzetti, 2003).

Para promover el pensamiento dialéctico y usarlo como una estrategia de solución de problemas, los terapeutas deben reconocer la legitimidad de los puntos de vista del usuario (aún donde sea más difícil reconocerlos) y complementarlos con la búsqueda de conductas de solución que ayuden a resolver el problema de una manera congruente con los sentimientos y opiniones del usuario. El objetivo de esta estrategia es apoyar y *validar lo válido* del pensamiento del usuario, mientras se construyen formas más efectivas de responder a sus problemas. La postura dialéctica implica evitar emitir juicios sobre los pensamientos, sentimientos y

acciones de las personas, y solo verlos como acciones efectivas o inefectivas respecto a sus objetivos.

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

- d) *Metáforas*. Se cree que el uso de metáforas promueve el pensamiento dialéctico porque tienen la capacidad de evocar respuestas emocionales similares a las de las situaciones reales, esto facilita la comprensión del punto de vista del terapeuta, y disminuye la posibilidad de que el usuario se resista a él por sentirse manipulando.

En el MIRE-G se alienta el uso creativo de las metáforas por parte de los terapeutas para promover motivación y lograr que los usuarios se comprometan con la práctica de habilidades. P.e. se puede equiparar el aprender a regular las emociones con aprender a nadar, ambas requieren persistencia; o se puede enfatizar que el papel terapeuta es como el de un entrenador deportivo que tiene perspectiva sobre la técnica y habilidad de sus jugadores, esto le permite proveer sugerencias para hacer un mejor partido, por su parte los usuarios son los jugadores y solo su ejecución de las sugerencias del entrenador puede decir realmente si son efectivas para el juego.

- e) *Observar paradojas*. En el MIRE-G es muy importante que los terapeutas estén al tanto de los efectos paradójicos de las estrategias de regulación emocional inefectivas de los usuarios, y las diversas estrategias de evitación o control que pudieran ejecutar en el curso de la sesión. Señalar las paradojas inherentes a la conducta disfuncional del usuario, proporciona evidencia sobre sus consecuencias aversivas sin invalidar sus beneficios a corto plazo, esto permite castigar la conducta mientras se toman en cuenta las necesidades y motivaciones de los usuarios, y a la vez se evita la confrontación o las luchas de poder. Observar una

paradoja implica *notar cuando el intento por resolver un problema lo exacerba o genera problemas adicionales*. P.e. señalar que presionar a los demás por aprobación con frecuencia resulta en rechazo.

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

- f) *Sacar lo mejor de la adversidad*. Sacar lo mejor de la adversidad implica notar cualquier avance u oportunidad de aprendizaje que pudiera existir en las dificultades o “fracasos” que el usuario pudiera experimentar al ejercitar las estrategias del tratamiento. Esta estrategia es muy importante en el MIRE-G y se usa cuando los usuarios expresan sentirse frustrados o desesperanzados, se asume que esta estrategia promueve la persistencia y mantiene la motivación.

Para realizar la estrategia, primero se valida la dificultad, frustración o falta de destreza del usuario, para posteriormente tratar de identificar las oportunidades de aprendizaje que se encuentran dentro de la situación.

En general, las estrategias dialécticas se emplean en un contexto de honestidad, cuidado y compromiso con las metas de los usuarios. Se deben de evitar a toda costa demostraciones de razón o expresiones arrogantes por parte del terapeuta.

### **3.3 El MIRE-G y el trastorno de ansiedad generalizada**

Según lo revisado en el capítulo 2, el TAG se caracteriza por una alta sensibilidad a la ansiedad y preocupación excesiva sobre problemas circunstanciales o cotidianas (p.e. problemas financieros, de la salud, etc.). La *preocupación patológica* define el TAG y se caracteriza por ser persistente, duradera, incontrolable, enfocarse a problemas

circunstanciales y estar sesgada hacia resultados negativos (Craske y cols. 1989; Dugas, 1998; Dupuy y cols. 2001; Ruscio y cols. 2001).

La preocupación es una estrategia de regulación emocional, de ser efectiva se caracteriza por estar orientada a la solución de problemas (Mathews, 1990). Por el TAG, la función de la preocupación no es resolver problemas sino evitar exponerse a ellos o posponer su resolución, este proceso se refuerza negativamente y, por lo tanto, se repite y se automatiza (Roemer & Orsillo, 2005; Sibrava & Borkovec, 2006).

La preocupación patológica se distingue en que se dirige a la ansiedad y preocupación misma (Ruscio & Borkovec, 2004; Wells & Carter, 2001); en estos casos, la preocupación es detonada por un problema cotidiano, casi de inmediato el foco de la preocupación se reorienta hacia la propia experiencia emocional, esto deja sin resolver los problemas que la detonan en primer lugar y crean una sensación de amenaza inminente e indiferenciada detonada por la misma preocupación (Wells, 2005). Este proceso resulta en un problema de desregulación emocional (de la ansiedad en este caso).

*La preocupación sobre la propia preocupación*, es el proceso clave en el TAG y resulta en dificultades para controlarla y pensamientos catastróficos sobre los resultados de esa dificultad. A pesar de que esta preocupación se percibe incontrolable y potencialmente peligrosa está sujeta a control voluntario, esto posibilita su tratamiento con intervenciones dirigidas a corregir su proceso (Wells, 2009).

Existen otras estrategias de regulación emocional inefectivas relacionadas al mantenimiento del trastorno: la interpretación de eventos ambiguos como amenazantes, el monitoreo de estímulos (externos e internos) que representen amenazas potenciales, y una gran cantidad de conductas sutiles de evitación (Butler y cols. 1987; MacLeod & Rutherford, 2004; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco, 2005). Estas acciones

resultan en un impedimento para identificar señales contextuales que orienten un comportamiento adaptativo y en un sobre aprendizaje de las conductas de evitación, estas inhiben el comportamiento funcional porque compiten con su ejecución (Borkovec y cols. 2004; Roemer & Orsillo, 2005, 2009).

Los tratamientos psicosociales para el TAG tienen limitaciones. Son los menos efectivos en comparación con los de los demás trastornos de ansiedad (Rector, 2012; Roemer, Orsillo & Barlow, 2002), no equiparan el nivel de funcionamiento logrado con el de controles sanos (Roemer & Orsillo, 2009) y solo entre el 29-52% de los beneficiarios de estos tratamientos mantienen los beneficios después de un año (Roemer & Orsillo, 2005; Roemer, Orsillo & Barlow, 2002).

El MIRE-G es un modelo clínico que contiene estrategias que atacan los factores psicológicos asociados al mantenimiento del TAG. Se cree que puede representar una alternativa efectiva para su tratamiento, esta suposición requiere probarse empíricamente.

## **Capítulo 4**

### **Método**

En el presente capítulo se describe el método que siguió la presente investigación. Se inicia describiendo los objetivos de la investigación, pues estos se relacionan con el desarrollo y evaluación de la efectividad del programa y su justificación. Después se describe la metodología de la investigación: Sus preguntas de investigación, hipótesis, y definición conceptual y operacionalmente las variables dependientes e independientes; Posteriormente se muestran las características de los participantes, método de reclutamiento, y su asignación aleatoria a los grupos experimentales y control. También se describen los instrumentos aplicados, su método de aplicación y las características del diseño de investigación utilizado.

Al iniciar el estudio, iniciaron 120 participantes con trastorno de ansiedad generalizada asignados aleatoriamente a dos grupos control y a dos grupos experimentales, al finalizar el estudio se contó con un total de 88 participantes. El grupo TCC-G consistió del tratamiento farmacológico usual y un tratamiento cognitivo conductual grupal, y el grupo experimental recibió el tratamiento farmacológico usual y un tratamiento grupal integrativo de regulación emocional.

#### **4.1 Método**

Como se mencionó en el capítulo 1, las dificultades de regulación emocional tienen un valor transdiagnóstico pues caracterizan a un aproximado del 75% de las categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV Tr) (Barlow, 2000; Kring & Werner, 2004),

cuyos comportamientos problemáticos pueden entenderse, básicamente, como diversas formas desadaptativas de regulación emocional (Leahy, 2012). Uno de los trastornos que representan estas características y que aún no cuenta con modelos de intervención documentados suficientemente efectivos es el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) (Roemer & Orsillo, 2005).

A partir de estos hechos, esta investigación se sumó a los esfuerzos de desarrollar programas de intervención breves, económicos y efectivos para el tratamiento de usuarios polisindrónicos.

Así, se desarrolló y evaluó la efectividad de un tratamiento grupal integrativo de regulación emocional, llamado *MIRE-G* de forma abreviada, al compararlo con un tratamiento psicosocial usual, en este caso una terapia cognitivo conductual grupal (TCC-G). De esta manera, se delineó una investigación que contaría con dos grupos, un grupo experimental que recibiría el MIRE-G con tratamiento farmacológico usual, y un grupo control que recibiría la TCC-G con tratamiento farmacológico usual.

Se plantearon dos preguntas de investigación. La primera fue si el MIRE-G combinado con el tratamiento farmacológico usual resultaría efectivo para la disminución de la ansiedad, mejora de la flexibilidad psicológica, y de la regulación emocional en un grupo de usuarios con TAG en comparación con un grupo equivalente que recibiera TCC-G combinado con tratamiento farmacológico usual. La segunda planteada fue si los cambios del MIRE-G se mantendrían después de 9 meses de su implementación.

Para contestar a estas preguntas se plantearon 7 Hipótesis de Investigación: (a) La Hipótesis de Investigación 1 (Hi1) fue que se encontrarían reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de *ansiedad* del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest y el primer seguimiento.



La segunda Hipótesis de Investigación (Hi2) fue que se encontrarían reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de *evitación experiencial* del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest y el primer seguimiento.

La tercera Hipótesis de Investigación (Hi3) fue que se encontrarían reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de *desregulación emocional* del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest y el primer seguimiento. A partir de esta hipótesis se derivaron cuatro adicionales: La Hi3a fue que se encontrarían reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de *rechazo de las emociones (no aceptación)* del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest y el primer seguimiento; La Hi3b fue que se encontrarían reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de *dificultades para mantener acciones orientadas a metas en presencia de emociones intensas (metas)* del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest y el primer seguimiento; La Hi3c fue que se encontrarían reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de *poca conciencia de las emociones (conciencia)* del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest y el primer seguimiento; y la Hi3d fue que se encontrarían reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de *falta de claridad mental ante la presencia de emociones intensas (claridad)* del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest y el primer seguimiento.

La cuarta Hipótesis de Investigación (Hi4) desarrollada fue que no se encontrarían diferencias significativas en las puntuaciones del grupo MIRE-G en las observaciones posteriores a tres, seis y nueve meses de aplicación del mismo respecto a las del postest.

Las Hipótesis nulas del estudio es que no existirán diferencias, ni se mantendrían los cambios esperados.

#### **4.2 Participantes**

Al finalizar este estudio se consideraron a 88 pacientes (N=88) de la clínica de trastornos afectivos de dos instituciones psiquiátricas públicas de la ciudad de México con diagnóstico de *trastorno de ansiedad generalizada* (TAG). Se aceptó cualquier comorbilidad a excepción de anorexia nerviosa, esquizofrenia, trastornos de ideas delirantes, trastornos orgánicos, retrasos del desarrollo y dependencia de sustancias. Ninguno de los pacientes había recibido psicoterapia o psicoeducación de cualquier naturaleza con un año de antelación, según lo registrado en los archivos de estas instituciones. Los diagnósticos comórbidos incluyen otros trastornos de ansiedad (trastorno por pánico, agorafobia, trastorno por estrés postraumático y ansiedad social), trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor y distimia), y trastornos de la personalidad (trastorno límite de la personalidad y trastorno por dependencia).

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

Hubieron cuatro terapeutas como parte de sus proyectos de titulación para obtener el grado de maestro en psicoterapia cognitivo conductual, dos de ellos (dos mujeres de 29 años y 30 años de edad) aplicaron un tratamiento cognitivo conductual grupal usual (TCC-G) y otros dos (un hombre y una mujer, ambos de 29 años de edad) el modelo integrativo de regulación emocional grupal (MIRE-G), estos últimos recibieron un entrenamiento

estandarizado en la aplicación de este tratamiento. El entrenamiento fue llevado a cabo por el autor del presente estudio, quien es un analista clínico conductual certificado y entrenador en formación de dos modelos clínicos conductual-contextuales (terapia de aceptación y compromiso, o ACT, y psicoterapia analítico funcional, o FAP), tiene 5 años de experiencia como consultor clínico para el sector público de salud mental a nivel nacional.

También participaron dos monitores, una mujer de 23 años participó del tratamiento MIRE-G, y un hombre de 43 que participó del tratamiento TCC-G, quienes estudian un diplomado en psicología clínica con orientación cognitivo conductual con una duración de un año y con 180 horas de práctica supervisada como requisito. Ellos participaron como parte de sus horas de práctica requeridas.

#### **4.3 Método de muestreo y asignación**

Se utilizó un método de muestreo probabilístico. Los participantes se seleccionaron aleatoriamente de la lista de espera de la clínica de trastornos afectivos de dos instituciones públicas de atención psiquiátrica de la ciudad de México. Inicialmente se seleccionaron a 50 participantes por clínica utilizando la opción de selección aleatoria de casos del programa computacional Microsoft Excel. Los participantes fueron seleccionados por el autor de este trabajo y el adscrito de la clínica de uno de los institutos, y por el autor y la coordinadora del servicio de psicología de la segunda institución.

El autor del presente trabajo invitó telefónicamente a las personas seleccionadas que carecían de los criterios de exclusión y se pudo contactar por este medio, solamente se evitó llamar a 4 personas del total de las seleccionadas, se les ofreció tomar tratamiento y se les informó de la finalidad y duración del mismo, se citó a los pacientes que confirmaron en

grupos de 25 participantes para informarles verbalmente de la naturaleza y duración del estudio y pedirles su consentimiento informado a participar en él. Al no reunir la cantidad deseada de 100 participantes, originalmente se reunió un grupo de 84 participantes, se repitió el procedimiento formando un nuevo grupo de 30 participantes seleccionados en las mismas condiciones. Finalmente se reunió un grupo de 103 pacientes, los cuales fueron asignados aleatoriamente a cuatro grupos, dos de ellos recibirían el tratamiento *TCC-G* y los otros dos el tratamiento *MIRE-G*.

Los pacientes participaron voluntariamente del estudio después de haber firmado una carta de consentimiento informado donde se explicó la naturaleza y duración del tratamiento, datos sobre su efectividad, y su expresión de conformidad para asistir a la totalidad de sesiones de tratamiento y sesiones de seguimiento. Se aseguró la confidencialidad de los participantes y la seguridad del tratamiento.

Cada condición de tratamiento se conformó de dos grupos, cada uno con un terapeuta principal, un co-terapeuta y un monitor; un equipo terapéutico de tres clínicos por condición donde el terapeuta y co-terapeuta intercambiaron papeles en cada grupo de la condición donde fueron asignados.

No se asignó aleatoriamente a los terapeutas a los grupos. Quienes participaron del tratamiento *MIRE-G* habían requerido previamente la capacitación en el modelo y participación del estudio como parte de su proyecto de titulación, mientras que quienes participaron de la aplicación del grupo *TCC-G* lo hicieron por invitación del investigador quien les invitó a formar parte por conocimiento de su interés en realizar una investigación que involucraba la aplicación de un tratamiento cognitivo conductual grupal como proyecto de investigación. Todos los terapeutas y monitores fueron exalumnos del autor de este estudio.

#### **4.4 Enmascaramiento**

Se llevó a cabo un procedimiento de enmascaramiento donde los terapeutas participantes sabían que atenderían grupos de trastornos afectivos mixtos aunque desconocían que todos tenían un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. Por su parte, quienes participaron como pacientes sabían que recibirían 8 sesiones de terapia cognitivo conductual en ambas condiciones, aunque desconocían las características específicas de los tratamientos y que las puntuaciones obtenidas de su participación serían comparadas con las de otro grupo u otro tratamiento. El autor de este estudio no formó parte de la captura de datos recopilados a lo largo del estudio, estos fueron capturados por un asistente de investigación del instituto donde se llevaron a cabo los tratamientos, por lo tanto desconocía las características específicas de la muestra.

El procedimiento de enmascaramiento y su importancia fue discutida con los terapeutas del estudio previa aceptación de participación, ninguno de los involucrados manifestó inconformidad con el procedimiento. La captura de datos por una persona diferente al autor fue sugerida por una investigadora de la institución donde se llevó a cabo la aplicación de los tratamientos, se aceptó la sugerencia al considerar que esto incrementaba la calidad del estudio.

#### **4.5 Mediciones**

Los resultados de este estudio se obtuvieron a partir de la aplicación de tres escalas de evaluación por parte del monitor de cada grupo que participó del estudio. Las escalas fueron dadas a los participantes al ingresar a las sesiones de tratamiento y seguimiento, posteriormente se les dio un bolígrafo para contestarlas y el monitor del grupo procedió a

explicar el método de aplicación que consistió en que los participantes contestaran las preguntas después de que este hubiera explicado las instrucciones y atendido dudas sobre el procedimiento, finalmente el monitor leyó cada uno de los reactivos de las pruebas y sus opciones de respuesta mientras los participantes respondían.

En el pre-tratamiento se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Robles, Varela, Jurado & Paez, 2001), la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DRE-E) (Marín Tejeda, Robles, González-Forteza & Andrade Palos, 2012), y el Cuestionario de Aceptación Acción-II (AAQ-II) (Patrón, 2010). Las mediciones inter-sesiones solo se realizan mediante la aplicación del Cuestionario de Aceptación Acción-II. El tiempo de aplicación de la batería aplicada en el pretest, posttest, y seguimientos fue de aproximadamente 40 minutos de duración, mientras que la aplicación de la evaluación inter-sesiones duró aproximadamente 10 minutos.

Se consideraron las normas para la selección de tests en investigación psicológica propuestas por Carretero-Dios y Pérez (2007) para su selección.

- a. *Delimitación conceptual adecuada del constructo objeto de evaluación:* Las escalas representan adecuadamente las variables que se presenten medir en el estudio, y los distinguen de otros similares según lo indican sus evidencias de validez de contenido.
- b. *Información sobre la construcción y evaluación cualitativa de ítems:* Al seleccionar los instrumentos, se tomó en cuenta que se ajustaran adecuadamente a la definición del constructo que se pretende medir, en este caso intensidad de las variables.
- c. *Resultados del análisis estadístico de los ítems:* Los ítems de los instrumentos seleccionados fueron seleccionados a partir de razonamientos estadísticos y teóricos como lo explican los artículos que documentan sus propiedades psicométricas (ver las características de cada uno de los instrumentos).

- d. *Evidencias empíricas de la estructura interna de la prueba:* Como mínimo, se realizó un análisis factorial para estimar la estructura interna de cada una de las escalas que se seleccionaron.
- e. *Resultados de la estimación de la fiabilidad:* Las evidencias de fiabilidad señaladas de los instrumentos seleccionados se refieren a la versión utilizada de la escala en el estudio, y en cada uno de ellos se utilizaron diversos métodos para obtener pruebas de su confiabilidad, p.ej. formas paralelas y test-retest; y cuentan con valores confiabilidad mayores de .70.
- f. *Evidencias externas de la validez de las puntuaciones:* Las evidencias externas de validez de cada instrumento seleccionado se obtuvieron al contrastarlas con otras escalas similares.

A continuación se describen los instrumentos aplicados:

#### **4.5.1 Inventario de Ansiedad de Beck.**

El inventario fue desarrollado por Beck en 1988 (Beck & Steer, 1993), con el objetivo de discriminar entre ansiedad y depresión, y fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 reactivos, que describen diversos síntomas de ansiedad. Posee cuatro factores o subescalas: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad. Cada reactivo se puntúa de 0 a 3.

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25 (DE 11,4) y en sujetos normales 15 (DE 11,8).

Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La confiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Se ha mostrado sensible al cambio tras el tratamiento.

La versión mexicana se comporta de manera similar a la original, tiene una alta congruencia interna (alfas de .84 y .83 en estudiantes y adultos, respectivamente), alto coeficiente de confiabilidad test-retest ( $r=.75$ ), validez convergente adecuada, estructura factorial de cuatro factores principales, congruente con la que se documenta en la versión original, y validez predictiva (Robles, Varela, Jurado & Paez, 2001).

#### **4.5.2 Escala de Dificultades de Regulación Emocional.**

La Escala de Dificultades de Regulación Emocional fue desarrollada para evaluar dificultades de regulación emocional en adultos. La escala original tiene 36 reactivos y puede ser autoaplicada. Se usa para medir el miedo a la experiencia emocional y sentimientos de pérdida de control sobre su expresión interna y conductual. Cada reactivo se puntúa de 1 a 5 puntos y se califica sobre un puntaje total y seis subescalas: Rechazo de la experiencia emocional, Dificultades para mantener la conducta orientada a metas, Dificultades de control de impulsos, Falta de conciencia emocional, Acceso limitado a estrategias de regulación emocional y Falta de claridad emocional. A mayor puntaje se indica mayor temor a las emociones.

La escala validada en México (Marín Tejeda y cols. 2012) muestra una buena consistencia interna, con una alfa de Cronbach de 0.93, y una confiabilidad test-retest de



$r=0.88$ . El análisis factorial realizado para esta escala mostró que los datos se ajustaban mejor a un modelo de 24 reactivos y cuatro factores (corroborados con un segundo AFC:  $\chi^2=259.729$ ,  $gl=230$ ,  $p>0.05$ ). Las alphas de Cronbach de cada subescala tuvieron un rango entre .85 y .68. La validez por medio de grupos contrastados y la correlación con las medidas concurrentes mostraron resultados significativos ( $r$  de Pearson de .51 a .76,  $p<0.05$ ). Las subescalas de esta versión son Rechazo de las emociones, Dificultades para mantener la conducta orientada a una meta, Falta de conciencia emocional y Falta de Claridad Emocional.

#### **4.5.3 Cuestionario de Aceptación Acción-II.**

La medición del TEE comienza con la primera versión del Cuestionario de Aceptación Acción, creado por Hayes, Strosahl, Wilson y cols. (2004). Una segunda versión fue realizada por Ciarrochi y Bilich, (2006) y la llamaron Cuestionario de Aceptación Acción II. Es un cuestionario es una escala autoaplicable tipo Likert que permite medir la evitación experiencial o, por el contrario, la flexibilidad psicológica, dependiendo de la orientación de sus diez reactivos, cada uno con siete opciones de respuesta, que van de “nunca” a “siempre”, según las creencias y experiencias de cada evaluado.

Patrón (2010) realizó una versión mexicana del Cuestionario de Aceptación Acción II. Su coeficiente de consistencia interna de esta versión, es de alfa de Cronbach de 0.89, muy semejante al propuesto para la versión en inglés (0.85). Su validez de constructo es semejante a la versión en inglés. Un análisis de varianza simple reveló que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos no clínicos y grupos clínicos (trastornos psicóticos, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo). Entre los grupos

clínicos el nivel de evitación experiencial no exhibió diferencias estadísticamente significativas.

#### **4.6. Diseño de la investigación**

Respecto al diseño de la investigación, se trató de un estudio experimental de dos momentos, de tipo pre-test y cuatro post-test aplicados longitudinalmente (una semana después, a los 03, 06 y 09 meses de finalizado el tratamiento), con un grupo MIRE-G y un grupo TCC-G.

***RG1 Oa1 XOb1-7 Oa2 Oa3 Oa4 Oa5d***

***RG2 Oa6 TU Oa7 Oa8***

***R*** = Selección aleatoria de los participantes y asignación aleatoria a los grupos

***G1*** = Grupo MIRE-G

***G2*** = Grupo TCC-G

***X*** = MIRE-G + Tratamiento Usual

***TU*** = TCC-G + Tratamiento Usual

**Oa** = Observación mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de Dificultades de Regulación Emocional y el Cuestionario de Aceptación Acción-II. **Oa1** indica una observación del grupo MIRE-G, una semana antes de recibir la primera sesión del MIRE-G. **Oa2** indica una observación del grupo MIRE-G una semana después de la última sesión del MIRE-G, **Oa3** su observación después de tres meses de la *Oa2*, **Oa4** su observación seis meses después de la *Oa2*, y **Oa5** su observación después de nueve meses de la *Oa2*. **Oa6** indica una observación del grupo TCC-G una semana antes de que el grupo MIRE-G recibiera la primera sesión del MIRE-G. **Oa7** indica una observación del grupo TCC-G una semana después de la última sesión del MIRE-G. **Oa8** indica una observación del grupo TCC-G tres meses después de la *Oa7*.

**Ob** = Observación mediante la aplicación del Cuestionario de Aceptación Acción-II. Los números **1-8** indican siete observaciones en el grupo MIRE-G, estas se realizarán al inicio de cada sesión del MIRE-G.

En la tabla 4.1 se encuentra un resumen de las formas en que el diseño controló las distintas amenazas a la validez interna y externa, de constructo y estadística, según lo propuesto por Nezu y Nezu (2008).

**Tabla 4.1**

*Controles del diseño – Validez interna*

---

Amenazas	Estrategias de control
----------	------------------------

---

---

<b>Precedencia temporal</b>	<i>Criterios de Inclusión:</i> Adultos entre los 21 y 60 años, sexo indistinto, con diagnóstico de principal de TAG y 6 meses sin haber recibido un tratamiento psicológico.
<b>Selección de la muestra</b>	<i>Selección aleatoria</i> de los participantes a partir de un programa computacional. Los participantes se tomaron de la lista de espera de la clínica de trastornos afectivos de un instituto público de psiquiatría del D.F. mexicano.
<b>Historia</b>	<p><i>Análisis estadístico del impacto de eventos extraños</i> detectados por medio de la aplicación del Cuestionario de Aceptación Acción-II.</p> <p><i>Relativa al programa:</i> Estandarización del programa de intervención (su aplicación se lleva a cabo a partir de formatos prediseñados). Aplicación de las sesiones el mismo día de la semana a la misma hora.</p>
<b>Maduración</b>	<i>Selección aleatoria</i> y consideración de la edad y diagnóstico en los <i>criterios de inclusión y exclusión</i> .
<b>Regresión a la media</b>	<i>Presencia de grupo TCC-G y grupo MIRE-G.</i>
<b>Deserción</b>	<p><i>Firma de contrato terapéutico.</i></p> <p><i>Deserción en grupo MIRE-G y control:</i> Los usuarios pagaron por sus sesiones de tratamiento.</p> <p><i>Deserción en grupo TCC-G:</i> También recibió tratamiento y pagó por sus sesiones de tratamiento.</p>
<b>Medida</b>	Los instrumentos utilizados se encuentran validados.

**Tabla 4.1 (continuación)**

*Controles del diseño – Validez interna*

---

---

*Controles del diseño – Validez externa*

---

**Características de la muestra** *La validez se limita a personas con características similares a las del estudio.*

**Características del entorno** *Escenario: Salón de usos múltiples de características genéricas.*  
*Características del terapeuta: En cada réplica del estudio se cambiará al equipo terapéutico. Estos fueron asignados aleatoriamente a cada uno de los grupos experimentales.*

**Efectos de la medida** *Controlados por presencia de grupo TCC-G y experimental.*

---

*Controles del diseño – Validez de constructo*

---

**Reactividad de los participantes** *Controlados por presencia de grupo TCC-G y experimental.*

**Definición inadecuada de constructo** *Uso de definiciones aceptadas en consenso por diferentes expertos.*

**Difusión** *Se contemplaron 3 réplicas del estudio para juntar la muestra propuesta.*

---

*Controles del diseño – Validez de conclusión estadística*

---

**Poco poder estadístico** *Tamaño de la muestra: El estudio contó de tres momentos, en cada uno participaron 18 sujetos en grupo TCC-G y 18 en experimental. Al finalizar el estudio se contó con 43 sujetos en el grupo MIRE-G y 45 en el control.*

**Tabla 4.1 (continuación)**

*Controles del diseño – Validez interna*

---

---

<b>Heterogeneidad de los sujetos</b>	<i>Criterio de exclusión:</i> Otros trastorno del eje 1 como trastorno principal. Dependencia a sustancias (abusos se aceptan). Esquizofrenia. Trastorno Bipolar. Trastornos de ideas delirantes. Psicosis aguda. No contar con red de apoyo. No poder trasladarse a la unidad. Trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos orgánicos.
<b>Medidas poco confiables</b>	<i>Aplicación estandarizada</i> de los instrumentos de evaluación.
<b>Poca confiabilidad en la aplicación del tratamiento</b>	<i>Participación de terapeutas capacitados.</i> Uso de <i>cheques de control</i> sobre la estructura de las sesiones y correcta aplicación de las estrategias. La aplicación del tratamiento está estandarizada.

---

#### **4.6.1 Intervenciones experimentales.**

El grupo MIRE-G de este estudio recibió el MIRE-G, un tratamiento conductual contextual de ocho sesiones administradas en una frecuencia semanal y con una duración de dos horas.

Las sesiones se aplicaron de forma estructurada, se aplicaron por parte de un equipo clínico capacitado previamente y, se contó con materiales impresos para cada uno de los participantes y proyección de diapositivas de Microsoft Power Point donde se indicaba el tiempo designado a cada una de las actividades y su procedimiento para procurar la correcta aplicación del tratamiento.

Durante las sesiones, un terapeuta principal exponía los puntos principales de la sesión, un co-terapeuta estuvo encargado de intervenir crisis que pudieran presentarse durante las sesiones (no habiéndose presentado ninguna) y un monitor se encargó de tener listos los materiales de la sesión y facilitarlos a los participantes.

Las sesiones incluyeron estrategias psicoeducativas, de entrenamiento en habilidades, ejercicios experienciales y realización de ejercicios de reforzamiento (ver tabla 4.2).

El grupo TCC-G de este estudio recibió una TCC-G de la misma duración y frecuencia a la del grupo MIRE-G.

Las sesiones de este tratamiento se aplicaron de forma estructurada por parte de un equipo clínico capacitado en TCC y se contó con materiales impresos y apoyos visuales equivalentes a los del grupo MIRE-G.

Las sesiones incluyeron estrategias psicoeducativas, de relajación profunda, reestructuración cognitiva y solución de problemas (ver tabla 4.2). En la tabla 4.2 se encuentra un resumen de ambas intervenciones.

#### **4.6.2 Métodos estadísticos.**

Para contestar a las preguntas de investigación del presente estudio, se realizaron dos análisis estadísticos.

Una prueba T de Student donde se compararon las puntuaciones del pretest, postest y primer seguimiento en las puntuaciones medias del BAI, AAQ-II, y de la puntuación total y cada uno de los factores del DERS-E. Y un análisis de medidas repetidas donde se compararon las puntuaciones del grupo TCC-G a lo largo de cada una de las sesiones del MIRE-G y en sus seguimientos. Los niveles de confianza se establecieron originalmente al 95%, pero al notar las diferencias se decidió considerarlos al 99%.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 19. En el siguiente capítulo se describen los resultados encontrados y se discuten sus implicaciones respecto a las preguntas de investigación y la literatura revisada.

**Tabla 4.2***Características generales de las intervenciones experimentales*

	<b>MIRE-G</b>	<b>TCC-G</b>
<b>Técnicas principales</b>		
Sesión 1	Educación sobre las emociones. Monitoreo de estrategias de regulación emocional inefectivas.	Educación sobre las emociones. Monitoreo de estado de ánimo.
Sesión 2	Desesperanza creativa. Activación conductual.	Respiración diafragmática. Relajación muscular progresiva.
Sesión 3	Mindfulness. Aceptación radical.	Educación en el modelo cognitivo. Registro de pensamientos negativos.
Sesión 4	Acción opuesta. Identificación de valores.	Identificación de distorsiones cognitivas.
Sesión 5	Desliteralización cognitiva.	Debate empírico de pensamientos distorsionados.
Sesión 6	Posposición de la rumiación y la preocupación.	Identificación de creencias nucleares. Experimentos conductuales.
Sesión 7	Comunicación asertiva. Resolución de conflictos.	Solución de problemas.
Sesión 8	Prevención de recaídas.	Prevención de recaídas.
<b>Técnicas interpersonales</b>		
Todas las sesiones	Estrategias dialécticas. Validación.	Ninguna especificada.



## **Capítulo 5**

### **Resultados**

En este capítulo se describen los resultados de la presente investigación. Se describen los resultados de la investigación iniciando por el flujo de sus participantes, sus estadísticos descriptivos e inferenciales, y se finaliza discutiendo los hallazgos en relación a la literatura revisada.

Dichos resultados muestran puntuaciones menores y estadísticamente significativas en regulación emocional y evitación experiencial del grupo MIRE-G respecto del grupo TCC-G en el posttest y primer seguimiento. No se encontraron diferencias significativas en ansiedad entre los grupos, aunque las puntuaciones del grupo MIRE-G fueron ligeramente menores.

Los resultados obtenidos son consistentes con la literatura revisada, tanto el tratamiento usual como el experimental resultaron eficaces para la disminución de la ansiedad, aunque parece que sus mecanismos de cambio son distintos.

#### **5.1 Flujo de los participantes**

Entre el 08 y 19 de Julio del 2013, 60 participantes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada fueron reclutados de la lista de espera de las clínicas de trastornos afectivos de dos instituciones de salud mental mexicanas para formar parte de este estudio.

Sus tratamientos finalizaron en la semana del tercera semana de Septiembre de ese mismo año, se habían perdido a 7 participantes después de haber cambiado un cambio de día del tratamiento y 4 se perdieron aleatoriamente (n=19). En el grupo TCC-G, se habían

perdido aleatoriamente a 8 participantes (n=22). En el primer seguimiento se perdieron aleatoriamente a 3 participantes del grupo MIRE-G (n=16) y a 10 del grupo TCC-G (n=12).

El mismo procedimiento se siguió para un segundo momento del estudio, la primera semana de Agosto del 2013, se seleccionaron a 60 nuevos participantes de las mismas listas para formar parte de los grupos, iniciando su tratamiento la primera semana de Septiembre.

La última semana de Octubre recibieron su última sesión de tratamiento y se realizó la evaluación post-tratamiento. En esta última sesión se habían perdido 6 participantes del grupo MIRE-G (n=24), y 7 del grupo TCC-G (n=23). El primer seguimiento se llevó a cabo tres meses después, en este se perdieron 3 participantes del grupo MIRE-G (n=21), y 8 del grupo TCC-G (n=15).

La *figura 5.0*, representa un resumen gráfico de este flujo.

## **5.2 Estadísticos descriptivos**

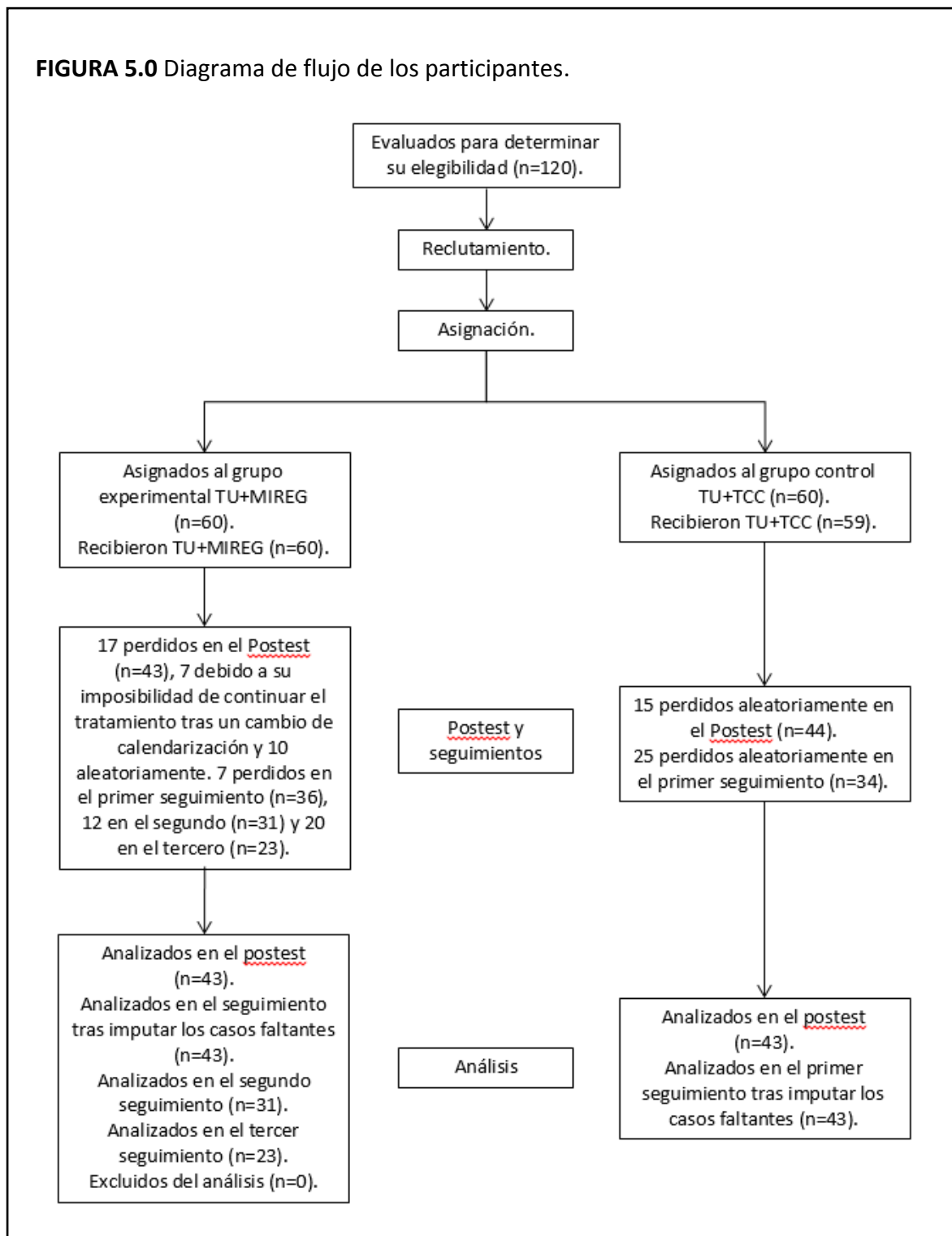
Al finalizar Octubre del año 2013, 120 participantes con diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (n=120) habían sido seleccionados aleatoriamente de la lista de espera de las clínicas de trastornos afectivos de dos instituciones de salud mental mexicanas para asignarles aleatoriamente a dos condiciones clínicas. La tabla 5.1 muestra sus características en relación a su edad, sexo, nivel educativo y condición diagnóstica.

## **5.3 Estadísticos inferenciales.**

Al correr la prueba de Levene para evaluar la igualdad de medias de los grupos experimental y control en el pretest, se encontró una  $F=2.46$  y una  $p=.120$  en las puntuaciones del BAI, una  $F=.866$  y una  $p=.355$  en las puntuaciones del AAQ-II, y una  $F=.002$  y una  $p=.962$  en las puntuaciones de la DERS-E. Se corrió la misma prueba con las

puntuaciones de las subescalas de la DERS-E, encontrándose una  $F=.668$  y una  $p=.416$  en las puntuaciones del factor no aceptación, una  $F=.171$  y una  $p=.680$  en las puntuaciones del

**FIGURA 5.0** Diagrama de flujo de los participantes.



**Tabla 5.1**

*Variables sociodemográficas y trastornos en comorbilidad de los participantes del estudio*

Variable	Categoría	Total		MIRE-G		Grupo control	
		N	%	N	%	N	%
<b>Sexo</b>	Mujer	69	78.4	33	76.7	36	80
	Hombre	19	21.6	10	23.3	9	20
<b>Edad</b>	20-30	34	38.6	15	17	19	21.6
	31-42	37	42	19	21.6	18	20.5
	43-54	17	19.3	9	10.2	8	9.1
<b>Escolaridad</b>	Primaria	2	2.3	2	4.7		
	Secundaria	12	13.6	5	11.6	7	15.6
	Licenciatura y Posgrado	28	31.8	12	27.9	16	35.6
	Bachillerato	46	52.3	24	55.8	22	48.9
<b>Trastornos en comorbilidad</b>	Otros trastornos de ansiedad	63	69.3	26	60.5	35	77.8
	Trastornos Depresivos	21	23.7	13	30.2	8	17.8
	Trastornos de la Personalidad	6	7	4	9.3	2	4.4

factor metas, una  $F=.264$  y una  $p=.609$  en las puntuaciones del factor conciencia, y una  $F=1.05$  y una  $p=.308$  en las puntuaciones del factor claridad. En todos los casos se cumplió el supuesto de homocedasticidad y por lo tanto se procedió a realizar una prueba T de student con un nivel de confianza del 95% para identificar diferencias entre las interacciones de los tratamientos y sus efectos por separado (ver tabla 5.2).

**Tabla 5.2***Prueba de homogeneidad de varianzas de Levene.*

	<i>F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig.</i>
Ansiedad pretest	2.46	1	86	.120
Evitación experiencial pretest	.866	1	86	.355
Desregulación emocional pretest	.002	1	86	.962
No aceptación pretest	.668	1	86	.416
Metas pretest	.171	1	86	.680
Conciencia pretest	.264	1	86	.609
Claridad pretest	1.05	1	86	.308

*No se encontraron diferencias significativas considerando  $p \leq .05$* 

Posteriormente, se realizó una prueba T de Student para comparar las medias de las puntuaciones de cada escala entre el grupo MIRE-G y el grupo TCC-G en el pretest, postest y cada uno de los seguimientos (a los tres, seis y nueve meses de recibir los tratamientos), nuevamente se estableció un nivel de intervalo del 99%.

Como muestra la tabla 5.3, en las puntuaciones de ansiedad del pretest se observó una  $M=60.06$  con una  $DE=14.86$  en el grupo TCC-G, una  $M=60.20$  con una  $DE=14.11$  en el grupo MIRE-G, y una  $t=-.046$ , y  $p=.963$ . En el postest, el grupo TCC-G mostró una  $M=33.08$  con una  $DE=14.10$ , el grupo MIRE-G una  $M=31.76$  con una  $DE=16.71$ , y se obtuvo una  $t=.401$ , y  $p=.689$ . Por lo tanto se aceptó la  $H_0$ : No se encontraron reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest, no se encontraron

evidencias estadísticas de que el MIRE-G+TU resultara más efectivo para la reducción de la ansiedad que la TCC+TU.

**Tabla 5.3**

*Diferencias en las medias de las puntuaciones de ansiedad entre el grupo MIRE-G y el grupo TCC-G antes, después y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.*

	TCC-G		MIRE-G		<i>p</i>	<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Ansiedad						
Pretest	60.06	14.86	60.20	14.11	.963	-.046
Posttest	33.08	14.10	31.76	16.71	.689	.401
Seguimiento 1	30.88	6.44	29.83	5.29	.407	.834
Seguimiento 2	-	-	33.63	7.08	-	-
Seguimiento 3	-	-	29.92	4.51	-	-

*Las puntuaciones de ansiedad se obtuvieron con el inventario de ansiedad de Beck (BAI).*

*\*\*Diferencias estadísticamente significativas considerando  $p \leq .01$*

En el primer seguimiento, el grupo TCC-G mostró una  $M=30.88$  con una  $DE=6.44$  y el grupo MIRE-G una  $M=29.83$  con una  $DE=5.29$ , se obtuvieron una  $t=.834$ , y  $p=.407$ . La figura 5.1 muestra una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones medias de ansiedad en ambos grupos en el pretest, posttest y el primer seguimiento.

Las puntuaciones mostradas se obtuvieron después de tratar los datos del primer seguimiento mediante un método de imputación múltiple para compensar 7 casos perdidos por inasistencia en el grupo MIRE-G y 25 perdidos por la misma razón en el grupo TCC-G.

En el segundo seguimiento, el grupo MIRE-G mostró una  $M=33.63$  con una  $DE=7.08$ , y en el tercero una  $M=29.92$  con una  $DE=4.51$ . Las puntuaciones mostradas se obtuvieron respetando el número de asistentes, donde se perdieron 12 casos en el segundo seguimiento ( $N=31$ ) y 20 en el tercero ( $N=23$ ).

**FIGURA 5.1** Comparación de reducciones de ansiedad entre los grupos.

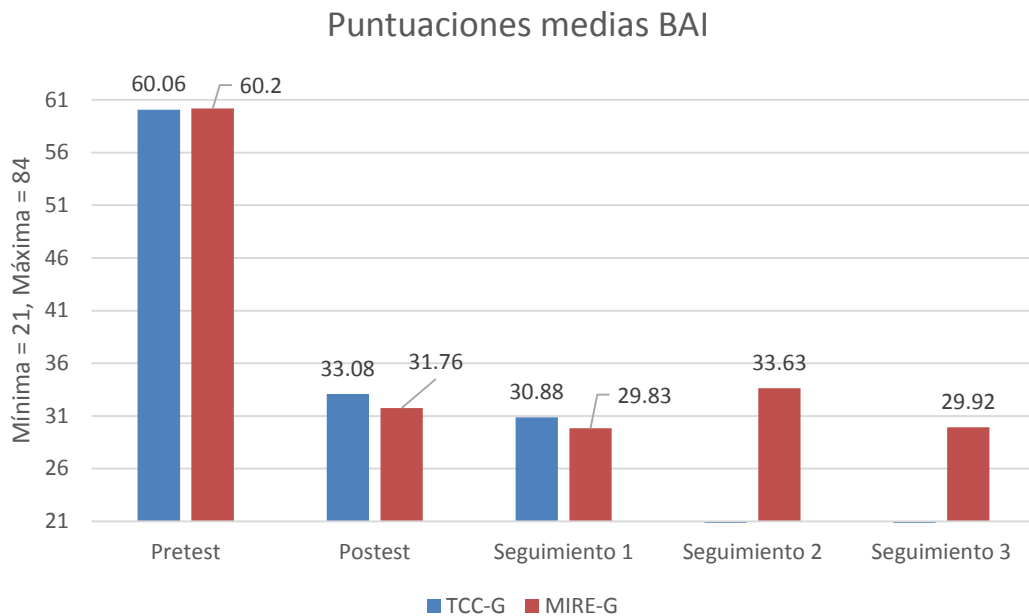


Figura 5.1 La figura muestra un diagrama de barras que ilustra las diferencias en las puntuaciones medias de ansiedad entre los participantes del grupo MIRE-G y control. Las tres barras de la izquierda muestran una reducción de los valores entre el primer seguimiento, posttesty pretest en el grupo MIRE-G. Las tres barras de la derecha muestran las reducciones mostradas entre el posttest y pretest del grupo TCC-G, se encontró una ligera elevación en el primer seguimiento respecto del posttest. La figura muestra una mayor reducción, aunque pequeña de los puntajes del posttest y el primer seguimiento del grupo MIRE-G respecto del grupo TCC-G.

Como muestra la tabla 5.4, en las puntuaciones de evitación experiencial del pretest se observó una  $M=53.20$  con una  $DE=7.31$  en el grupo TCC-G, una  $M=51.66$  con una  $DE=9.61$  en el grupo MIRE-G, y una  $t=.955$ , y  $p=.342$ . En el posttest, el grupo TCC-G tuvo una  $M=48.20$  con una  $DE=10.95$ , el grupo MIRE-G una  $M=38.93$  con una  $DE=8.92$ , y se

obtuvo una  $t=4.34$ , y  $p=.000$ . Por lo tanto se rechazó la H02: Se encontraron reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de evitación experiencial del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest con un nivel de confianza del 99%, se encontraron evidencias estadísticas de que el MIRE-G+TU resultó más efectivo para la reducción de la evitación experiencial que la TCC+TU.

**Tabla 5.4**

*Diferencias en las medias de las puntuaciones de evitación experiencial entre el grupo MIRE-G y el grupo TCC-G antes, después y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.*

Evitación experiencial	TCC-G		MIRE-G		<i>p</i>	<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Pretest	53.20	7.31	51.46	9.61	.342	.955
Postest	48.20	10.95	38.93	8.92	.000**	4.34
Seguimiento 1	47.75	7.98	30.55	5.51	.000**	11.70
Seguimiento 2*	-	-	24.40	4.3	-	-
Seguimiento 3*	-	-	21.30	3.8	-	-

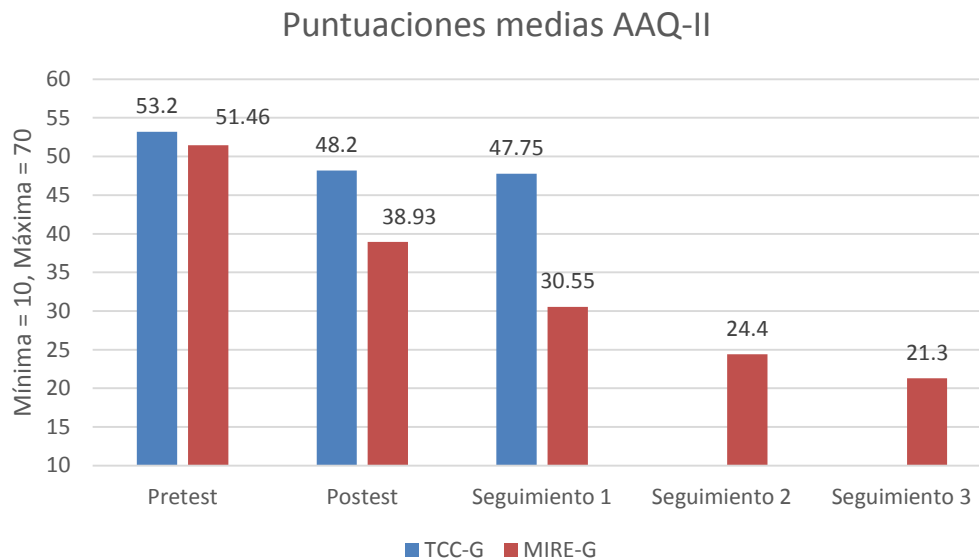
*Las puntuaciones de evitación experiencial se obtuvieron con el cuestionario de aceptación acción II (AAQ-II).*

*\*\*Diferencias estadísticamente significativas considerando  $p \leq .01$*

En el primer seguimiento, el grupo TCC-G mostró una  $M=47.75$  con una  $DE=7.98$  y el grupo MIRE-G una  $M=30.55$  con una  $DE=5.51$ , se obtuvieron una  $t=11.70$ , y  $p=.000$ . La figura 5.2 muestra una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones medias de evitación experiencial en ambos grupos en el pretest, postest y el primer seguimiento.



**FIGURA 5.2** Comparación de reducciones de evitación experiencial entre los grupos.



*Figura 5.2* La figura muestra un diagrama de barras que ilustra las diferencias en las puntuaciones medias de evitación experiencial entre los participantes del grupo MIRE-G y control. Las tres barras de la izquierda muestran una significativa reducción de las puntuaciones del postest respecto del pretest en el grupo MIRE-G, y una ligera elevación de las puntuaciones del primer seguimiento respecto del postest. Las tres barras de la derecha muestran una reducción de las puntuaciones del postest respecto del pretest en el grupo TCC-G, y una elevación considerable en el primer seguimiento respecto del postest. La figura muestra una considerable reducción en los puntajes del postest y el primer seguimiento del grupo MIRE-G respecto del grupo TCC-G.

Las puntuaciones mostradas se obtuvieron después de tratar los datos del primer seguimiento mediante un método de imputación múltiple para compensar 7 casos perdidos por inasistencia en el grupo MIRE-G y 25 perdidos por la misma razón en el grupo TCC-G.

En el segundo seguimiento, el grupo MIRE-G mostró una  $M=24.40$  con una  $DE=4.3$ , y en el tercero una  $M=21.30$  con una  $DE=3.8$ . Las puntuaciones mostradas se obtuvieron respetando el número de asistentes, donde se perdieron 12 casos en el segundo seguimiento ( $N=31$ ) y 20 en el tercero ( $N=23$ ).

Como muestra la tabla 5.5, en las puntuaciones de desregulación emocional del pretest se observó una  $M=81.66$  con una  $DE=14.52$  en el grupo TCC-G, una  $M=85.76$  con una  $DE=14.16$  en el grupo MIRE-G, y una  $t=-1.34$ , y  $p=.184$ . En el postest, el grupo TCC-G mostró una  $M=72.60$  con una  $DE=15.97$ , el grupo MIRE-G una  $M=58.25$  con una  $DE=17.28$ , y se obtuvo una  $t=4.04$ , y  $p=.000$ . Por lo tanto se rechazó la  $H_0$ : Se encontraron reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de desregulación emocional del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest con un nivel de confianza del 99%, se encontraron evidencias estadísticas de que el MIRE-G+TU resultó más efectivo para la reducción de la desregulación emocional que la TCC+TU.

En el primer seguimiento, el grupo TCC-G mostró una  $M=70.82$  con una  $DE=17.92$  y el grupo MIRE-G una  $M=50.69$  con una  $DE=13.23$ , se obtuvieron una  $t=5.95$ , y  $p=.000$ . La figura 5.3 muestra una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones medias de desregulación emocional en ambos grupos en el pretest, postest y el primer seguimiento.

En el primer seguimiento, el grupo TCC-G mostró una  $M=70.82$  con una  $DE=17.92$  y el grupo MIRE-G una  $M=50.69$  con una  $DE=13.23$ , se obtuvieron una  $t=5.95$ , y  $p=.000$ . La figura 5.3 muestra una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones medias de desregulación emocional en ambos grupos en el pretest, postest y el primer seguimiento.

**Tabla 5.5**

*Diferencias en las medias de las puntuaciones de desregulación emocional entre el grupo MIRE-G y el grupo TCC-G antes y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.*

Desregulación emocional	TCC-G		MIRE-G		<i>p</i>	<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Pretest	81.66	14.52	85.76	14.16	.184	-1.34
Posttest	72.60	15.97	58.25	17.28	.000**	4.04
Seguimiento 1	70.82	17.92	50.69	13.23	.000**	5.95
Seguimiento 2*	-	-	47.04	6.30	-	-
Seguimiento 3*	-	-	44.06	5.23	-	-

*Las puntuaciones de desregulación emocional se obtuvieron con la escala de dificultades de regulación emocional (DERS-E).*

*\*\*Diferencias estadísticamente significativas considerando  $p \leq .01$*

En el primer seguimiento, el grupo TCC-G mostró una  $M=70.82$  con una  $DE=17.92$  y el grupo MIRE-G una  $M=50.69$  con una  $DE=13.23$ , se obtuvieron una  $t=5.95$ , y  $p=.000$ . La figura 5.3 muestra una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones medias de desregulación emocional en ambos grupos en el pretest, posttest y el primer seguimiento.

Las puntuaciones mostradas se obtuvieron después de tratar los datos del primer seguimiento mediante un método de imputación múltiple para compensar 7 casos perdidos por inasistencia en el grupo MIRE-G y 25 perdidos por la misma razón en el grupo TCC-G.

En el segundo seguimiento, el grupo MIRE-G mostró una  $M=47.04$  con una  $DE=6.3$ , y en el tercero una  $M=44.06$  con una  $DE=5.23$ . Las puntuaciones mostradas se obtuvieron respetando el número de asistentes, donde se perdieron 12 casos en el segundo seguimiento ( $N=31$ ) y 20 en el tercero ( $N=23$ ).

**FIGURA 5.3** Comparación de reducciones de desregulación emocional entre los grupos.

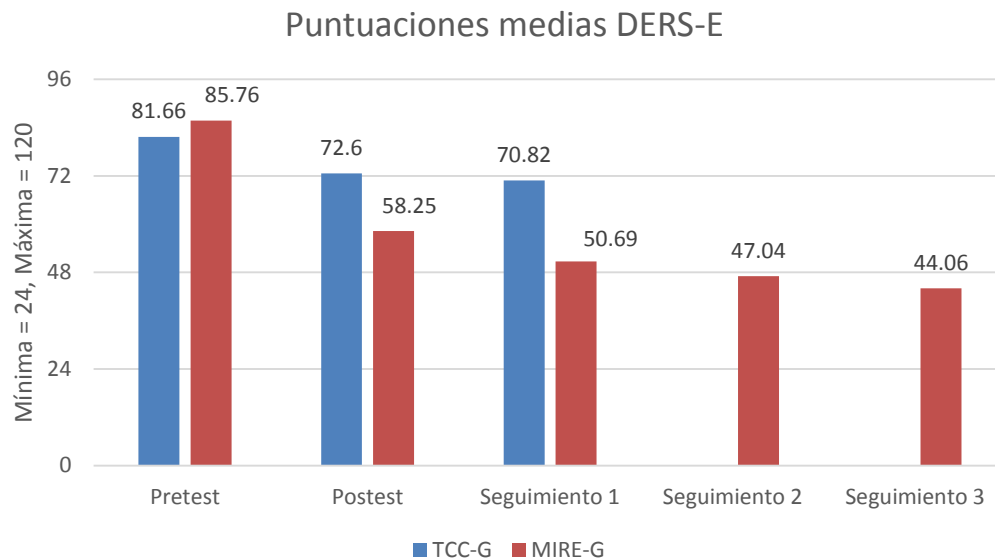


Figura 5.3 La figura muestra un diagrama de barras que ilustra las diferencias en las puntuaciones medias de desregulación emocional entre los participantes del grupo MIRE-G y control. Las tres barras de la izquierda muestran una significativa reducción de las puntuaciones del postest respecto del pretest en el grupo MIRE-G, y una ligera elevación de las puntuaciones del primer seguimiento respecto del postest. Las tres barras de la derecha muestran una reducción de las puntuaciones del postest respecto del pretest, y una ligera reducción del primer seguimiento respecto del pretest en el grupo TCC-G. La figura muestra una considerable reducción en los puntajes del postest y el primer seguimiento del grupo MIRE-G respecto del grupo TCC-G.

Como muestra la tabla 5.6, en las puntuaciones del factor –no aceptación– de la DERS-E del pretest se observó una  $M=30.97$  con una  $DE=7.75$  en el grupo TCC-G, una  $M=32.81$  con una  $DE=7.82$  en el grupo MIRE-G, y una  $t=-.105$ , y  $p=.272$ . En el postest, el grupo TCC-G mostró una  $M=30.28$  con una  $DE=5.39$ , el grupo MIRE-G una  $M=17.04$  con

una  $DE=5.34$ , y se obtuvo una  $t=11.56$ , y  $p=.000$ . Por lo tanto se rechazó la  $H03a$ : Se encontraron reducciones estadísticamente significativas en el factor –no aceptación- de las puntuaciones de desregulación emocional del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest con un nivel de confianza del 99%, se encontraron evidencias estadísticas de que el MIRE-G+TU resultó más efectivo para la reducción de la –no aceptación de las emociones- que la TCC+TU.

**Tabla 5.6**

*Diferencias en el factor –no aceptación- de desregulación emocional entre el grupo MIRE-G y el grupo TCC-G antes y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.*

No aceptación	TCC-G		MIRE-G		<i>p</i>	<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Pretest	30.97	7.75	32.81	7.82	.272	-.105
Postest	30.28	5.39	17.04	5.34	.000**	11.56
Seguimiento 1	29.51	5.40	16.58	4.12	.000**	12.64
Seguimiento 2*	-	-	15.51	3.00	-	-
Seguimiento 3*	-	-	14.92	2.64	-	-

*Las puntuaciones de desregulación emocional y sus factores se obtuvieron con la escala de dificultades de regulación emocional (DERS-E).*

*\*\*Diferencias estadísticamente significativas considerando  $p \leq .01$*

En el primer seguimiento, el grupo TCC-G mostró una  $M=29.51$  con una  $DE=5.40$  y el grupo MIRE-G una  $M=16.58$  con una  $DE=4.12$ , se obtuvieron una  $t=12.64$ , y  $p=.000$ . La figura 5.4 muestra una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones medias del factor –no aceptación- de la escala DERS-E en ambos grupos en el pretest, postest y el primer seguimiento.

Las puntuaciones mostradas se obtuvieron después de tratar los datos del primer seguimiento mediante un método de imputación múltiple para compensar 7 casos perdidos por inasistencia en el grupo MIRE-G y 25 perdidos por la misma razón en el grupo TCC-G.

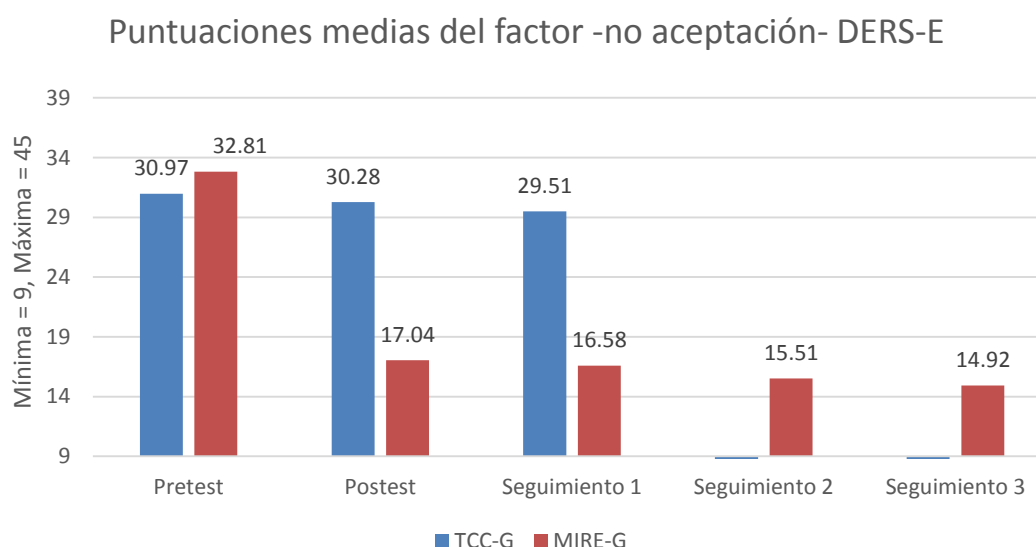
En el segundo seguimiento, el grupo MIRE-G mostró una  $M=15.51$  con una  $DE=3.00$ , y en el tercero una  $M=14.92$  con una  $DE=2.64$ . Las puntuaciones mostradas se obtuvieron respetando el número de asistentes, donde se perdieron 12 casos en el segundo seguimiento ( $N=31$ ) y 20 en el tercero ( $N=23$ ).

Como muestra la tabla 5.7, en las puntuaciones del factor –metas- de la DERS-E del pretest se observó una  $M=22.51$  con una  $DE=4.89$  en el grupo TCC-G, una  $M=22.55$  con una  $DE=5.10$  en el grupo MIRE-G, y una  $t=-.04$ , y  $p=.965$ . En el postest, el grupo TCC-G mostró una  $M=17.93$  con una  $DE=3.58$ , el grupo MIRE-G una  $M=11.72$  con una  $DE=2.50$ , y se obtuvo una  $t=9.39$ , y  $p=.000$ . Por lo tanto se rechazó la H03b: Se encontraron reducciones estadísticamente significativas en el factor –metas- de las puntuaciones de desregulación emocional del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest con un nivel de confianza del 99%, se encontraron evidencias estadísticas de que el MIRE-G+TU resultó más efectivo para facilitar la –acción dirigida por metas en presencia de emociones intensas- que la TCC+TU.

En el primer seguimiento, el grupo TCC-G mostró una  $M=18.48$  con una  $DE=3.01$  y el grupo MIRE-G una  $M=12.79$  con una  $DE=2.63$ , se obtuvieron una  $t=9.43$ , y  $p=.000$ . La figura 5.5 muestra una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones medias del factor –metas- de la escala DERS-E en ambos grupos en el pretest, postest y el primer seguimiento.

Las puntuaciones mostradas se obtuvieron después de tratar los datos del primer seguimiento mediante un método de imputación múltiple para compensar 7 casos perdidos por inasistencia en el grupo MIRE-G y 25 perdidos por la misma razón en el grupo TCC-G.

**FIGURA 5.4** Comparación de reducciones de -no aceptación- entre los grupos.



*Figura 5.4* La figura muestra un diagrama de barras que ilustra las diferencias en las puntuaciones medias de –no aceptación- entre los participantes del grupo MIRE-G y control. Las tres barras de la izquierda muestran una significativa reducción de las puntuaciones del posttest respecto del pretest en el grupo MIRE-G, y una elevación poco perceptible de las puntuaciones del primer seguimiento respecto del posttest. Las tres barras de la derecha muestran una reducción de las puntuaciones del posttest respecto del pretest, y una reducción del primer seguimiento respecto del pretest en el grupo TCC-G. La figura muestra una considerable reducción en los puntajes del posttest y el primer seguimiento del grupo MIRE-G respecto del grupo TCC-G.

**Tabla 5.7**

*Diferencias en el factor –metas- de desregulación emocional entre el grupo MIRE-G y el grupo TCC-G antes y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.*

Metas	TCC-G		MIRE-G		p	t
	M	DE	M	DE		
Pretest	22.51	4.89	22.55	5.10	.965	-.04
Postest	17.93	3.58	11.72	2.50	.000**	9.39
Seguimiento 1	18.48	3.01	12.79	2.63	.000**	9.43
Seguimiento 2*	-	-	12.00	2.10	-	-
Seguimiento 3*	-	-	11.79	2.42	-	-

*Las puntuaciones de desregulación emocional y sus factores se obtuvieron con la escala de dificultades de regulación emocional (DERS-E).*

*\*\*Diferencias estadísticamente significativas considerando  $p \leq .01$*

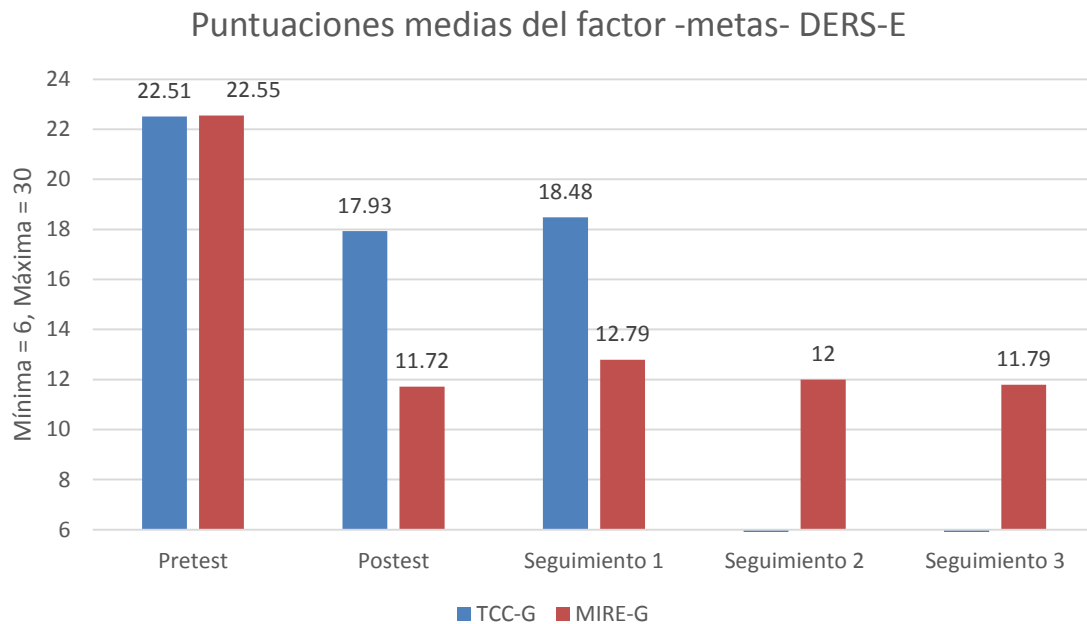
En el segundo seguimiento, el grupo MIRE-G mostró una  $M=12$  con una  $DE=2.1$ , y en el tercero una  $M=11.79$  con una  $DE=2.42$ . Las puntuaciones mostradas se obtuvieron respetando el número de asistentes, donde se perdieron 12 casos en el segundo seguimiento ( $N=31$ ) y 20 en el tercero ( $N=23$ ).

Como muestra la tabla 5.8, en las puntuaciones del factor –conciencia- de la DERS-E del pretest se observó una  $M=15.35$  con una  $DE=3.55$  en el grupo TCC-G, una  $M=15.51$  con una  $DE=4.95$  en el grupo MIRE-G, y una  $t=-.195$ , y  $p=.846$ . En el postest, el grupo control mostró una  $M=14.28$  con una  $DE=4.02$ , el grupo MIRE-G una  $M=11.25$  con una  $DE=2.65$ , y se obtuvo una  $t=5.15$ , y  $p=.000$ . Por lo tanto se rechazó la  $H03c$ : Se encontraron reducciones estadísticamente significativas en el factor –conciencia- de las puntuaciones de desregulación emocional del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest con un nivel de confianza del 99%, se



encontraron evidencias estadísticas de que el MIRE-G+TU resultó más efectivo para el desarrollo de la –conciencia emocional- que la TCC+TU.

**FIGURA 5.5** Comparación de reducciones de -metas- entre los grupos.



*Figura 5.5* La figura muestra un diagrama de barras que ilustra las diferencias en las puntuaciones medias de –metas- entre los participantes del grupo MIRE-G y control. Las tres barras de la izquierda muestran una significativa reducción de las puntuaciones del posttest respecto del pretest en el grupo MIRE-G, y una ligera elevación de las puntuaciones del primer seguimiento respecto del posttest. Las tres barras de la derecha muestran una reducción de las puntuaciones del posttest respecto del pretest, y una reducción del primer seguimiento respecto del pretest en el grupo TCC-G. La figura muestra una considerable reducción en los puntajes del posttest y el primer seguimiento del grupo MIRE-G respecto del grupo TCC-G.

**Tabla 5.8**

*Diferencias en el factor –conciencia- de desregulación emocional entre el grupo MIRE-G y el grupo TCC-G antes y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.*

Conciencia	TCC-G		MIRE-G		<i>p</i>	<i>T</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Pretest	15.35	3.55	15.51	3.95	.846	-.195
Postest	14.28	4.02	11.25	2.65	.000**	4.15
Seguimiento 1	14.51	3.44	11.02	2.75	.000*	5.22
Seguimiento 2*	-	-	12.36	3.10	-	-
Seguimiento 3*	-	-	11.02	2.40	-	-

*Las puntuaciones de desregulación emocional y sus factores se obtuvieron con la escala de dificultades de regulación emocional (DERS-E).*

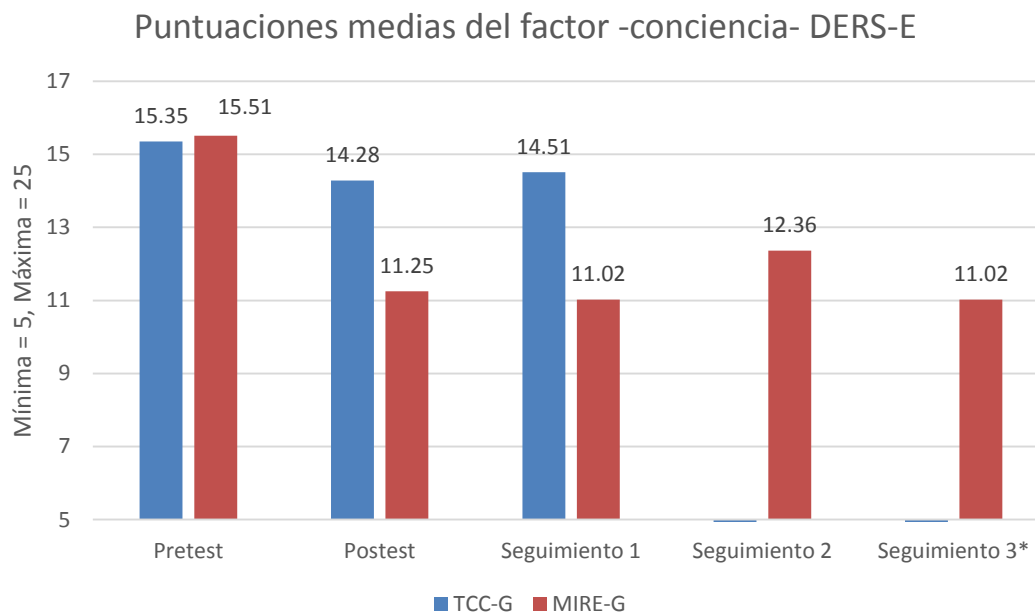
*\*\*Diferencias estadísticamente significativas considerando  $p \leq .01$*

En el primer seguimiento, el grupo TCC-G mostró una  $M=14.51$  con una  $DE=3.44$  y el grupo MIRE-G una  $M=11.02$  con una  $DE=2.75$ , se obtuvieron una  $t=5.22$ , y  $p=.000$ . La figura 5.6 muestra una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones medias del factor –conciencia- de la escala DERS-E en ambos grupos en el pretest, postest y el primer seguimiento.

Las puntuaciones mostradas se obtuvieron después de tratar los datos del primer seguimiento mediante un método de imputación múltiple para compensar 7 casos perdidos por inasistencia en el grupo MIRE-G y 25 perdidos por la misma razón en el grupo TCC-G.

En el segundo seguimiento, el grupo MIRE-G mostró una  $M=12.36$  con una  $DE=3.10$  y en el tercero una  $M=11.02$  con una  $DE=2.40$ . Las puntuaciones mostradas se obtuvieron respetando el número de asistentes, donde se perdieron 12 casos en el segundo seguimiento ( $N=31$ ) y 20 en el tercero ( $N=23$ ).

**FIGURA 5.6** Comparación de reducciones de -conciencia- entre los grupos.



*Figura 5.6* La figura muestra un diagrama de barras que ilustra las diferencias en las puntuaciones medias de -conciencia- entre los participantes del grupo MIRE-G y control. Las tres barras de la izquierda muestran una significativa reducción de las puntuaciones del postest respecto del pretest en el grupo MIRE-G, y una ligera elevación de las puntuaciones del primer seguimiento respecto del postest. Las tres barras de la derecha muestran una ligera reducción de las puntuaciones del postest respecto del pretest, e igualmente entre el primer seguimiento respecto del pretest en el grupo TCC-G. La figura muestra una mayor reducción en los puntajes del postest y el primer seguimiento del grupo MIRE-G respecto del grupo TCC-G.

Como muestra la tabla 5.9, en las puntuaciones del factor –claridad- de la DERS-E del pretest se observó una  $M=12.55$  con una  $DE=3.40$  en el grupo TCC-G, una  $M=14.46$  con una  $DE=3.88$  en el grupo MIRE-G, y una  $t=-2.45$ , y  $p=.797$ . En el postest, el grupo TCC-G mostró una  $M=9.93$  con una  $DE=3.01$ , el grupo MIRE-G una  $M=7.55$  con una  $DE=1.53$ , y se obtuvo una  $t=4.63$ , y  $p=.000$ . Por lo tanto se rechazó la H03d: Se encontraron reducciones estadísticamente significativas en el factor –claridad- de las puntuaciones de desregulación emocional del grupo MIRE-G respecto a las puntuaciones de los participantes del grupo TCC-G en el postest con un nivel de confianza del 99%, se encontraron evidencias estadísticas de que el MIRE-G+TU resultó más efectivo para el desarrollo de –claridad durante la experiencia de emociones intensas- que la TCC+TU.

**Tabla 5.9**

*Diferencias en el factor –claridad- de desregulación emocional entre el grupo MIRE-G y el grupo TCC-G antes y tres meses después de recibir los tratamientos correspondientes.*

Claridad	TCC-G		MIRE-G		<i>p</i>	<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>		
Pretest	12.55	3.40	14.46	3.88	.016	-2.45
Postest	9.93	3.01	7.55	1.53	.000**	4.63
Seguimiento 1	9.66	2.84	7.67	1.52	.000**	4.12
Seguimiento 2*	-	-	7.00	1.62	-	-
Seguimiento 3*	-	-	7.25	1.76	-	-

*Las puntuaciones de desregulación emocional y sus factores se obtuvieron con la escala de dificultades de regulación emocional (DERS-E).*

*\*\*Diferencias estadísticamente significativas considerando  $p \leq .01$*

En el primer seguimiento, el grupo TCC-G mostró una  $M=9.66$  con una  $DE=2.84$  y el grupo MIRE-G una  $M=7.67$  con una  $DE=1.52$ , se obtuvieron una  $t=4.12$ , y  $p=.000$ . La figura 5.7 muestra una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones medias del factor –claridad- de la escala DERS-E en ambos grupos en el pretest, postest y el primer seguimiento.

**FIGURA 5.7** Comparación de reducciones de -claridad- entre los grupos.

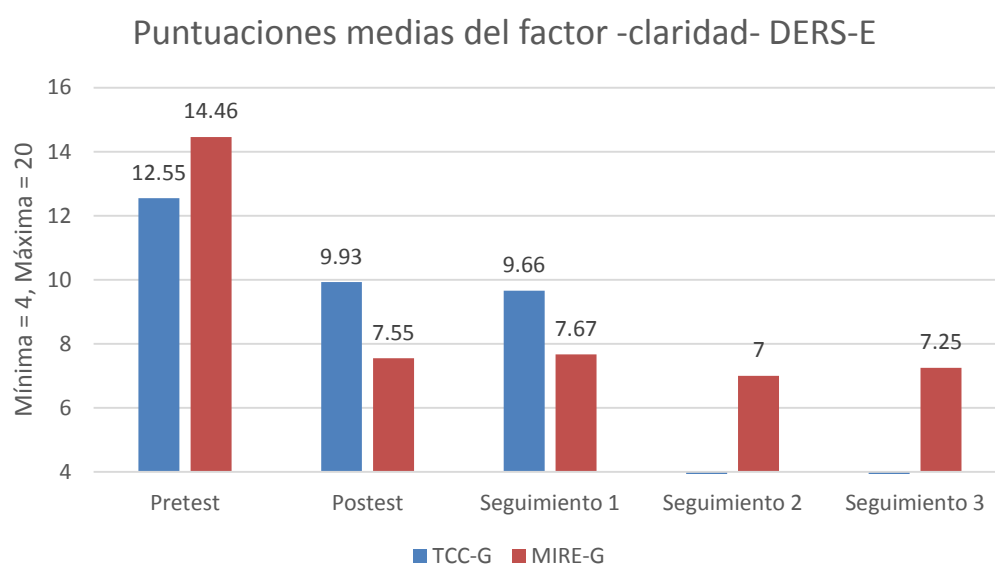


Figura 5.7 La figura muestra un diagrama de barras que ilustra las diferencias en las puntuaciones medias de –claridad- entre los participantes del grupo MIRE-G y control. Las tres barras de la izquierda muestran una significativa reducción de las puntuaciones del postest respecto del pretest en el grupo MIRE-G, y una elevación casi imperceptible de las puntuaciones del primer seguimiento respecto del postest. Las tres barras de la derecha muestran una considerable reducción de las puntuaciones del postest respecto del pretest, y una pequeña reducción entre el primer seguimiento respecto del pretest en el grupo TCC-G. La figura muestra una mayor reducción en los puntajes del postest y el primer seguimiento del grupo MIRE-G respecto del grupo TCC-G.

Las puntuaciones mostradas se obtuvieron después de tratar los datos del primer seguimiento mediante un método de imputación múltiple para compensar 7 casos perdidos por inasistencia en el grupo MIRE-G y 25 perdidos por la misma razón en el grupo TCC-G.

En el segundo seguimiento, el grupo MIRE-G mostró una  $M=7.00$  con una  $DE=1.62$  y en el tercero una  $M=7.25$  con una  $DE=1.76$ . Las puntuaciones mostradas se obtuvieron respetando el número de asistentes, donde se perdieron 12 casos en el segundo seguimiento ( $N=31$ ) y 20 en el tercero ( $N=23$ ).

También se realizó una prueba T de student de medidas repetidas para comparar las medias de las puntuaciones de evitación experiencial del grupo MIRE-G durante el pretest, seis mediciones inter-sesiones, el postest y los seguimientos.

La tabla 5.10 muestra las puntuaciones de cada una de las sesiones, y la figura 5.8 la tendencia a lo largo de las mediciones. Se observaron reducciones estadísticamente significativas al comparar las puntuaciones medias de la primera sesión  $M=44.33$  con la cuarta ( $M=37.46$ ,  $p=.001$ ), quinta ( $M=36.66$ ,  $p=.005$ ), sexta ( $M=32.26$ ,  $p=.000$ ), séptima ( $M=27.73$ ,  $p=.000$ ), octava ( $M=28.53$ ,  $p=.000$ ), y primer seguimiento ( $M=29.26$ ,  $p=.000$ ).

Las puntuaciones mostradas en el seguimiento 1 se obtuvieron después de tratar los datos mediante un método de imputación múltiple para compensar los casos perdidos por inasistencia a lo largo de las diversas mediciones. Las puntuaciones mostradas de los seguimientos restantes se obtuvieron respetando el número de asistentes, donde se perdieron 12 casos en el segundo seguimiento ( $N=31$ ) y 20 en el tercero ( $N=23$ ).

**Tabla 5.10**

*Participantes, medias y desviaciones estándar de las puntuaciones de evitación experiencial a lo largo de las ocho observaciones del tratamiento y sus tres seguimientos.*

Evitación experiencial	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Sesión 1 (Pretratamiento)	43	51.46	9.61
Sesión 2	43	47.31	10.23
Sesión 3	43	43.54	11.81
Sesión 4	43	42.44	10.32
Sesión 5	43	38.97	10.16
Sesión 6	43	37.45	8.3
Sesión 7	43	35.40	7.59
Sesión 8 (Posttest)	43	38.93	7.61
Seguimiento 1*	43	28.68	6.87
Seguimiento 2	29	24.40	4.3
Seguimiento 3	25	21.30	3.8

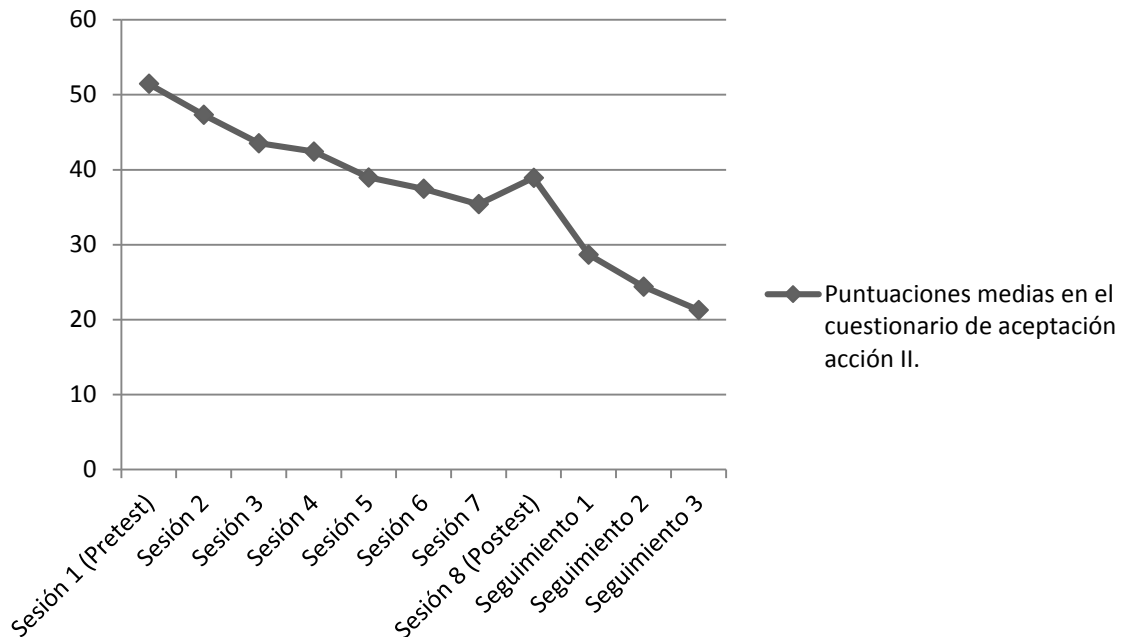
*Notas: Las puntuaciones de evitación experiencial se obtuvieron con el cuestionario de aceptación acción I (AAQ-II).*

*\* Valores obtenidos después de tratar los datos con un método de imputación múltiple.*

#### **5.4 Fidelidad del tratamiento.**

La fidelidad en la aplicación del MIRE-G se procuró mediante tres estrategias. En primer lugar la capacitación de los terapeutas del mismo, donde todos ellos asistieron a un entrenamiento de tres meses donde recibieron una sesión didáctica de tres horas con una frecuencia semanal, que constó de la exposición didáctica de aspectos teóricos por parte del autor del programa, la revisión de lecturas relacionadas con sus aspectos teóricos y clínicos, la supervisión de casos clínicos y representación de papeles. En segundo lugar, el autor del tratamiento estuvo presente durante las sesiones de intervención, donde evaluó la

**FIGURA 5.8** Reducciones en las puntuaciones de evitación experiencial del grupo MIRE-G a lo largo de las ocho sesiones de tratamiento y el primer seguimiento.



*Figura 5.8* La figura muestra un diagrama que ilustra la reducción de las puntuaciones medias de evitación experiencial de los participantes del grupo TCC-G a lo largo de las ocho sesiones de tratamiento y el primer seguimiento. La figura muestra una reducción consistente entre las puntuaciones, mostrándose una reducción mayor entre la sexta y la séptima sesión, una pequeña reducción entre la séptima y octava sesión (postest), y una elevación entre las puntuaciones del postest y el primer seguimiento. Se observan reducciones en el segundo y tercer seguimiento.



coherencia actitudinal de los terapeutas con los elementos interpersonales del tratamiento (p.e. validación, actitud de aceptación, orientación hacia los valores) mediante la aplicación de la *escala de evaluación de la adherencia y competencia de terapia de aceptación y compromiso y terapia cognitivo conductual de la universidad de Drexel* (DUACRS-R; McGrath, Forman & Herbert, 2009), sin encontrar discrepancias significativas. Finalmente, las sesiones de tratamiento se encontraron estandarizadas mediante el uso de manuales de aplicación donde el tiempo destinado a cada actividad fue cronometrado, el uso de materiales uniformes para los participantes, y el uso de diapositivas guía para el terapeuta. La integridad de la aplicación de la TCC-G fue procurada con la capacitación

La integridad de la aplicación de la TCC-G fue procurada con la capacitación recibida por los terapeutas en su formación clínica y la aplicación de la DUACRS-R por un monitor ajeno a este estudio.

El tratamiento farmacológico fue administrado siguiendo los protocolos de intervención usuales de los médicos tratantes de la institución donde se llevaron a cabo las intervenciones, estos pudieron diferir según las condiciones específicas de cada participante.

### **5.5 Efectos adversos y efectos secundarios**

Se desconoce de algún efecto adverso por cualquiera de los tratamientos.

## 5.6 Discusión

Se aceptó la H01: No se encontraron reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones del posttest de la variable ansiedad en el grupo que recibió el MIRE-G+TU, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G+TU.

Se rechazó la H02 y se aceptó la H11: Se encontraron reducciones estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 99% en las puntuaciones del posttest de la variable desregulación emocional en el grupo que recibió el MIRE-G+TU, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G+TU.

Se rechazó la H02a y se aceptó la H12a: Se encontraron reducciones estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 99% en las puntuaciones del posttest del factor –no aceptación- de la variable desregulación emocional en el grupo que recibió el MIRE-G+TU, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G+TU.

Se rechazó la H02b y se aceptó la H12b: Se encontraron reducciones estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 99% en las puntuaciones del posttest del factor –metas- de la variable desregulación emocional en el grupo que recibió el MIRE-G+TU, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G+TU.

Se rechazó la H02c y se aceptó la H12c: Se encontraron reducciones estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 99% en las puntuaciones del posttest del factor –conciencia- de la variable desregulación emocional en el grupo que recibió el MIRE-G+TU, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G+TU.

Se rechazó la H02d y se aceptó la HI2d: Se encontraron reducciones estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 99% en las puntuaciones del posttest del factor –claridad- de la variable desregulación emocional en el grupo que recibió el MIRE-G+TU, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G+TU.

Se rechazó la H03 y se aceptó la HI3: Se encontraron reducciones estadísticamente significativas con un nivel de confianza del 99% en las puntuaciones del posttest de la variable evitación experiencial en el grupo que recibió el MIRE-G+TU, respecto a las puntuaciones de un grupo equivalente que recibió TCC-G+TU.

Se rechazó la H04 y se aceptó la HI4: Se mantuvieron los cambios producidos por el MIRE-G, en los seguimientos a los 3, 6 y 9 meses.

Estos hallazgos son similares a los encontrados en las investigaciones de Forman et al. (2007), donde se mostró que los tratamientos conductuales orientados a la aceptación tienen efectos similares a los tratamientos cognitivo conductuales en las variables clínicas (p. ej. depresión o ansiedad), aunque pudieran actuar por mecanismos diferentes. En el caso de la presente investigación, la reducción de la desregulación emocional y la evitación experiencial es notablemente mayor en el grupo que recibió el MIRE-G+TU respecto al que recibió la TCC-G+TU aunque la reducción de la ansiedad es equivalente en ambos grupos.

La equivalencia de los grupos y la administración contigua de los tratamientos impide suponer que los resultados puedan deberse a la diferencia entre los grupos, variables relacionadas a la historia o a una maduración dispar de los mismos. Por su parte, la tendencia descendente mostrada por los resultados obtenidos por la administración longitudinal del AAQ-II impide suponer que la influencia de algún factor histórico explicara la mejora del grupo MIRE-G, sin embargo, es posible que existiera un efecto de

interacción entre la administración del instrumento y el tratamiento que explicara el tamaño del efecto mostrado; Aún así, el grupo TCC-G también incorporó medidas longitudinales que pudieran contrarrestar este efecto. También puede suponerse que el deseo de los terapeutas del MIRE-G por participar del mismo, y el entrenamiento adicional recibido resultaran en diferencias entre los administradores de los tratamientos que influyeran en los resultados mostrados, una diferencia no contemplada en la escala de adherencia y competencia (DUACRS-R) utilizada para evaluar la integridad de la aplicación de los tratamientos.

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

Respecto a la validez externa de la investigación, se considera que el hecho de que los participantes hayan pagado sus sesiones de tratamiento recrea una condición usual en los escenarios de atención psicológica pública y privada, favoreciendo la adherencia al tratamiento y el aprovechamiento del mismo por el esfuerzo que conlleva pagar por este; no se introdujeron motivadores artificiales como el pago de incentivos por participar del tratamiento o por asistencia a las sesiones. Sin embargo, que existe una seria amenaza a la validez debida a la especificidad de las características de la muestra ya que si bien el nivel educativo de los participantes del estudio puede ser representativo de las instituciones de donde se obtuvo la muestra, estas características difieren de la educación básica que tiene la mayoría de los usuarios de los servicios de salud mental de otras instituciones. Estos resultados deberían de considerarse exclusivos para pacientes con estas características educativas y no generalizarse a personas que difieran en esta característica. Por su parte, las

comorbilidades presentadas por los participantes del estudio son características de las mostradas por la población clínica general, lo que representa una ventaja respecto a los diseños que tienen criterios de inclusión y exclusión más estrictos.

Por último, la TCC-G utilizada como grupo control presenta dos la distinguen de los tratamientos usuales ilustrados en la literatura clínica conductual, su duración es más breve (8 sesiones en comparación a las 12-20 sesiones usuales), y no fue aplicada por terapeutas expertos o certificados. Siendo así, creemos que los resultados de este estudio permiten concluir que el MIRE-G mostró eficacia para la reducción de la ansiedad, desregulación emocional y grupo MIRE-G en comparación a “un grupo control que recibió un TCC-G”, lo que no permite afirmar que el MIRE-G mostró mayor efectividad que un TCC-G de efectividad comprobada.

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

Se deben considerar los siguientes puntos:

- a) El MIRE-G no incluyó estrategias dirigidas específicamente para el tratamiento de la ansiedad generalizada, y que dicho problema no fue mencionado ni evaluado directamente durante el tratamiento pues éste se concentró en intervenir procesos de valor transdiagnóstico. Aun así la disminución de las puntuaciones de esta variable fue significativa.

- b) A pesar de que todos los participantes tuvieron diagnóstico de TAG, los trastornos en comorbilidad fueron diversos y, en la mayoría de los casos, tuvieron más de un trastorno en comorbilidad, lo que no impidió que la ansiedad, evitación experiencial y desregulación emocional disminuyeran en el posttest y que los cambios se mantuvieran en los seguimientos.
- c) El MIRE-G representa un tratamiento considerablemente económico por su formato grupal y su duración.

Respecto a las implicaciones teóricas del estudio, se asume que el estudio es congruente con la literatura revisada respecto al valor transdiagnóstico de las estrategias de regulación emocional inefectivas y la utilidad de las estrategias de intervención consideradas en el MIRE-G para corregir su uso.

En el futuro, será importante realizar una réplica del presente estudio para evaluar la replicabilidad de los resultados obtenidos en esta investigación, en ese caso será importante incorporar escalas que evalúen diversas variables clínicas como depresión, ajuste social o calidad de vida, de esa forma se puede obtener mayor información sobre la amplitud de los beneficios de este tratamiento. También se sugiere comparar la eficacia de tratamientos de regulación emocional o que ataquen procesos de valor transdiagnóstico con tratamientos sustentados empíricamente con la finalidad de obtener mayor información sobre sus beneficios y si representan o no, una alternativa tan buena, o mejor que los tratamientos recomendados en la actualidad. Por último, se sugieren investigaciones donde se evalúen directamente los impactos de este tipo de tratamientos sobre los mecanismos de cambio propuestos, p. ej. mediante la aplicación de escalas como el inventario de 5 facetas del mindfulness (Baer, et al. 2006), el cuestionario de creencia metacognitivas (Wells & Cartwright-Hatton, 2004), o el inventario de preocupación de Pensilvania (Nuevo,

Montorio & Ruiz, 2002), y donde se realicen análisis de regresión que evalúen si la modificación de estas variables explica en alguna medida los cambios en las variables clínicas medidas.

## Referencias

- Abraham, F. D. & Gilgen, A. R. (1995). *Chaos Theory in Psychology: Contributions in Psychology*. Oxford: Praeger
- Addis, M., & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 313–326.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1994). Cognitive therapy of delusional beliefs. *Behavioral Research and Therapy*, 32(3), 369–380.
- Allen, L. B. & Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 33, 185-192
- Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 216–249). Nueva York: Guilford Press.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Safford, S. M., & Gibb, B. E. (2006). The Cognitive Vulnerability to Depression (CVD) Project: Current findings and future directions. En L. B. Alloy & J. H. Riskind (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 33–61). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Alloy, L. B., Reilly-Harrington, N., Fresco, D. M., Whitehouse, W. G., & Zechmeister, J. S. (1999). Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 13, 21–40.



- American Psychiatric Association. (1998). Gold Award: Integrating dialectical behavior therapy into a community mental health program. *Psychiatric Services, 49*, 1338–1340.
- Anderson, A. K., & Phelps, E. A. (2000). Expression without recognition: Contributions of the human amygdala to emotional communication. *Psychological Science, 11*, 106–111.
- Annis, H. M., Schober, R., & Kelly, E. (1996). Matching addiction outpatient counseling to client readiness for change: The role of structured relapse prevention counseling. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4*(1), 37–45.
- Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Nueva York, NY.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotions and personality*. Nueva York: Columbia University Press.
- Asociación psiquiátrica americana (APA). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- Austin, J. H. (1998). *Zen and the brain: Toward an understanding of meditation and consciousness*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Austin, J. T., & Vancouver, J. B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin, 120*, 338–375.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to *Acceptance and Commitment Therapy* 333 prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129–1139.

- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 281–299.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assesment*, 13, 27-45.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247– 1263.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.).
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment of emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., Boisseau, C. L., Ehrenreich, J. T., Ellard, K. K., Farchione, T., y cols. (2008). *Unified protocol for treatment of emotional disorders: Modular version 2.0*. Manuscrito no publicado, Universidad de Boston.
- Barlow, D. H., Allen, L., & Choate, M. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205–230.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A

- randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529–2536.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Barnard, P. J., & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systematic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, 5, 1–39.
- Baron-Cohen, S. (1991). The development of a theory of mind in autism: Deviance and delay? *Psychiatric Clinics of North America*, 14(1), 33–51.
- Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on Psychological Science*, 1(1), 28–58.
- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 20–46.
- Barrett, L. F., Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2007). On the automaticity of emotion.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36–42.
- Baumeister, R. F., Schmeichel, B. J., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation and the executive function: The self as controlling agent. En A. W. Kruglanski & E. T. Higgins (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (2a ed., pp. 516–539). Nueva York: Guilford Press.
- Beck AT, & Steer RA. (1993). *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. 1993 San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: New American Library.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49–58
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 49–58.
- Beck, A. T., & Emery, G. (con Greenberg, R. L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., & Greenberg, R. L. (1988). Cognitive therapy of panic disorder. En R. E. Hales & A. J. Frances (Eds.), *Review of psychiatry* (Vol. 7, pp. 571–583). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2a ed)*, Nueva York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. Nueva York: Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (Comps.). (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Benson, H. (1984). *Beyond the relaxation response: How to harness the healing power of your personal beliefs*. Nueva York: Times Books.

- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guidebook for helping professionals*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Beyebach, M., Morejon, A. R., Palenzuela, D. L., & Rodríguez- Arias, J. L. (1996). Research on the process of solution-focused therapy. En S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 299–334). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Block, L., Moran, E. K., & Kring, A. M. (2010). On the Need for Conceptual and Definitional Clarity in Emotion Regulation Research and Psychopathology. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). Nueva York: The Guilford Press.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient Dialectical Behavioral Therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 875–887.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156–163.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156–163.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88, 1057–1067.

- Borkovec, T. D. (1985). The role of cognitive and somatic cues in anxiety and anxiety disorders: Worry and relaxation-induced anxiety. En A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 463–478). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Borkovec, T. D. (1985). The role of cognitive and somatic cues in anxiety and anxiety disorders: Worry and relaxation-induced anxiety. En A. H. Tuma & J. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 463–478). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5–33). Sussex, UK: Wiley.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G. C. I. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 5–33). Chichester, RU: Wiley.
- Borkovec, T. D., & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research Therapy*, 28(1), 69–73.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1994). Generalized anxiety disorder. En R. T. Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 261–281). Nueva York: Plenum.
- Borkovec, T. D., & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 25–30.
- Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37–45. 306
- Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 11), 37–42.

- Borkovec, T. D., & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present. En S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209–242). Nueva York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). Nueva York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77–108). Nueva York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 77–108). Nueva York: Guilford.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, *21*, 9–16.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. En R. M. Rapee & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 29–51). Nueva York: Guilford Press.

- Borkovec, T.D., & Miranda, J. (1999). Between-group psychotherapy outcome research and basic science. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 147–158.
- Borkovec, T.D., & Roehmer, L. (1995). Perceived function of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26*, 25–30.
- Borkovec, T.D., Metzger, R.L., & Pruzinsky, T. (1986). Anxiety, worry and the self. En L. Hartman & K.R. Blankstein (Eds.), *Perception of self in emotional disorders and psychotherapy*. Nueva York: Plenum.
- Borkovec, T.D., Shadick, R., & Hopkins, M. (1990). The nature of normal and pathological worry. En R. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety and generalized anxiety disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review, 108*, 4–22.
- Bower, G.H., & Cohen, P.R. (1982). Emotional influences on memory and thinking: Data and theory. En S. Fiske & M. Clark (Eds.), *Affect and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Bower, G.H., & Forgas, J.P. (2000). Affect, memory, and social cognition. En E. Eich, J.F. Kihlstrom, G.H. Bower, J.P. Forgas & P.M. Niedenthal (Eds.), *Cognition and emotion*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. Hove, RU: Erlbaum.
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1272–1280.
- Brunswick, K. A., Sbraga, T. P. & Harris, C. D. (2003). Relapse Prevention. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy*:



- Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 321-329). Nueva Jersey: Wiley.
- Burns, D. D., & Auerbach, A. H. (1992). Does homework compliance enhance recovery from depression? *Psychiatric Annals*, 22(9), 464–469.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Coping styles, homework compliance, and the effectiveness of cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 305–311.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 46–56.
- Bushman, B. J. (2002). Does venting anger feed or extinguish the flame?: Catharsis, rumination, distraction, anger, and aggressive responding. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(6), 724–731.
- Butler, E. A., & Gross, J. J. (2004). Hiding feelings in social contexts: Out of sight is not out of mind. En P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 101–126). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Butler, G. (1994). Treatment of worry in generalized anxiety disorder. En G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 35–59). Nueva York: Wiley.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., & Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167–175.

- Butler, G., Gelder, M., Hibbert, G., Cullington, A., & Klimes, I. (1987). Anxiety management: Developing effective strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 517–522.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542–559). Nueva York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251–1263.
- Campos, J. J., Frankel, C. B., & Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377–394.
- Canli, T., Zhao, Z., Desmond, J. E., Kang, E., Gross, J., & Gabrieli, J. D. E. (2001). An fMRI study of personality influences on brain reactivity to emotional stimuli. *Behavioral Neuroscience*, 115, 33–42.
- Carey, T. A. (2011). Exposure and reorganization: the what and how of effective psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 31, 236–248.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up results. *Supportive Care in Cancer*, 9, 112–123.
- Carr, A. (1997). Positive practice in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23(3), 271–293.
- Carr, A. (2007). *Psicología positiva, la ciencia de la felicidad*. Buenos Aires: Paidós.

- Carretero-Dios, H. & Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (7), 863–882.
- Carver, C. S. (2004). Negative affects deriving from the behavioral approach system. *Emotion*, 4, 3–22.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2000). Scaling back goals and recalibration of the affect system are processes in normal adaptive self-regulation: Understanding “response shift” phenomena. *Social Science and Medicine*, 50, 1715–1722.
- Chadwick, P., Birchwood, M., & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester, England: Wiley.
- Chorpita, B. F. (2007). *Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, 7, 5–20.
- Christensen, A., & Jacobson N. (2000). *Reconcilable differences*. Nueva York: Guilford Press.
- Ciarrochi, J. & Bilich, L. (2006). *Process measures of potential relevance to ACT*. Wollongong (Australia): University of Wollongong.
- Ciarrochi, J. V., Bailey, A. (2008), *A CBT Practitioner’s Guide to ACT, How to Bridge the Gap Between Cognitive Behavioral Therapy & Acceptance & Commitment Therapy*, Oakland, New Harbinger Publications Inc

- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation and developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 7, 1-10
- Clark, D. & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and Practice*. Nueva York. The Guilford Press.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective of social phobia. En W. R. Crozier & L. E. Alden (Comps.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). Chichester, RU: Wiley.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). Nueva York: Guilford Press.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M. J. V., Waddington, L., y cols. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058–1067.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067–1074.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36, 119–124.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and carácter. *Archives of General Psychiatry*. 42, 1029-1033

- Clore, G. L. (1994). Why emotions are felt. En P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 103–111). Nueva York: Oxford University Press.
- Colbear, J., & Wells, A. (2008). *Randomized controlled trial of metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder*. Manuscrito no publicado.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (1998). Generalized anxiety disorder: Neurobiological and pharmacotherapeutic perspectives. *Biological Psychiatry*, *44*, 1286–1294.
- Cooper, M., Todd, G. & Wells, A. (2009), *Treating Bulimia Nervosa and Binge Eating, an Integrated Metacognitive and Cognitive Therapy Manual*. Nueva York: Routhledge
- Cooper, M., Whitehead L. & Boughton, N. (2004), Eating Disorders, en J. Bennett–Levy, D. Westbrook, M. Fennell, M. Cooper, K. Rouf, A. Hackmann, Oxford Guide to Experiments in Cognitive Therapy. Nueva York: Oxford
- Coplan, J. D., & Lydiard, R. B. (1998). Brain circuits in panic disorder. *Biological Psychiatry*, *44*, 1264–1276.
- Costa, P. T. & Widiger, T. A. (dirs.) (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washinfon, D.C.:American Psychological Association.
- Costello, C. G. (1971). Anxiety and the persisting novelty of input from the autonomic nervous system. *Behavior Therapy*, *2*, 321–333.
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?* Amsterdam, The Netherlands: Elsevier.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry: Workbook* (2a ed.). Oxford, RU: Oxford University Press.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., & O’Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, NY: Graywind Publications.

- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 397–402.
- Cunningham, C., Davis, J. R., Bremner, R., & Dunn, K. W. (1993). Coping modeling problem solving versus mastery modeling: Effects on adherence, in-session process, and skill acquisition in a residential parent-training program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 871–877.
- Cuthbert, B. N., Lang, P. J., Strauss, C., Drobles, D., Patrick, C. J., & Bradley, M. M. (2003). The psychophysiology of anxiety disorder: Fear memory imagery. *Psychophysiology*, 40, 407–422.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention* (3a ed.). Nueva York: Springer.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2a ed.). Nueva York: Springer.
- Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35, 785–802.
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31(5), 543–568.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes’ error*. Nueva York: Putnam.
- Davey, G. C. L., & Wells, A. (2006). *Worry and its Psychological Disorders: Theory Assesment and Treatment*. San Francisco. Wiley.

- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem-solving abilities, and social problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 327–330.
- Davey, G. C. L. (1997). A conditioning model of phobias. En G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 301–322). Chichester, RU: Wiley.
- Davidson, J. R., Krishnan, K. R., Charles, H. C., Boyko, O., Potts, N. L., Ford, S. M., & cols. (1993). Magnetic resonance spectroscopy in social phobia: Preliminary findings. *Journal Clinical Psychiatry*, 54(Suppl.), 19–25.
- Davidson, R. J. (2000). The functional neuroanatomy of affective style. En R. D. L. L. Nadel (Ed.), *Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 371–388). Nueva York: Oxford University Press.
- Davis, M. (1998). Are different parts of the extended amygdala involved in fear versus anxiety? *Biological Psychiatry*, 44, 1239–1247.
- Dempsey, M. (2002). Negative coping as a mediator in the relation between violence and outcomes in inner-city African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72, 102–109.
- Denny, B. T., Silvers, J. A. & Oschner, K. N. (2010). How we heal what we don't want to feel? The functional neural architecture of emotion regulation. En A. M. Kring, & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 59–87). Nueva York: Guilford Press.
- Diener, E., & Lucas, R. (1999). Personality and subjective well-being. En E. Kahneman, E. Diener, & N. Schwartz (comps.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Nueva York: The Guilford Press.

- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2007). *Understanding anger disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M., y cols. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658–670.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Dollard, J., & Miller, N. E. (1950). *Personality and psychotherapy*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Donohue, B., Cavenagh, N. (2003). Anger (Negative Impulse Management). En W. O'Donohue, J. E. Fisher, S. C. Hayes (eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Nueva Jersey: John Wiley and Sons
- Dougher, M. J., & Hackbert, L. (1994). A behavior-analytic account of depression and a case report using acceptance-based procedures. *The Behavior Analyst, 17*, 321–334.
- Duckworth, M. (2003). Assertiveness Skills Training and the Management of Related Factors. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 16-22). Nueva Jersey: Wiley.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Nueva York: Routledge.



- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Rhéaume, J., Provencher, M., & Boisvert, J.-M. (1998). Worry themes in primary GAD, secondary GAD, and other anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, *12*, 253–261.
- Dupuy, J.-B., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2001). Worry: Daily self-report in clinical and non-clinical populations. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 1249–1255.
- Ebner-Priemer, U. W., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B., Weiss, I., y cols. (2005). Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: A startle response study. *Journal of Psychiatric Research*, *39*, 85–92.
- Edelmann, R. J., & Iwawaki, S. (1987). Self-reported expression and consequences of embarrassment in the United Kingdom and Japan. *Psychologia*, *30*(4), 205–216.
- Ehlers, C. L., Frank, E., & Kupfer, D. J. (1988). Social zeitgebers and biological rhythms: A unified approach to understanding the etiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 948–952.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and valuebased behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 287–306). Nueva York: Guilford Press.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, *6*, 169–200.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, *48*, 384–392.

- Ekman, P. (1999). Basic emotions. En T. Dalgleish & M.J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion*. Chichester, UK: Wiley.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face: Guidelines for research and an integration of findings*. Oxford, UK: Pergamon Press.
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *Journal of the American Medical Association*, 282, 833–839.
- Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. *Behavioral and Brain Sciences*, 2, 155–199.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, RU: Erlbaum.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). Nueva York: The Guilford Press.
- Farach, F. I., & Mennin, D. S. (2007). Emotion-based approaches to the anxiety disorders. En J. Rottenberg & S. L. Johnson (Comps.), *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (pp. 243-261). Washington, DC: American Psychological Association.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: An experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 401–411.

- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857–870.
- Ferster, C. B. (1981). A functional analysis of behavior therapy. En L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 181–196). Nueva York: Academic Press.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26(4), 695–720.
- Finzi, E., & Wasserman, E. (2006). Treatment of depression with botulinum toxin A: A case series.
- Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder? In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 359–377). Chichester, UK: Wiley.
- Fisher, P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder? In G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 359–377). Chichester, RU: Wiley.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive–compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 821–829.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117–132.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117–132.

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20–35.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20–35.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 194–200.
- Foa, E. B., Hembree, E., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences* [therapist guide]. Nueva York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Hembree, E., & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences* [therapist guide]. Nueva York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. En B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety : Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., y cols. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention in the treatment of obsessive–compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 151–161.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20–35.

- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D. & Geller, P. A. (2007). Effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, *31*(6), 772-779.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, *31*, 772–799.
- Forsyth, J. P., Fusé, T. (2003). Interoceptive Exposure for Panic Disorder. En W. O'Donohue, J. E. Fisher, S. C. Hayes (eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Nueva Jersey: John Wiley and Sons
- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, *17*, 791–802.
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., & Lanius, R. A. (2008). Neuroimaging studies of psychological interventions for mood and anxiety disorders: Empirical findings and methodological review. *Clinical Psychology Review*, *28*, 228–246.
- Frewen, P. A., Evans, E. M., Maraj, N., Dozois, D. J. A., & Patridge, K. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-17). Nueva York: Guilford Press.
- Friedman, B. H., & Thayer, J. F. (1998). Anxiety and autonomic flexibility: A cardiovascular approach. *Biological Psychology*, *47*, 243–263.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Nueva York: Cambridge University Press.

- Frijda, N.H. (Ed.). (1993). Appraisal and beyond: The issue of cognitive determinants of emotion.
- Fruzzetti, A. & Fruzzetti, A. E. (2003). Dialectics and Cognitive Behavior Therapy. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 121-128). Nueva Jersey: Wiley.
- Fruzzetti, A. E., & Fruzzetti, A. R. (2003). Borderline personality disorder: Dialectical Behavior Therapy with couples. En D. K. Snyder & M. A. Whisman (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 235–260). Nueva York: Guilford Press.
- Fruzzetti, A. E., & Levensky, E. R. (2000). Dialectical Behavior Therapy for domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 435–447.
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., Mosco, E. & Lowry, K (2003). Emotion Regulation. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 152-159). Nueva Jersey: Wiley.
- Gard, D. E., Kring, A. M., Gard, M. G., Horan, W. P., & Green, M. F. (2007). Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 93(1–3), 253–260.
- Gardner, C. R., Tully, W. R., & Hedgecock, C. J. R. (1993). The rapidly expanding range of neuronal benzodiazepine receptor ligands. *Progressive Neurobiology*, 40, 1–61.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415–437.

- Gaus, V. L. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for adult Asperger syndrome*. Nueva York: Guilford Press.
- Geiser, D. S. (1992). *A comparison of acceptance-focused and control-focused psychological treatments in a chronic pain treatment center*. Unpublished dissertation, University of Nevada, Reno.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Nueva York: Guilford Press.
- Germer, C.K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? En C.K. Germer, R.D. Siegel & P.R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3\_27). Nueva York: Guilford Press.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., y cols. (2004). Applying a functional acceptance based model to smoking cessation: An initial trial of acceptance and commitment therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689–705.
- Gigerenzer, G. (2007). *Gut feelings: The intelligence of the unconscious*. Nueva York: Viking.
- Gigerenzer, G., Hoffrage, U., & Goldstein, D. G. (2008). Fast and frugal heuristics are plausible models of cognition: Reply to Dougherty, Franco-Watkins, and Thomas (2008). *Psychological Review*, 115(1), 230–239.
- Gilbert, P. (2007). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. En P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 106–142). Nueva York: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable.

- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Oakland CA: New Harbinger.
- Gilbert, P., & Andrews, B. (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. Nueva York: Oxford University Press.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353–379.
- Gladwell, M. (2006, May 22). What the dog saw. *The New Yorker*, pp. 48–57.
- Goisman, R. M. (1985). The psychodynamics of prescribing in behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 142, 675–679.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377–384.
- Gratz, K., Tull, M., & Gunderson, J. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: The role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, 42(7), 550–559.
- Gray, J. A. (1973). Causal theories of personality and how to test them. In J. R. Royce (Ed.), *Contributions of multivariate analysis to psychological theory* (pp. 409–463). Nueva York: Academic Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1990). *Emotion in psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press.



- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 336–343.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management.
- Grewal, D., Brackett, M., & Salovey, P. (2006). Emotional intelligence and the self-regulation of affect. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 37–55). Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271–299.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 224–237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271–299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281–291.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348–362.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 970–986.

- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(1), 95–103.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*, 151–164.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). Nueva York: Guilford Press.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). Nueva York: Guilford Press.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: A test of the meta-cognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 137–144. Myers & Wells, 2005
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail: A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review, 108*, 814–834.
- Hansen, D. J., & MacMillan, V. M. (1990). Behavioral assessment of child-abuse and neglectful families: Recent developments and current issues. *Behavior Modification, 14*(3), 255–278.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., Shafran, R., (2004). *Cognitive Behavioural Processes across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*, Nueva York: Oxford
- Hayes, C. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. En S. C. Hayes, L. J. Hayes, T. R. Sarbin & H. W. Reese (eds.), *The varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno: Context Press.

- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. En N. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327–387). Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639–665.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–666.
- Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *Behavior Analyst*, 17, 289–303.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V., Wilson, K. G. (2001). Derived relational responding as learned behavior, En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes & B. Roche (Comps.), *Relational frame theory, a post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Spencer, S. (2005), *Get Out of Your Mind & Into Your Life*, Oakland: New Harbinger
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999), *Acceptance and Commitment Therapy, an Experiential Approach to Behavior Change*. Nueva York: Guilford
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012), *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2a ed). Nueva York: Guilford
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., y cols. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *Psychological Record, 54*, 553–578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152–1168.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., y cols. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy, 35*, 667–688.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach

- to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M.A., Dykstra, T.A., Batten, S.V., Bergan, J., Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., Eifert, G.H., Bond, F.W., Fosyth, J.P., Karekla, M. & McCurry, S.M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578
- Heard, H. L., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy: An integrative approach to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4, 55–82.
- Heffner, M., Sperry, J., & Eifert, G. H. (2002). Acceptance and commitment therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 232–236.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., & cols. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133–1141.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Nueva York: Guilford Press.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2002). *Serious emotional disturbance in children and adolescents: Multisystemic therapy*. Nueva York: Guilford Press.

- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2008). *Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A study of its effectiveness in comparison with a multicomponent cognitive-behavioral treatment.*
- Herzberg, A. (1941). Short treatment of neuroses by graduated tasks. *British Journal of Medical Psychology, 19*, 19–36.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1568–1578.
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist, 52*, 1280–1300.
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist, 52*, 1280-1300.
- Hildebrandt, M. J., Pistorello, J., & Hayes, S. C. (2007). *Predicting student attrition and healthcare utilization: Examining the role of experiential avoidance.* Paper presented at the annual meeting of the Association for Behavior Analysis, San Diego, CA.
- Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (1988). The peripheral sympathetic nervous system: Its role in normal and pathological anxiety. *Psychiatric Clinics of North America, 11*, 375–386.
- Hoffman, S. G., Grossman, P. & Winton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for Psychological interventions. *Clinical Psychology Review, 31*, 1126-1132.
- Hoffman, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 169-183.

- Hofmann, S. G., Gerlach, A. L., Wender, A., & Roth, W. T. (1997). Speech disturbances and gaze behavior during public speaking in subtypes of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 11*(6), 573–585.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. En P. C. Kendall & S. D. Barlow (Eds.), *Cognitive-behavioral intervention: Theory, research, and procedures* (pp. 153–203). Nueva York: Academic Press.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428–466). Nueva York: Wiley.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: Emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy, 36*(4), 361–384.
- Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology, 27*, 455–456.
- Iardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The role of non-specific factors in cognitive-behavior therapy for depression. *Clinical Psychology: Science & Practice, 1*, 138–156.
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Jacobson, N. S., & Gortner, E. (2000). Can depression be de-medicalized in the 21st century? Scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 103–117.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8*(3), 255–270.

- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205.
- Jenkins-Hall, K. A. (1989). The decision matrix. En D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 159–166). Nueva York: Guilford Press.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healty and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334.
- Johnson, S. L., Carver, Ch. S., & Fulford, D. (2010). Goal Dysregulation in the Affective Disorders. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopatology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 204-228). Nueva York: The Guilford Press.
- Judge, L., Cleghorne, A., McEwan, K. & Gilbert, P. (2012). An Exploration of Group-Based Compassion Focused Therapy for a Heterogenous Range of Clients Presenting to a Community Mental Health Team. *International Journal of Cognitive Therapy* 5(4), 420-429. Nueva York: Guilford Press.
- Juengling, F. D., Schmahl, C., Hesslinger, B., Ebert, D., Bremner, J. D., Bohus, M., y cols. (2003). Positron emission tomography in female patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 37, 109–115.



- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Dell Publishing.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York: Delacorte. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there you are*. Nueva York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Nueva York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144–156.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine, 8*, 163–190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain, 2*, 159–173.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 149*, 936–943.

- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry, 15*, 284–289.
- Karekla, M., Forsyth, J. P., & Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy, 35*, 725–746.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 44*(9), 1301–1320.
- Kazantzis, N., & Deane, F. P. (1999). Psychologists' use of homework assignments in clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice, 30*(6), 581–585.
- Keane, T.M., Zimmering, R.T., & Caddell, R.T. (1985). A behavioural formulation of PTSD in Vietnam veterans. *Behaviour Therapist, 8*, 9–12.
- Keltner, D., & Gross, J. J. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion, 13*, 467–480.
- Keltner, D., Horberg, E. J., & Oveis, C. (2006). Emotions as moral intuitions. In J. P. Forgas (Ed.), *Affect in social thinking and behavior* (pp. 161–175). Nueva York: Psychology Press.
- Kendler, K. S., Heath, A. C., Martin, N. G., & Eaves, L. J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression: Same genes, different environments? *Archives of General Psychiatry, 44*, 451–457.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobia in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry, 49*, 273–281.

- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 374–383.
- Koerner, K. & Linehan, M. M. (2003). Validation Principles and Strategies. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 456-462). Nueva Jersey: Wiley.
- Koerner, K., & Dimeff, L. (2000). Further data on dialectical behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 104–112.
- Koerner, K., & Dimeff, L. A. (2000). Further data on Dialectical Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 104–112.
- Koerner, K., Gollan, J. K., y cols. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2), 295–304.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Nueva York: Plenum Press.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, *23*, 4–41.
- Koole, S. L., Van Dillen, L. F. & Shepes, G. (2011). The Self Regulation of Emotion. En K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Comps.) *Handbook of Self Regulation: Research, Theory and Applications*, 2a ed (pp. 22-40). Nueva York: The Guilford Press.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., y cols. (2001). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, *32*, 371–390.

- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., y cols. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. En P. Philippot & R. S. Feldman (Comps.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Hove, RU: Psychology Press.
- Kring, A. M., & Bachorowski, J. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13, 575–599.
- Kring, A. M., & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. En P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359–385). Hove, UK: Psychology Press.
- Kring, A. M., Persons, J. B., & Thomas, C. (2007). Changes in affect during treatment for depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1753–1764.
- Kring, A. M., Sloan, D. M. (2010). *Emotion Regulation and Psychopathology – A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. Nueva York: Guilford
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357–363.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M.H., & Dugas, M.J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 139–152.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495–512.
- Lang, P. J. (1987). Fear and anxiety: Cognition, memory and behavior. En D. Magnusson & A. Ohman (Eds.), *Psychopathology* (pp. 148–162). Nueva York: Academic Press.

- Lang, P. J., Levin, D. N., Miller, G. A., & Kozak, M. J. (1983). Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: The problem of affective response integration. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 279–306.
- Laws, D. R. (1995). A theory of relapse prevention. En W. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 445–474). Washington, DC: American Psychological Association.
- Laws, D. R. (Ed.). (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. Nueva York: Guilford Press.
- Laws, D. R., Hudson, S. M., & Ward, T. (Eds.). (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*, Madrid: Martínez Roca
- Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relationship between emotion and cognition. *American Psychologist, 37*, 1019–1024.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(3), 177-190
- Leahy, R. L. (2005). *The worry cure: Seven steps to stop worry from stopping you*. Nueva York: Harmony Books.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional Schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice, 14*(1), 36-45
- Leahy, R. L. (2012). Emotional Schemas, Emotion Regulation, and Psychopathology. *International Journal of Cognitive therapy, 5*(4), 359-361

- Leahy, R. L., Tirch D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: a Practitioners Guide*. Nueva York: The Guilford Press
- Leahy, R. L., Beck, A. T., & Beck, J. S. (2005). Cognitive therapy of personality disorders. En Strack (Comp.). *Personology: Essays in honor of Theodore Millon*. Nueva York: Guilford Press
- Leary, M. R., Kowalski, R. M., & Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*, 22(3), 308–321.
- LeDoux, J. E. (1989). Cognitive–emotional interactions in the brain. *Cognition and Emotion*, 3, 267–289.
- LeDoux, J. E. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Nueva York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23, 155–184.
- Leung, A. W., & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive behavioral treatment of social phobia.
- Levenson, R. W. (1994). Human emotion: A functional view. En P. Ekman & R. J. Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp. 123–126). Nueva York: Oxford University Press.
- Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 481–504.
- Levenson, R. W., Ekman, P., & Friesen, W. V. (1990). Voluntary facial action generates emotion-

- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*, 747–766.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. M. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157–185). Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 261–268.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of depression. En P. O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91–146). Nueva York: Brunner/ Mazel.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (1998). Behavioral treatment of unipolar depression. En V. E. Caballo (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders*. Oxford: Pergamon/Elsevier Science.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine, 37*(1), 58–69.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York:

- Linehan, M. M. (1996). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. En B. Schmitz (Ed.), *Treatment of personality disorders* (pp. 179–199). Munich, Germany: Psychologie Verlags Union.
- Linehan, M. M., & Dimidjian, S (2003). Mindfulness Practice. En W. O’Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 229-237). Nueva Jersey: Wiley.
- Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1999). Borderline personality disorder: Costs, course, and treatment outcomes. En N. Miller & K. Magruder (Eds.), *The cost effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners* (pp. 291–305). Nueva York: Oxford University Press.
- Linehan, M. M., & Korslund, K. E. (2004). *Application of dialectical behavior therapy for the suicidal “butterfly.”* Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Linehan, M. M., (2003), *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*, Barcelona, Paidós
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060–1064.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K., Shaw-Welch, S., Heagerty, P., y cols. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder.



- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline clients. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 971–974.
- Linehan, M. M., Kanter, J. W., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Efficacy, specificity, and cost-effectiveness. En D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy: Indications and outcomes* (pp. 93–118). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Linehan, M. M., Schmidt III, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, *8*, 279–292.
- Luciano, C. (Ed.) (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el trastorno de evitación experiencial: Un síntesis de casos clínicos*. Valencia: Promolibro.
- Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 225–235.
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa—A pilot study. *Epilepsia*, *47*, 2173–2179.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007), *Learning ACT, an acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. (2003). Cognitive Defusion. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 456-462). Nueva Jersey: Wiley.

- Luu, P., Tucker, D. M., & Derryberry, D. (1998). Anxiety and the motivational basis of working memory. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 577–594.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 33–45.
- Lyonfields, J. D., Borkovec, T. D., & Thayer, J. F. (1995). Vagal tone in generalized anxiety disorder and the effects of aversive imagery and worrisome thinking. *Behavior Therapy*, 26, 457–466.
- MacLeod, C. (1999). Anxiety and anxiety disorders. En T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 447–477). Chichester, RU: Wiley.
- MacLeod, C., & Rutherford, E. (2004). Information-processing approaches: Assessing the selective functioning of attention, interpretation, and retrieval. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 109–142). Nueva York: Guilford Press.
- MacLeod, C., & Rutherford, E. (2004). Information-processing approaches: Assessing the selective functioning of attention, interpretation, and retrieval. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorders: Advances in research and practice* (pp. 109–142). Nueva York: Guilford.
- Marín Tejada, M., Robles García, R., González-Forteza, C. & Andrade Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional en Español (DERS-E). *Salud Mental*, 35, 521-526
- Marks, I. & Dar, R. (2000). Fear reduction for psychotherapies. Recent findings, features directions. *British Journal of Psychiatry*, 176, 507-5011

- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. A. (1998). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality in treatment: Resources for practitioners* (pp. 67–84). Washington, DC: APA Books.
- Martell, C. R. (2003). Behavioral Activation Treatment for Depression. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 28-32). Nueva Jersey: Wiley.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. Nueva York: W. W. Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., Herman-Dunn, R. (2010), *Behavioral Activation for Depression, a Clinician's Guide*, Nueva York: Guilford
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy*, 33(4), 563–577.
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 569–583.
- Mathews, A. (1990). Why worry?: The cognitive function of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455–468.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 45, 25–50.

- Matthews, G., & Funke, G. J. (2006). Worry and information-processing. En G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 51–67). Chichester, RU: Wiley.
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds?: Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion, 5*(2), 175–190.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of human intelligence* (2nd ed., pp. 396–420). Nueva York: Cambridge University Press.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*(1–2), 159–166.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., & Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1335–1346.
- McGrath, K. B., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2009, November). *Validation of the ACT/tCBT Adherence and Competence Rating Scale*. Poster presented at the 43rd
- McKay M. Wood, J. Brantley, J. (2007), *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook: Practical DBT Exercises for Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation, & Distress Tolerance*, Oakland, New Harbinger Publications, Inc.
- McKay, M., & Sutker, C. (2007). *Leave your mind behind: The everyday practice of finding stillness amid the rushing thoughts*. Oakland, CA: New Harbinger.

- McNally, R. J. (2007a). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatment for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 27*, 750–759.
- McNally, R. J. (2007b). Can we solve the mysteries of the National Vietnam Veterans Readjustment Study? *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 192–200.
- McNally, R. J., & Heatherton, T. F. (1993). Are covariation biases attributable to a priori expectancy biases? *Behaviour Research and Therapy, 31*, 653–658.
- Mennin, D. S., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 339–352
- Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*, 329–352.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356–379). Nueva York: The Guilford Press.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M., Heimberg, R. G., & Moore, M. T. (2008, November). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder: Integrating emotion-related approaches using an affect science framework. En C. T. Taylor & N. Amir (Chairs), *Novel approaches to the treatment of generalized anxiety disorder*. Simposio presentado en el annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Orlando, FL.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., & Turk, C. L. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281–1310.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281–1310.
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 329–352.
- Metzger, R.L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M., & Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology, 46*(1), 78-88
- 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.
- Miller, A. L., Wyman, S. E., Huppert, J. D., Glassman, S. L., & Rathus, J. H. (2000). Analysis of behavioral skills utilized by adolescents receiving Dialectical Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 183–187.
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17*, 192–200.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Nueva York: Guilford Press.
- Mills, N., & Allen, J. (2000). Mindfulness of movement as a coping strategy in multiple sclerosis: A pilot study. *General Hospital Psychiatry, 22*, 425–431.
- Mineka, S., & Sutton, S. K. (1992). Cognitive biases and the emotional disorders. *Psychological Science, 3*(1), 65–69.

- Miranda, J., & Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(1), 76–79.
- Miranda, J., Gross, J. J., Persons, J. B., & Hahn, J. (1998). Mood matters: Negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research, 22*(4), 363–376.
- Modestin, J., Abrecht, I., Tschaggelar, W., & Hoffman, H. (1997). Diagnosing borderline: A contribution to the question of its conceptual validity. *Archives Psychiatrica Nervenkra, 233*, 359–370.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., & cols. (2005). Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 1007–1014.
- Montesinos, F. (2003). ACT, sexual desire orientation, and erectile dysfunction: A case study. *Análisis y Modificación de Conducta, 29*, 291–320.
- Morina, N. (2007). The role of experiential avoidance in psychological functioning after war-related stress in Kosovar civilians. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(8), 697–700.
- Morrow, J., & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(3), 519–527.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus–response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review, 46*, 553–565.
- Mowrer, O. H. (1953). Neurosis, psychotherapy, and two-factor learning theory. En O. H. Mowrer (Ed.), *Psychotherapy theory and research* (pp. 140–149). Nueva York: Ronald Press.

- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Nueva York: Wiley.
- Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning – A re-interpretation of “conditioning” and “problem solving”. *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.
- Mussgay, L., & Rüdell, H. (2004). Autonomic dysfunctions in patients with anxiety throughout therapy. *Journal of Psychophysiology*, 18, 27–37.
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. En C. R. Snyder & S. Lopez (comps.), *Handbook of Positive Psychology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Nassif, Y. (1999). *Predictors of pathological worry*. Unpublished M. Phil. thesis, University of Manchester, UK.
- Nelson, H. E. (1997). *Cognitive behavioural therapy with schizophrenia: A practice manual*. Cheltenham, England: Stanley Thorne.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., & Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 135-147
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., & Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 135–147.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2003). Problem Solving-Therapy. En W. O’Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 301-307). Nueva Jersey: Wiley.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (2008). The Devil is in the Details: Recognizing and Dealing with Threats to Validity in Randomized Control Trials. En A. M. Nezu & C. M. Nezu



- (Eds.), *Evidenced Based Outcome Research: A practical guide to conducting randomized control trial for psychosocial interventions*. Nueva York, Guilford Press
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem- solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S., & Houts, P. S. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569–582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 504–511.
- Noyes, R., & Hoehn-Saric, R. (1998). *The anxiety disorders*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Nuevo, R., Montorio, I. & Ruiz, M.A. (2002). Aplicabilidad del inventario de preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés, 8*, 157-172.
- Nuevo, R., Montorio, I., & Borkovec, T. D. (2004). A test of the role of metaworry in the prediction of worry severity in an elderly sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*, 209–218.
- O'Donohue, W., Fisher, J. E., Hayes, S. C. (eds.) (2003). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Nueva Jersey: John Wiley and Sons
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P.N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion, 1*, 29–50.

- Ohman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, *108*, 483–522.
- Öhman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, *108*, 483–522.
- Öhman, A., & Wiens, S. (2004). The concept of an evolved fear module and cognitive theories of anxiety. En A. S. R. Manstead, N. Frijda, & A. Fischer (Eds.), *Feelings and emotions: The Amsterdam Symposium* (pp. 58–80). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Padesky, C.A. (1990). Schema as self prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter*, *6*, 6-7.
- Padesky, C.A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *1*, 267-278.
- Páez-Blarrina, M., Luciano, M. C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento psicológico para el tratamiento del cáncer de mama: Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, *4*, 75–95.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, *27*, 261–273.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (Eds.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación Psicológica*, *15*(1), 5-19
- Pérez Álvarez, M. (2001). Afinidades entre las nuevas terapias de conducta y las terapias tradicionales con otras orientaciones. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *1*, 15-23.

- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1985). Psychodynamics, symptoms, and outcome in borderline and antisocial personality disorders and bipolar type II affective disorder. En T. H. McGlashan (Ed.), *The borderline: Current empirical research* (pp. 21–41). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Perry, J. C., Herman, J. L., van der Kolk, B. A., & Hoke, L. A. (1990). Psychotherapy and psychological trauma in borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, *20*, 33–43.
- Persons, J. B. (2008), *The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior Therapy (Guides to Individualized Evidence-Based Treatment)*, Nueva York, Guilford Press
- Persons, J. B., & Miranda, J. (1991). Treating dysfunctional beliefs: Implications of the mood-state hypothesis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *5*, 15–25.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, *12*(6), 557–575.
- Pervin, L. A. (1989). *Goal concepts in personality and social psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Pistorello, J. (1998). *Acceptance, suppression, and monitoring of an unwanted thought among women diagnosed with borderline personality disorder*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nevada at Reno.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, *13*, 47–51.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 1029–1054.

- Rachman, S. (1976). The passing of the two-stage theory of fear and avoidance: Fresh possibilities. *Behaviour Research and Therapy*, *14*, 125–131.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fear-acquisition: A critical examination. *Behaviour Research and Therapy*, *15*, 375–387.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, *3*, 89–99.
- Randolph, P. D., Caldera, Y. M., Tacone, A. M., & Greak, M. L. (1999). The long-term combined effects of medical treatment and a mindfulness-based behavioral program for the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas. *Pain Digest*, *9*, 103–112.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(8), 741–756.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). DBT adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32*, 146–157.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32*(2), 146–157.
- Rauch, S. L., Savage, C. R., Alpert, N. M., Fishman, A. J., & Jenike, M. A. (1997). The functional neuroimaging of anxiety: A study of three disorders using positron emission tomography and symptom provocation. *Biological Psychiatry*, *42*, 446–452.
- Rector, N. A. (2012). Cognitive-Behavioral Approaches to Anxiety and Depression Comorbidity: Introduction to the special section. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, *5*(2), 113–117.

- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, doi: 10.1016/j.jbtep.2007.11.004
- Reyes, M. A. (2010). *Programa Grupal-Individual de Aceptación y Desarrollo de Habilidades para Pacientes con Desregulación Emocional y Conducta Suicida*. Entrenamiento llevado a cabo en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, Jalisco México
- Reyes, M. A. (2011a). *Actuar junto a la ansiedad, no contra ella*. Conferencia llevada a cabo en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México D.F.
- Reyes, M. A. (2011b). *Terapia cognitivo conductual integrativa para la depresión*. Conferencia llevada a cabo en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México D.F.
- Reyes, M. A. (2012). *Procesos Psicológicos Básicos en Terapia Cognitivo Conductual: Una Guía para la Conceptualización de Caso y Diseño de Plan de Tratamiento*. Manuscrito en preparación.
- Reyes, M. A. Ramírez, A., & Ascencio, M. (2011). Assessing the Effectiveness of an ACT based program on a mexican psychiatric inpatients group. En M. A. Reyes. Ortega. (presidente), *The utility of ACT, Behavior regulation in parents, adolescents an inpatients populations*. Simposio llevado a cabo en el IX Congreso Mundial de la Association for Contextual Behavioral Science's World Conference IX, Parma Italia
- Reyes, M. A., Heman, A. (2012). Características de un Modelo Clínico Transdiagnóstico de Regulación Emocional aplicado a un caso de Trastorno por Atracón. *Revista de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa*, 5, 44-59

- Riskind, J. H. & Kleinman, E. M. (2012). Looming Cognitive Style, Emotion Schemas, and Fears of Loss of Emotional Control: Two Studies. *International Journal of Cognitive therapy*, 5(4), 392-405
- Riskind, J. H., (Comp.) (2008), *International Journal of Cognitive Therapy*, Vol. 1, Num. 3, Nueva York, Guilford Press
- Robichaud, M., & Dugas, M. J. (2005). Negative problem orientation (Part II): construct validity and specificity to worry. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 403–412.
- Robinson, P. (1996). *Living life well: New strategies for hard times*. Reno, NV: Context Press.
- Robinson, P. (2003). Homework in Cognitive Behavior Therapy. En W. O'Donohue, J. E., Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice* (pp. 202-211). Nueva Jersey: Wiley.
- Robinson, P., Wischman, C., & Del Vento, A. (1996). *Treating depression in primary care: A manual for primary care and mental health providers*. Reno, NV: Context Press.
- Roelofs, J., Rood, L., Meesters, C., Te Dorsthorst, V., Bogels, S., Alloy, L. B., y cols. (2009). The influence of rumination and distraction on depressed and anxious mood: A prospective examination of the response styles theory in children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 635–642.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2009), *Mindfulness and acceptance based behavioral therapies in practice (Guides to individualized evidence-based treatment)*. Nueva York, The Guilford Press.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. En S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and*

- mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213–240). Nueva York: Springer.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2008). *Mindfulness- and acceptance-based behavioral therapies in practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Roemer, L., Molina S., & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 314–319.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2a ed., pp. 477–515). Nueva York: Guilford Press.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2002). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2a ed.). Nueva York: Guilford.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 79–88.
- Roemer, L., Salters-Pedneault, K., & Mennin, D. S. (2005). *The role of mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder*. Unpublished dataset.
- Rosenberg, E. L. (1998). Levels of analysis and the organization of affect. *Review of General Psychology*, 2, 247–270.
- Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1173–1185.

- Roth, D. A., Foa, E. B., Franklin, M. E. (2003). Response Prevention. En W. O'Donohue, J. E. Fisher, S. C. Hayes (eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying Empirically Supported Techniques in Your Practice*. Nueva Jersey: John Wiley and Sons
- Rothbart, M. K., & Sheese, B. E. (2007). Temperament and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 331–350). Nueva York: Guilford Press.
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1469–1482.
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1469–1482.
- Ruscio, A. M., Borkovec, T. D., & Ruscio, J. (2001). A taxometric investigation of the latent structure of worry. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 413–422.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques*. Nueva York: Guilford Press.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *158*(4), 632–634.
- Samoilov, A., & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *7*, 373–385.
- Scherer, K.R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. En K.R. Scherer & P. Ekman (Ed.), *Approaches to emotion*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.



- Schmid, S. P., Freid, C. M., Hollon, S. D., & DeRubeis, R. J. (2002). *Negative affect, positive affect, and autonomic arousal over the course of treatment of major depression*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, *63*, 749–755.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.
- Segal, Z., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.
- Seigel, R., Germer, C. K., & Olendzki, (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from? En F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 17-35). Nueva York: Springer.
- Seligman, M. E. P., & Johnston, J. C. (1973). A cognitive theory of avoidance learning. En J. McGuigan & B. Lumsden (Eds.), *Contemporary approaches to conditioning and learning* (pp. 69–110). Nueva York: Wiley.
- Shelton, J. L., & Levy, R. L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies*. Champaign, IL: Research Press.

- Sibrava, N. J., & Borkovec, T. D. (2006). The cognitive avoidance theory of worry. En G. C. L. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment* (pp. 239–256). Chichester, RU: Wiley.
- Silberstein, L. R., Tirch, D., Leahy, R. L. & McGinn, L. (2012). Mindfulness, Psychological Flexibility and Emotional Schemas. *International Journal of Cognitive therapy*, 5(4), 406-419
- Simons, M., Schneider, S., & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive–compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 257–264.
- Simpson, J. R., Öngür, D., Akbudak, E., Conturo, T. E., Ollinger, J. M., Snyder, A. Z., et al. (2000). The emotional modulation of cognitive processing: An fMRI study. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12(Suppl. 2), 157–170.
- Sinha, S. S., Mohlman, J., & Gorman, J. M. (2004). Neurobiology. En R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 187–216). Nueva York: Guilford Press.
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Nueva York: Knopf.
- Skodol, A. E., Buckley, P., & Charles, E. (1983). Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 405–410.
- Sloan, D. M. (2004). Emotion regulation in action: Emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1257–1270.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., & Epstein, E. M. (2005). Further examination of the exposure model underlying the efficacy of written emotional disclosure. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73, 549–554.

- Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: The role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders, 74*(2), 107–121.
- Southam-Gerow, M. A. (2005, Summer). Using partnerships to adapt evidence based mental health treatments for use outside labs. *Report on Emotional and Behavioral Disorders in Youth, 5*, 58–60, 77–79.
- Spira, A. P., Beaudreau, S., Jimenez, D., Kierod, K., Cusing, M., Gray, H., & cols. (2007). Experiential avoidance, acceptance, and depression in dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist, 30*(4), 55–64.
- Stein, M. B., & Heimberg, R.G. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: Comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 79*, 161–166.
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*, 372–379.
- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G., & Gifford, E. (2004). An ACT primer: Core therapy processes, intervention strategies, and therapist competencies. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 31–58). Nueva York: Springer-Verlag.
- Swales, M. A., Heard H.L. (2009), *Dialectical Behavior Therapy: The CBT Distinctive Features Series*. Nueva York: Routledge
- Swan, W. B. (1997). The trouble with change: Self verification and allegiance to the self. *Psychological Science, 8*, 177–180.

- Syzdeck, M. R., Addis, M. E. & Martell, C. R. (2010). Working with Emotion and Emotion Regulation in Behavioral Activation Treatment for Depressed Mood. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). Nueva York: The Guilford Press.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement, and implications for treatment. *The American Journal of Psychiatry*, *141*, 725–732.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 615–623.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 25–39.
- Tedeschi, J. T., & Felson, R. B. (1994). *Violence, aggression, and coercive actions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, *31*, 569–582.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(6), 1061–1065.
- Tomarken, A. J., Dichter, G., Freid, C., Addington, S., & Shelton, R. C. (2004). Assessing the effects of bupropion SR on mood dimensions of depression. *Journal of Affective Disorders*, *78*, 235–241.

- Tucker, L., Bauer, S. F., Wagner, S., Harlam, D., & Sher, I. (1987). Long-term hospital treatment of borderline clients: A descriptive outcome study. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1443–1448.
- Tull, M. T. (2006). Extending an anxiety sensitivity model of uncued panic attack frequency and symptom severity: The role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research, 30*(2), 177–184.
- Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 199–210.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 89–106.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Delineating emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 89–106.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*, 3–13.
- Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40*, 619–632.

- Valdivia-Salas, S., Luciano, M. C., & Molina, F. J. (2006). Verbal regulation of motivational states. *Psychological Record*, *56*, 577–595.
- Valdivia-Salas, S., Sheppard, & Forssyth, F. J. (2010). Acceptance and Commitment Therapy in an Emotion Regulation Context. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychotherapy: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 310–338). Nueva York: The Guilford Press.
- van den Bosch, L. M. C., Maarten, W. J., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verjeul, V., & van den Brink, K. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1231–1241.
- van den Hout, M., & Merckelbach, H. (1991). Classical conditioning: Still going strong. *Behavioural Psychotherapy*, *19*, 59–79.
- Vassilopoulos, S. P. (2008). Social anxiety and ruminative self-focus. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 860–867.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 135–140.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomized clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 135–140.
- Wadden, T. A., & Letizia, K. A. (1992). Predictors of attrition and weight loss in patients treated by moderate and severe caloric restriction. En T. A. Wadden & T. B.

- VanItallie (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 383–410). Nueva York: Guilford Press.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1997). Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and borderline personality disorder. En M. Zanarini (Ed.), *The role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp. 203–223). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Waltz, J., Landes, S. J., & Holman, G. I. (2010). Functional Analytic Psychotherapy and Dialectical Behavior Therapy. En Jonathan W, Kanter, Mavis Tsai & Robert, J. Kohlenberg (eds.), *The Practice of Functional Analytic Psychotherapy*. Nueva Tork: Springer
- Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and the wisdom of Buddhist teachings. En P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 75–120). Nueva York: Routledge.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). *Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model*. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881–888.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163–206.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34–52.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615–640.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5–13.

- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 5–13.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 688–701.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. A. (2004). A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, *42*, 385-396.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). *Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model*. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 881-888.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation-induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, *21*, 273–280.
- Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, *6*, 289–299.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*, 310–320.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*, 301–320.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalised anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *23*, 301–320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.



- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, RU: Wiley.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526–555.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for Generalised Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-96 (Special Issue, Metacognition and Cognitive Behaviour Therapy).
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 337–355.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 107–121.
- Wells, A. (2006a). *Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques*. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 337-355

- Wells, A. (2006b). Metacognitive Therapy for Worry and Generalized Anxiety Disorder. In Graham C. L. Davey & Adrian Wells, eds. *Worry and its Psychological Disorders*. Nueva Jersey, Wiley.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive Therapy: A Practical Guide*. Nueva York: Guilford
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Nueva York: Guilford
- Wells, A., & Carter, C. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585–594.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85–102
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32, 85–102.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206–212.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206–212.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, RU: Erlbaum.
- Wells, A., & Morrison, A. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 867–870.

- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357–370.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357–370.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713–720.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004b). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307–318.
- Wells, A., Fisher, P. L., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. (2008). *An open trial of metacognitive therapy in the treatment of major depressive disorder*.
- Wells, A., Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59–91.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychopathology: A Conceptual Framework. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). Nueva York: The Guilford Press.
- Wetherell, J. L., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S., Jeste, D., & Gatz, M. (2004). Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: A preliminary investigation. *Psychiatric Research*, 38, 305–312.
- Widiger, T. A., & France, A. J. (1989). Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. En A. Tasman, R. E. Hales, & A. J. Frances (Eds.),

- American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 8, pp. 8–24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital Community Psychiatry, 42*, 1015–1021.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. Nueva York: Guilford Press.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2a ed.). Chichester, RU: Wiley.
- Williams, J. M., Russell, I., & Russell, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy: Further issues in current evidence and future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 524–529.
- Williams, K. E., Chambless, D. L., & Ahrens, A.H. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear concept. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 239-248.
- Wilson, G. T., & Vitousek, K. M. (1999). Self-monitoring in the assessment of eating disorders. *Psychological Assessment, 11*(4), 480–489.
- Wilson, K. G. & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. En S. C. Hayes, V. M. Follete, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, K. G., & Byrd, M. R. (2004). ACT for substance abuse and dependence. En S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 153–184). Nueva York: Springer-Verlag.

- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. En S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120–151). Nueva York: Guilford Press.
- Wilson, K., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, T. G. (1996). Acceptance and change in the treatment of eating disorders and obesity. *Behavior Therapy*, 27, 417–439.
- Wisniewski, L., Safer, L., Chen, E. (2007). Dialectical Behavior Therapy and Eating Disorders. En Linda A. Dimeff & Kelly Koerner (Comp): *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Application across disorders and settings*. Nueva York: Guilford
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Woodman, C. L., Noyes, R., Black, D. W., Schlosser, S., & Yagia, S. J. (1999). A five year follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 3–9.
- Woody, S. R., & Rachman, S. (1994). Generalized anxiety disorder (GAD) as an unsuccessful search for safety. *Clinical Psychology Review*, 14, 743–753.
- Yilmaz, E. A., Gencoz, T., & Wells, A. (2007, July). *The unique contribution of cognitions and metacognitions to depression*. Presentación en el Congreso Mundial de Terapias Conductuales y Cognitivas, Barcelona, España.

Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., & Keller, M. B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, *168*, 308–313.

Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, *35*, 151–175.