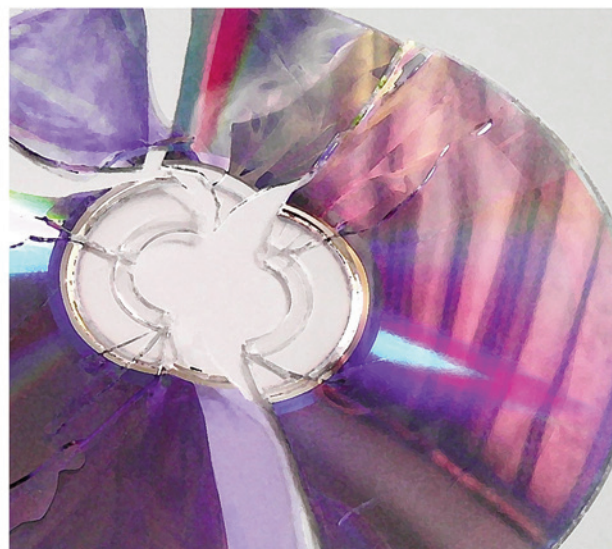


PERSPECTIVAS TRANSDIAGNÓSTICAS EN PSICOTERAPIA

DR. JORGE OSMA LÓPEZ
Profesor Titular de Universidad

DRA. AZUCENA GARCÍA PALACIOS
Catedrática de Universidad

Curso válido como mérito formativo que puntuará para la obtención de las Acreditaciones Nacionales del Consejo General de la Psicología.





Formación Continuada a Distancia
Consejo General de la Psicología de España

Contenido

DOCUMENTO BASE	3
----------------------	---

Perspectivas transdiagnósticas en Psicoterapia

FICHA 1	28
---------------	----

Evaluación breve de los síntomas ansiosos y depresivos y el grado de interferencia

FICHA 2	32
---------------	----

Registros para el trabajo con los pacientes con trastornos emocionales

Documento base.

Perspectivas transdiagnósticas en Psicoterapia

1. LA PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

En los últimos años el término “transdiagnóstico” ha irrumpido con fuerza en el ámbito de la psicología clínica. El objetivo de este primer capítulo del curso es, por una parte, definir qué significa el término “transdiagnóstico” desde el prisma de la psicopatología y, más adelante, describir dos ejemplos de intervenciones psicológicas transdiagnósticas con suficiente evidencia empírica. La primera, la *terapia cognitivo-conductual mejorada* para los trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, 2008) y, la segunda y más reciente, el *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales* (Barlow et al., 2011).

1.1. La justificación del re-surgir del enfoque transdiagnóstico en la psicología clínica

El término “transdiagnóstico” no es nuevo en la historia de la psicología clínica y la psicopatología, su re-surgimiento debe a la controversia entre los sistemas de clasificación categoriales (DSM y CIE) y dimensionales (para una mayor profundización leer Vázquez, Sánchez y Romero, 2014). El modelo categorial supone una clasificación cualitativa de carácter dicotómico, es decir, un individuo pertenece o no pertenece a una categoría en función de su semejanza con el prototipo diagnóstico de esa categoría (p. ej., tengo una agorafobia o no la tengo). Seguramente el lector estará pensando que, las personas que acuden a su consulta, no son tan sencillas de clasificar según este modelo, de hecho, ¿quién lo sería? Seguramente esta herencia de la medicina (o tienes fiebre o no la tienes) no encaja de la misma manera en nuestra ciencia. La no existencia de límites tan claros entre las distintas categorías diagnósticas se ve reflejado en los elevados porcentajes de comorbilidad (la presencia de varios diagnósticos a la vez). Un estudio clásico que deja constancia de esta situación es el de Brown et al. (2001) en la Universidad de Boston. De las 1.127 personas que acudieron a recibir asistencia psicológica, el 55% presentó un trastorno de ansiedad como diagnóstico principal junto con al menos un trastorno comórbido de ansiedad o del estado de ánimo. Cuando se consideraron los diagnósticos de estas personas a lo largo de la vida y no únicamente en el momento presente, el porcentaje de comorbilidad aumentó al 76%. Los argumentos que pueden explicar estos porcentajes tan elevados de comorbilidad son, por una parte, la existencia de factores etiológicos comunes entre las distintas categorías y, por otra, la falta de claridad y solapamientos de los criterios diagnósticos actuales.

El modelo dimensional plantea una clasificación cuantitativa. Utiliza un criterio continuo acerca del grado en que se representa una determinada característica. Un ejemplo de este método lo observamos en las escalas de gravedad añadidas en las categorías diagnósticas del DSM-5 discapacidad intelectual y trastorno del espectro autista (APA, 2013). En ambos diagnósticos se han añadido valoraciones dimensionales. En el caso de la discapacidad intelectual, se han identificado 3 dimensiones o dominios básicos (conceptual, social y práctico) que son evaluados según la escala leve, moderada, grave o profunda. En el caso del espectro autista, se han identificado dos dimensiones, comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos, que son evaluadas según los grados 1 (necesita ayuda), 2 (necesita ayuda notable) y 3 (necesita ayuda muy notable). En estos dos ejemplos podemos observar que el modelo dimensional permite combinar diferentes atributos clínicos a la vez, consiguiendo mayor información. Además, otras ventajas adicionales son el reflejo más claro de los conocimientos psicopatológicos, la asunción del continuo “normalidad”-“anormalidad” (como en el caso de la evaluación del estado de ánimo donde las puntuaciones pueden interpretarse como depresión mínima, leve, moderada o grave) y la mayor individualización de los tratamientos psicológicos en función de las dimensiones afectadas y el grado de deterioro/malestar.

Como decíamos, fruto de esta polémica entre modelos de clasificación, han surgido otras inquietudes de estudio paralelas a los propios sistemas de clasificación. De hecho, lo que deja patente el modelo categorial característico del DSM y CIE es su lentitud en la incorporación de los avances en el conocimiento, tanto desde la psicopatología como

desde la neurociencia. Recordamos al lector que desde el DSM-IV (APA, 1994) al DSM-5 (APA, 2013) han pasado 19 años. Como consecuencia de esta excesiva lentitud surgieron los RDoC (*Research Domain Criteria*; Insel et al., 2010) a propuesta del Instituto Nacional de Salud Mental norteamericano que, a pesar de tener un interés científico e investigador, sus conocimientos pueden desembocar en el futuro en sistemas de clasificación alternativos. La definición del sistema RDoC según aparece en su página web es “RDoC es un marco de investigación para el establecimiento de nuevas formas de estudio de los trastornos mentales. Integra distintos niveles de información (desde la genética a los auto-informes) para entender mejor las dimensiones básicas de funcionamiento que subyacen a la amplia gama de conductas humanas y que van desde la normalidad a la anormalidad” (<http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc>).

Fruto de toda esta apasionante revolución re-surge el enfoque transdiagnóstico. Desde esta perspectiva, la explicación que se da a la alta comorbilidad entre trastornos, por ejemplo del estado de ánimo y ansiedad, es que los distintos síndromes clínicos compartan mecanismos o procesos. La identificación de mecanismos subyacentes (etiológicos y de mantenimiento) compartidos entre distintos trastornos es coherente con el modelo dimensional explicado previamente y tiene importantes repercusiones psicopatológicas y clínicas, tanto en la clasificación de estos trastornos como en el abordaje terapéutico resultante. La pregunta que deberíamos responder ahora es ¿qué hace que un mecanismo o proceso psicológico sea considerado transdiagnóstico? En el siguiente apartado responderemos a esta pregunta.

1.2. Consideraciones para determinar si un proceso o mecanismo psicológico es transdiagnóstico

Animamos al lector a leer el fantástico artículo de Sauer-Zavala et al. (2017) que lleva por título en su traducción al castellano “Definiciones actuales de “Transdiagnóstico” en el desarrollo de tratamientos: Una búsqueda para el consenso”. Según este artículo es necesario consensuar los criterios para delimitar lo que es un constructo “descriptivamente transdiagnóstico”, del que es “mecanicamente transdiagnóstico”. Sus ejemplos son muy clarificadores para entender esta diferencia. Un constructo es descriptivamente transdiagnóstico cuando se refiere a procesos que están presentes en un rango de diagnósticos, independientemente del por qué o cómo eso es posible. Por ejemplo, la baja autoestima es una característica clínica descriptivamente transdiagnóstica porque podemos encontrarla en distintos diagnósticos clínicos, desde el trastorno de pánico a la esquizofrenia. No sabemos cómo la baja autoestima contribuye al inicio o mantenimiento de estos diagnósticos y, por supuesto, el tratamiento de la baja autoestima no incidirá directamente en los procesos psicopatológicos específicos que mantienen los síntomas de estos diagnósticos. Otro ejemplo serían los ataques de pánico que están presentes en prácticamente todas las categorías diagnósticas (en el DSM-5 ya aparece como especificador). Sin embargo, ¿qué pasa con la sobrevaloración del peso y la figura? Esta característica clínica ha sido identificada como un mecanismo funcional central en el inicio y mantenimiento de los síntomas característicos de la anorexia, bulimia y trastornos de la conducta alimentaria no especificados (y especificados en el DSM-5). A diferencia del ejemplo anterior, el tratamiento de este mecanismo sí incidirá de manera importante en el alivio/reducción de los procesos psicopatológicos específicos de estos diagnósticos. Lo mismo ocurriría con la rumiación, que ha sido identificada como mecanísticamente transdiagnóstica en distintos trastornos como la depresión, los trastornos de ansiedad o el trastorno límite de personalidad. Según comentan Sauer-Zavala et al. (2017) el avance en el estudio de la identificación y descripción de los constructos mecanísticamente transdiagnósticos, aquellos que contribuyen al inicio y mantenimiento de los trastornos psicológicos, aportará más beneficios que la identificación de constructos descriptivamente transdiagnósticos. Una razón es la repercusión de estos avances en la eficacia de los tratamientos psicológicos, dado que se ha demostrado que los tratamientos que ponen el punto de mira en los procesos subyacentes (p.ej., sobrevaloración del peso y la figura, la rumiación, etc.) consiguen mejoras clínicas en distintas condiciones clínicas, incluso cuando hay comorbilidad.

1.3. Tratamientos transdiagnósticos

Fundamentados en los conocimientos psicopatológicos más recientes, en los últimos años hemos presenciado el surgimiento de nuevos tratamientos considerados transdiagnósticos. Esto no es de extrañar debido a sus ventajas respecto a los tratamientos específicos para cada trastorno. Destaquemos las dos más importantes. La primera, es la posibilidad que ofrecen de ser administrados a personas con distintas patologías, incluso cuando existe comorbilidad. Sabemos que la comorbilidad es muy frecuente a lo largo de todas las categorías diagnósticas del DSM y los tratamientos específicos para distintos trastornos no ofrecen información de cómo aplicarlos cuando existe comorbilidad diagnóstica. La evidencia al respecto indica que, cuando el terapeuta se encuentra con un paciente con un diagnóstico principal

de ansiedad generalizada y un diagnóstico comórbido de depresión, la aplicación del tratamiento específico de elección para la ansiedad generalizada obtendrá peores resultados debido a la presencia de la depresión, y viceversa (De-Rubeis et al., 2005). La segunda ventaja del uso de tratamientos transdiagnósticos es el ahorro económico y de esfuerzo en el aprendizaje y entrenamiento de los terapeutas en cada uno de los tratamientos específicos basados en la evidencia. Con este abordaje transdiagnóstico se reduce el número de protocolos de tratamiento que deben ser estudiados y entrenados por parte de los terapeutas, haciendo posible la intervención eficaz en el tratamiento de distintos trastornos mentales.

Como decíamos, en la actualidad están apareciendo distintas propuestas de tratamiento transdiagnósticas. El trabajo que hemos comentado de la Dra. Shannon Sauer-Zavala y col. (2017) describe de manera clara tres categorías generales por las cuales un tratamiento puede ser definido como transdiagnóstico. Veamos a continuación estas categorías.

1.3.1. Principios terapéuticos aplicados universalmente

Esta categoría hace referencia a los principios que aplican de manera universal, es decir, a distintas categorías clínicas, las distintas escuelas de psicoterapia. Las teorías que las fundamentan se utilizan para plantear cómo la terapia debe ser aplicada y las intervenciones incluidas en esta categoría representan los esfuerzos para aplicar una técnica psicoterapéutica existente (p. ej., la exposición) a múltiples trastornos, sin tener en cuenta si las técnicas utilizadas inciden en los procesos subyacentes que mantienen la patología en los distintos trastornos. Nadie podría negar que, a pesar de que durante décadas estas intervenciones han sido aplicadas a un amplio rango de trastornos psicológicos, no es hasta ahora que se les atribuye también el calificativo de “transdiagnósticas”. La tabla 1 recoge el resumen de las características fundamentales de estas aproximaciones psicoterapéuticas para ser calificadas como transdiagnósticas.

1.3.2. Tratamientos modulares

Hacen referencia a los elementos comunes de los tratamientos que han sido desarrollados desde el denominado “enfoque único”. Los tratamientos modulares están pensados para aumentar la eficiencia de los tratamientos psicológicos permitiendo a los terapeutas diseñar un único tratamiento para cada paciente, incluyendo las técnicas terapéuticas ba-

TABLA 1
DESCRIPCIÓN DE LOS PRINCIPIOS UNIVERSALES, OBJETIVOS Y TÉCNICAS UTILIZADAS
POR LAS PRINCIPALES ESCUELAS PSICOTERAPÉUTICAS

Escuelas psicoterapéuticas	Principios universales	Objetivos/técnicas
Psicoterapia Humanista (p. ej., terapia centrada en el paciente de Carl Rogers (1951)).	El ser humano es inherentemente bueno, capaz de ejercer la libertad y motivado para la autorrealización. La psicopatología se presenta debido a los obstáculos para la autorrealización (Maslow, 1962).	Ofrecer un contexto sano a través de los principios de empatía, ser genuino en la relación terapéutica y la aplicación del refuerzo positivo incondicional para que, a través de la relación con el terapeuta, el paciente consiga su propio crecimiento personal.
Psicoterapia Psicodinámica	Explorar el autoconcepto y las características de personalidad con un énfasis particular en la resolución de conflictos psíquicos (Shedler, 2010).	Incrementar la atención hacia el afecto y la emoción expresada, identificación de temas recurrentes, discusión de experiencias pasadas, explorar la evitación relacionada con pensamientos y sentimientos molestos, las relaciones interpersonales y las fantasías.
Terapia Cognitiva	Ayudar al paciente a identificar sus distorsiones de pensamiento y a entrenar alternativas más realistas para interpretar sus experiencias (Beck, 1976).	Animar al paciente a identificar pensamientos distorsionados y modificar creencias como medio para mejorar su estado de ánimo y producir cambios en sus interacciones con otras personas y su propio mundo.
Intervenciones basadas en Mindfulness	Cultivar una actitud “mental” que conduzca al afrontamiento adaptativo en una amplia gama de dificultades (p. ej., Kabat-Zinn, 2013).	Cultivar la conciencia centrada en el presente sin juzgar sobre las experiencias internas (p. ej., sensaciones físicas o pensamientos) y externas utilizando ejercicios de psicoeducación y meditación.
Terapia de Aceptación y Compromiso	Socavar el control que ejerce la consideración literal de las verbalizaciones y el contenido del pensamiento, lo que provoca conductas de evitación. Construir un contexto alternativo donde sea más probable que las conductas vayan unidas con los propios valores personales (Hayes, 2004).	Estrategias para cultivar la defusión cognitiva (los pensamientos no son hechos), aceptación, conciencia centrada en el presente, animar a los pacientes a proponerse objetivos vitales basados en sus valores a pesar de las malas experiencias.

sadas en la evidencia que consideren necesarias respecto de una ampliación de recursos. Esta categoría es una aproximación más empírica que teórica, puesto que las técnicas y recursos terapéuticos que son seleccionados lo son en función de la eficacia demostrada en la reducción de síntomas clínicos, no necesariamente por influir en los mecanismos subyacentes o por su afinidad a un principio universal de alguna de las escuelas psicoterapéuticas mencionadas (tabla 1). Una vez descrito el problema del paciente, se elegirán una serie de técnicas y estrategias terapéuticas eficaces para la intervención psicológica en ese problema, con independencia del diagnóstico y siempre y cuando estén basadas en la evidencia. Un ejemplo de tratamiento modular es el programa CETA, dirigido a los profesionales que trabajan con adultos supervivientes de la tortura o violencia sistemática con problemas de ansiedad y depresión en países con bajos recursos económicos (Murray et al., 2013).

1.3.3. Tratamientos basados en los mecanismos subyacentes compartidos

La última categoría de tratamientos transdiagnósticos trata de identificar los procesos que están implicados en el desarrollo y mantenimiento en distintos trastornos psicológicos. Los tratamientos que pertenecen a esta categoría explícitamente tratan los mecanismos subyacentes relevantes a lo largo de un conjunto de trastornos. Las estrategias terapéuticas incluidas para el tratamiento de los mecanismos subyacentes son identificados a través de modelos teóricos psicopatológicos (a diferencia de los tratamientos basados en los principios terapéuticos universales) y se diseñan explícitamente para trabajar los procesos centrales compartidos entre los trastornos (para más información sobre este concepto leer Harvey et al., 2011). Un ejemplo de esta categoría es el uso de las técnicas de exposición para el tratamiento de un gran rango de trastornos de ansiedad. A través de esta técnica los pacientes se aproximan a los estímulos que temen. ¿Cuál sería el mecanismo subyacente en el que se basa esta técnica terapéutica? La noción que respalda el uso de esta técnica es que estos trastornos se mantienen por la sobreestimación del daño asociado a estímulos “peligrosos”, y además, porque la repetida exposición a las emociones que desencadenan los estímulos extingue la emoción de miedo o ansiedad en dicho contexto (p.ej., Grillon, 2008). La hipótesis principal de esta categoría es que los tratamientos dirigidos a los mecanismos subyacentes (en lugar de a los síntomas) conseguirán una mejoría clínica más profunda y duradera. La investigación futura en el contexto de esta categoría deberá buscar evidencias sobre: 1) los mecanismos subyacentes para el inicio y mantenimiento de distintos trastornos psicológicos y 2) qué estrategias de intervención tienen como objetivo explícito el abordaje de los mecanismos subyacentes compartidos entre distintos trastornos psicológicos (que previamente han sido identificados empíricamente).

2. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS TRANSDIAGNÓSTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA

2.1. La terapia cognitivo-conductual mejorada para los trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, 2008)

Uno de los modelos transdiagnósticos que ejemplifica la evolución hacia estas perspectivas desde la necesidad clínica es el diseñado por el equipo del Dr. Christopher Fairburn de la Universidad de Oxford en Reino Unido. A continuación, comentaremos el modelo teórico y describiremos el programa de tratamiento.

2.1.1. Aproximación transdiagnóstica de los trastornos alimentarios

2.1.1.1. El problema de clasificación de los trastornos alimentarios

Los trastornos alimentarios que se han incluido en las clasificaciones psiquiátricas tradicionalmente han sido la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. Por ejemplo, el DSM-IV (APA, 2000) sólo reconocía esos dos trastornos alimentarios en adultos, con lo que las presentaciones de trastornos alimentarios que no cumplieran los criterios de uno de esos dos trastornos se clasificaban en la amplia categoría de trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE), que constituía una categoría residual. En la práctica esto se traducía en que el TCANE era el trastorno alimentario más diagnosticado, en concreto alrededor del 50% de los casos de trastorno alimentario se incluían en esta categoría residual (p.ej., Fairburn et al., 2007). Estos datos sugerían que era necesario realizar un análisis más profundo de cómo conceptualizamos y clasificamos estos trastornos.

Otra de las características de los trastornos alimentarios es que se observan migraciones de un trastorno a otro. Por ejemplo, alrededor del 25% de las pacientes que sufren bulimia, han tenido historia previa de anorexia nerviosa (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson y Kraemer, 2000). En otros casos, pacientes que sufren de anorexia o bulimia nerviosa progresan hacia un TCANE (i.e., Sullivan, Bulik, Fear y Pickering, 1998). Las migraciones entre trastornos pueden ser indicativas de que las diferencias entre los mismos podrían ser más dimensionales que categoriales, es decir, que podrían compartir mecanismos psicopatológicos comunes.

Las propias clasificaciones psiquiátricas han intentado mejorar los problemas que presenta la conceptualización de los trastornos alimentarios. La inclusión en el DSM-5 (APA, 2013) del trastorno de atracones contribuye a disminuir ese porcentaje de casos diagnosticados como TCANE. Algunos cambios en los criterios diagnósticos de la anorexia y la bulimia nerviosas (como eliminar el criterio de la amenorrea en la anorexia nerviosa) apuntan a lo mismo. Se estima que estos cambios llegarán a reducir el porcentaje de TCANE del 50 al 25% de los casos de trastornos alimentarios diagnosticados (Fairburn y Cooper, 2011).

Pese a estos avances, los casos de TCANE serán todavía numerosos, y las nuevas clasificaciones no resuelven el problema de la migración entre trastornos. Por ello, existen otras propuestas, que supondrían un cambio más radical en la forma de clasificar los trastornos alimentarios, incluyendo perspectivas dimensionales y transdiagnósticas que están siendo validadas tanto desde el punto teórico como de aplicación clínica (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003; Fairburn y Cooper, 2011). El modelo del grupo de Fairburn constituye un buen ejemplo de la aproximación transdiagnóstica a los trastornos alimentarios.

2.1.1.2. El modelo teórico transdiagnóstico de los trastornos alimentarios

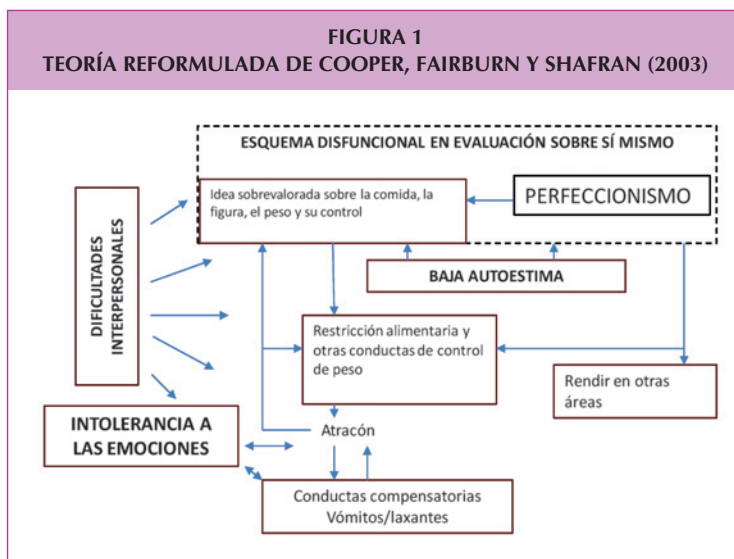
El Dr. Christopher Fairburn formuló su teoría sobre la bulimia nerviosa en los años 80 del siglo pasado (Fairburn, Cooper y Cooper, 1986). El mecanismo psicopatológico principal que propuso fue un sistema disfuncional de la autoevaluación, en concreto una valoración de uno mismo basada casi exclusivamente en la imagen corporal, el peso, la comida y en su control. Esta teoría y el tratamiento que Fairburn diseñó para la bulimia nerviosa ha recibido un amplio apoyo experimental (ver Fairburn, Cooper y Shafran, 2003). Sin embargo, pese a los buenos datos, sólo alrededor de la mitad de los pacientes obtienen una mejoría significativa y duradera (que podríamos llamar recuperación). Por ello, el equipo de Fairburn ha seguido trabajando para proporcionar a los pacientes con trastornos alimentarios una mejor respuesta.

Fruto de ese trabajo continuado es su propuesta transdiagnóstica que supone, por un lado, aumentar el rango de actuación de su tratamiento a los otros trastornos alimentarios (los llamados TCANE y la anorexia nerviosa) y, por otro, incidir en otros mecanismos psicopatológicos que están a la base de los trastornos alimentarios con el fin de conseguir mejorías más duraderas y en un número mayor de personas.

Su modelo transdiagnóstico se puede entender como una extensión del modelo previo. Se propone que, en ciertos pacientes, el mecanismo psicopatológico principal (la idea sobrevalorada sobre la imagen, el peso, la comida y su control) interactuaría con otros cuatro mecanismos: el perfeccionismo clínico, baja autoestima, intolerancia emocional y/o dificultades interpersonales (ver figura 1). Veamos con un poco más de detalle cada uno de ellos:

El *perfeccionismo clínico* se refiere a una valoración excesiva del esfuerzo por y el logro de, estándares personalmente exigentes, a pesar de las consecuencias adversas. Incluye una autoevaluación en la que la valía personal se juzga sobre la base de esforzarse por lograr objetivos y éxito en conseguirlos. Este perfeccionismo no sólo se aplica a los intentos por controlar la comida, la silueta y el peso, sino también a otros dominios (trabajo, deporte, rendimiento académico, etc.). Esto se traduce en un excesivo miedo al fracaso (que en el tema alimentario tendría que ver con el miedo a engordar), una atención selectiva y frecuente al rendimiento (contar calorías, comprobación del peso, etc.) y una elevada autocrítica a partir de valoraciones negativas y sesgadas de su rendimiento.

La *baja autoestima* en este modelo se entiende como una visión negativa global de sí mismo. No es sólo pensar negativamente de uno mismo, es algo más, una visión incondicional y persistente de uno mismo que forma parte de su identidad permanente. Esto se traduce en juicios negativos independientemente de su rendimiento real. Este esquema tan persistente y negativo dificulta el cambio, por dos mecanismos: 1) genera desesperanza sobre la capacidad personal de cambio,



minando la confianza en el tratamiento; y 2) hace que se persigan con gran determinación logros en dominios muy valorados (control de comida, silueta y peso), provocando que el cambio en estas áreas sea especialmente difícil.

La *intolerancia emocional* se refiere a la incapacidad para afrontar adecuadamente ciertos estados emocionales, generalmente desagradables como el enfado, la ansiedad o la tristeza, aunque en algunos casos puede ser cualquier emoción intensa, incluyendo emociones positivas. Esta intolerancia puede ser debida a que la persona experimenta estos estados de forma muy intensa o porque la persona sea especialmente sensible a ellos. Fairburn se está refiriendo aquí a dificultades en la regulación emocional como una alta reactividad emocional o la falta de modulación afectiva. Las conductas alimentarias (la restricción alimentaria o los atracones) pueden tener la función de reducir la intensidad o el sufrimiento emocional (la restricción). También pueden aparecer otras conductas que tengan la misma función como el consumo de sustancias o las autolesiones.

Por último, las *dificultades interpersonales* pueden jugar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Por ejemplo, las tensiones familiares pueden intensificar la necesidad de sentido de control en los jóvenes y la restricción alimentaria puede ser una forma de control. Otro factor interpersonal es que la misma familia comparta una idea sobrevalorada sobre la imagen, magnifique las preocupaciones sobre el control de la comida, la silueta y el peso. También se ha relacionado la ocurrencia de atracones en los jóvenes con acontecimientos vitales negativos. Por último, las dificultades interpersonales persistentes se relacionan con una baja autoestima.

Fairburn et al. (2003) señalan que estos mecanismos, y la idea sobrevalorada sobre la imagen corporal, son compartidos por la Anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los TCANE, siendo éstas, distintas manifestaciones de dimensiones psicopatológicas comunes. Por ello, proponen un programa de tratamiento que puede aplicarse a los distintos trastornos alimentarios: La terapia cognitivo-comportamental mejorada para los trastornos alimentarios (Fairburn, 2008).

2.1.2. El programa de tratamiento transdiagnóstico para los trastornos alimentarios

2.1.2.1. Consideraciones generales

La terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica fue diseñada de acuerdo al modelo que hemos descrito. El manual de tratamiento fue publicado en 2008 y se han realizado diversos estudios de eficacia con buenos resultados en bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y TCANE (p.ej., Fairburn et al., 2009; Fairburn et al., 2013; Calugi, El Ghoch y Dalle Grave, 2017; Wade, Byrne y Allen, 2017; Signorini, Sheffield, Rhodes, Fleming y Ward, en prensa).

El programa de tratamiento está manualizado (Fairburn, 2008) y dicho manual describe con detalle la estructura, procedimientos, secuencia sesión a sesión y posibles dificultades. A continuación, realizaremos un resumen del programa.

Las **características generales** de la terapia cognitivo-comportamental mejorada para los trastornos alimentarios son las siguientes:

- ✓ Se trata de un programa de tratamiento cognitivo-comportamental.
- ✓ Está diseñado para su aplicación en dispositivos ambulatorios.
- ✓ No es necesario que la persona que lo recibe tenga un nivel educativo alto.
- ✓ Es un programa manualizado, pero parte de una formulación personalizada.
- ✓ Tiene un número finito de sesiones.
- ✓ Se emplean técnicas específicas.
- ✓ Tiene cuatro fases diferenciadas.

El programa es modular. Presenta una versión específica, centrada en la patología alimentaria y una versión ampliada, que, además de la patología alimentaria aborda el perfeccionismo, las dificultades interpersonales y la baja autoestima.

Asimismo, se puede adaptar según la gravedad del caso. En pacientes con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 17,5, se recomienda que se aplique en 20 sesiones (las 8 primeras, 2 veces por semana las 10 siguientes, una vez por semana y las 2 últimas cada 15 días). Para pacientes que presenten un IMC de entre 15 y 17,5 se recomienda aplicar el programa en 40 sesiones (las 20 primeras 2 veces por semana y los 20 restantes ir espaciándolas en función de lo que necesite el paciente).

Las **fases** de que se compone el tratamiento son las siguientes:

Fase 1: Tiene como objetivo la construcción de un marco de confianza para la terapia y el establecimiento de directrices para el tratamiento. Ocupa 8 sesiones que se aplican en 4 semanas. Tiene como objetivos específicos los siguientes:

1. Motivación para el cambio.
2. Formulación de caso.
3. Psicoeducación.
4. Introducción de dos estrategias básicas: pesarse en sesión y regular la ingesta.

Fase 2: Es una fase de transición que dura 2 sesiones, administradas en 2 semanas. Los objetivos específicos son:

1. Revisar el progreso.
2. Identificar barreras para el cambio.
3. Revisar la formulación de caso.
4. Planificar la fase 3.

Fase 3: Esta es la fase donde se trabaja el contenido principal del tratamiento. Son 8 sesiones, aplicadas en 8 semanas. El objetivo principal es tratar los mecanismos que mantienen el trastorno.

Fase 4: En la fase final el foco está hacia el futuro. Son 3 sesiones que se administran en 6 semanas. Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Asegurar que los cambios se mantengan a largo plazo.
2. Minimizar el riesgo de recaídas.

Con respecto a los **procedimientos** que se utilizan en el programa, son los propios de la terapia cognitivo-comportamental, aunque Fairburn nos señala algunos matices respecto a su programa:

- ✓ No se utiliza el registro de pensamientos tradicional.
- ✓ No se suele hacer reestructuración cognitiva formal.
- ✓ No se utilizan experimentos conductuales formales.
- ✓ No se entrega al paciente la grabación de las sesiones de terapia para que las escuche.

Fairburn también nos da indicaciones valiosas para su **implementación**:

El tratamiento está pensado para su aplicación completa, no para ser desmantelado. El autor incluye una frase que resume muy bien su planteamiento “el todo es más que la suma de sus partes”.

El programa no está diseñado para ser combinado con otros programas de psicoterapia.

Está diseñado para que sea aplicado íntegramente por un terapeuta.

No se recomienda cambiar de tratamiento porque el progreso sea lento. Después veremos algunas indicaciones a qué hacer en ese caso.

No se recomienda desviarse del protocolo. Los datos de eficacia son los obtenidos con el protocolo que se presenta en el programa no con adaptaciones del mismo.

Se recomienda estar atentos a los signos de abandono de la terapia con el fin de minimizarlos. Algunos de esos signos son la baja motivación para el cambio, la falta de asistencia o impuntualidad, barreras prácticas como desplazamientos o problemas de agenda, y el escepticismo de la familia sobre la terapia. La indicación principal para minimizar los riesgos de abandono es identificar los signos, y trabajarlos en terapia.

Otro aspecto que es necesario tener presente son las posibles interrupciones en la administración del tratamiento. Fairburn nos indica que, si el terapeuta tiene que interrumpir la terapia por alguna razón, es importante que esté previsto que lo sustituya un terapeuta que conozca el caso, y, por supuesto, el programa. Si el paciente tiene que interrumpir las sesiones presenciales de forma temporal se puede utilizar el email, teléfono u otros medios para reforzar lo aprendido. No se recomienda introducir nuevos componentes terapéuticos hasta que no vuelva.

Con respecto a cuándo aumentar el tiempo de tratamiento o proponer un tratamiento alternativo, se señala lo siguiente:

Si cuando llegamos a la mitad del tratamiento no ha habido ningún progreso, está indicado un tratamiento más intensivo (por ejemplo, en un dispositivo de ingreso).

Si al llegar a ese mismo punto, ha habido progreso, pero aún hay bastante deterioro, se recomienda aumentar la longitud de la fase 3.

Si se completa el tratamiento con progreso, pero hay una recaída temprana, lo indicado es establecer sesiones de refuerzo.

Por último, cuando se ha producido una interrupción en el tratamiento porque el estado clínico lo requería (p.ej., episodio depresivo mayor, crisis vital importante), se recomienda extender el programa.

El programa indica unos criterios de inclusión para la entrada en el programa basados en el estado clínico del paciente. En la tabla 2 se especifican esos criterios. Se recomienda que se haga una evaluación exhaustiva de los pacientes mediante al menos dos entrevistas. Como instrumento se recomiendan el *Eating Disorder Examination* EDE-Q, que tiene una versión en español (Robles, Oberst, Sánchez-Planell y Chamarro, 2006).

2.1.2.2. Desarrollo de las sesiones de tratamiento

2.1.2.2.1. Fase 1

Como señalábamos antes, la primera fase del programa tiene como objetivos principales establecer la relación terapéutica y fomentar la motivación para el cambio. Veamos los contenidos de esas primeras 8 sesiones de tratamiento que se resumen en la tabla 3.

La primera sesión (**sesión 0**) tiene una duración de 90 minutos. El trabajo principal es la construcción de una alianza terapéutica positiva y la motivación para el cambio. Para ello, se analizan los pros y contras de cambiar y no cambiar. En este trabajo se recomienda que el terapeuta se separe de los motivos de otros y se centre en los del paciente, aceptando de forma genuina sus creencias, inculcando esperanza y entiendo los motivos de la resistencia al cambio. Este trabajo se inicia en esta sesión, pero se sigue trabajando en el cuidado de la relación terapéutica durante todo el tratamiento.

Otra tarea de esta sesión es realizar una formulación del caso específico juntamente con la paciente, valorando la psicopatología específica y haciendo hipótesis sobre los factores mantenedores, además de la idea sobrevalorada sobre la figura, el peso, la comida y su control. Los aspectos para tener en cuenta en la realización de la formulación de caso son los siguientes:

- ✓ Adaptar el modelo (la teoría que fundamenta el tratamiento) al trastorno alimentario de la paciente con el fin de que entienda cómo su problema alimentario se mantiene y cómo se puede modificar.
- ✓ No introducir técnicas para identificar y corregir pensamientos disfuncionales en este momento. La educación acerca del problema es el primer procedimiento cognitivo, utilizado para corregir información del paciente.
- ✓ En esta fase el objetivo es identificar el contexto esquemático para el trastorno, incluyendo su significado personal.

En la formulación es beneficioso realizar un análisis funcional de los refuerzos positivos y negativos que tienen un papel en el mantenimiento del trastorno. Se realiza con lápiz y papel. Este diagrama sirve para:

TABLA 2
REQUISITOS DE ENTRADA EN EL PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL MEJORADA PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS (AMBULATORIO)

Requisitos
IMC entre 15 y 40
Contraindicado
Deterioro importante en la salud física Trastorno depresivo mayor grave Riesgo de suicidio Abuso de sustancias Crisis vital importante Impedimentos logísticos para asistir a las sesiones

TABLA 3
CONTENIDOS PRINCIPALES DE LA FASE 1 DE LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL MEJORADA PARA LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Fase 1

Sesión 0

Motivación para el cambio y compromiso de tratamiento
Evaluar la naturaleza y gravedad de la psicopatología que presenta el paciente
Formulación del caso
Presentación del registro básico del tratamiento

Sesión 1

Iniciar la tarea de pesarse en sesión
Revisar el diario
Revisar la formulación del caso
Psicoeducación sobre el peso

Sesiones 2-7

Pesarse en sesión
Revisar registro y tareas
Psicoeducación sobre los problemas alimentarios (lectura guiada)
Establecer un patrón de ingesta adecuado
Cambios en estilo de ingesta
Implicar a familiares y otros significativos si puede ser beneficioso

- ✓ Subrayar la relación entre lo fisiológico y lo psicológico del trastorno.
- ✓ Ilustrar las posibles funciones del trastorno (amortiguador emocional, fuente de refuerzos, sentimientos de seguridad, estructura y control, etc.).
- ✓ Explicar cómo y por qué, esto puede llevar a crear resistencias para cambiar.
- ✓ Sugerir que la recuperación y el mantenimiento de un peso subóptimo son objetivos mutuamente excluyentes.

En esta sesión se valora y establece el grado de implicación familiar. Se realiza una devolución a la familia, se les escucha, dando espacio para la descarga emocional y se establece de forma conjunta su participación en el programa. El papel de la familia en este programa sería el siguiente:

- ✓ Informarse y conocer el problema del paciente.
- ✓ Apoyar durante el proceso de recuperación.
- ✓ Evolucionar al mismo tiempo que evoluciona el paciente (adquirir nuevas normas, hábitos, técnicas de afrontamiento, etc.).
- ✓ Actuar como factor preventivo, protector.
- ✓ Ayudar en la solución de la crisis cuando surjan.

Por último, se presenta el registro básico del tratamiento (registro de ingesta diario, con la hora en que se realiza la comida, comida y bebida consumida, lugar, atracones, vómitos/laxantes y contexto/comentarios) y se pide como tarea realizar dicho registro.

La siguiente sesión (**sesión 1**) tiene una duración de 50 minutos y comienza con una de las tareas básicas del entrenamiento, la tarea de pesarse en sesión. Esto se realizará 1 vez a la semana (en esta fase quiere decir que en una de las sesiones de la semana se realiza, pero en la otra no). Sin embargo, en pacientes con bajo peso (<17,5) sí se realiza en cada sesión.

El contenido de la sesión consiste en revisar lo trabajado en la sesión 0, sobre todo respecto a la formulación de caso y la motivación para el cambio, aclarando las dudas y preguntas que se tengan.

El contenido específico es la psicoeducación sobre el peso, incidiendo en el peso como un indicador relativo, que fluctúa en función de diversos factores, que está influenciado por factores fisiológicos. Se define y se explica el IMC (sobre todo con respecto a los rangos de peso saludables). La idea es comenzar a flexibilizar el concepto de peso. El pesarse en sesión contribuirá también a este objetivo.

Las siguientes sesiones de esta fase (**sesiones 2-7**) tienen una duración de 50 minutos y la misma estructura:

- ✓ Pesarse (una vez a la semana o dos si IMC < 17,5)
- ✓ Revisar registro y otras tareas
- ✓ Establecer agenda de la sesión
- ✓ Trabajar en los contenidos de la agenda
- ✓ Resumen de la sesión y tareas para casa

Los objetivos de estas sesiones incluyen obtener información sobre los trastornos alimentarios, establecer un patrón de ingesta adecuado e implicar a los familiares si es beneficioso.

La **psicoeducación** se realiza mediante una lectura guiada por el terapeuta del libro “La superación de los atracones de comida: cómo recuperar el control” cuyo autor es el mismo Fairburn y que está editado en español por la editorial Paidós. El contenido de la psicoeducación es el siguiente:

- ✓ Trastornos alimentarios y su tratamiento.
- ✓ Características clínicas de los trastornos alimentarios:
 - ✓ Preocupación por el peso y la figura.
 - ✓ Normas de alimentación en trastornos alimentarios: dieta
 - ✓ Atracones
 - ✓ Vómitos autoprovocados
 - ✓ Mal uso de los laxantes y diuréticos
 - ✓ Ejercicio físico excesivo
 - ✓ Bajo peso

El siguiente objetivo es establecer un **patrón de ingesta adecuado** que implica 5 comidas diarias, no comer fuera de las comidas y no utilizar conductas compensatorias como vómitos, laxantes o ejercicio físico.

Es relevante señalar que la prioridad en esta fase es cambiar el patrón de ingesta, no lo que se come. Estas son las indicaciones:

- ✓ La paciente elige qué comer
- ✓ Se acepta lo que la paciente entiende por una comida.
- ✓ Se establece un intervalo de al menos 4 horas entre las comidas y no se salta ninguna.
- ✓ El nuevo patrón de comida es prioritario a otras actividades y se organiza en función de las actividades de la paciente.
- ✓ Se planifica con tiempo lo que se va a comer y los horarios.
- ✓ Seguir el plan y no adecuarse a sensaciones de hambre o de sentirse llena (porque suelen estar distorsionados).
- ✓ Cuando haya celebraciones o situaciones especiales, planear con el terapeuta qué hacer.

En pacientes que tienen un patrón muy caótico o alta restricción, se establece el patrón adecuado poco a poco. Por ejemplo, se puede empezar el patrón regular en los momentos del día en los que sea más fácil.

En el establecimiento del patrón nos vamos a encontrar con dificultades, como, por ejemplo:

- ✓ Si fracasan en seguir el patrón, lo abandonan para el resto del día.
- ✓ La paciente dice que ese patrón es desconocido y que nunca ha comido así, ni antes de tener el problema y que su familia tampoco come así.
- ✓ La paciente se resiste a comer tantas veces por miedo a engordar.
- ✓ La sensación de sentirse lleno puede aumentar el impulso a realizar la conducta compensatoria.
- ✓ Puede aparecer resistencia a planificar.
- ✓ También puede aparecer resistencia a utilizar actividades alternativas.

Para superar estas dificultades se van estableciendo **cambios en el estilo de ingesta**:

- ✓ La hora de la comida se formaliza: inicio y fin, comer sentado a la mesa.
- ✓ Evitar comer directamente de cajas o bolsas, utilizar platos y cubiertos.
- ✓ No hacer otras actividades mientras se come.
- ✓ Evitar “picar” entre comidas.
- ✓ Velocidad de la ingesta (no en atracones).

Un aspecto fundamental en esta fase es **tratar las conductas compensatorias** como el vómito, los laxantes o el ejercicio físico excesivo.

Las líneas generales del tratamiento de estas conductas incluyen la realización de análisis funcionales de las mismas, para explorar la función que tienen. Por ejemplo, el vómito puede cumplir la función de evitar sentirse llena, vaciar el

estómago y sentir el abdomen más plano, modular las emociones, o incluso castigarse (por ejemplo, inducirse diarrea con los laxantes como castigo por no controlar la ingesta). Una vez se identifica la función se trata y se sustituye la conducta compensatoria por conductas beneficiosas. En la tabla 4 se ejemplifica el tratamiento de la función de evitar sentirse lleno.

Por último, en esta fase se trabaja con los familiares. En concreto se establecen unas tres sesiones con los familiares que se hacen después de la sesión con la paciente. Son sesiones de 45 minutos en las que se informa a los familiares de lo que se está trabajando en terapia y se les pide ayuda en las tareas a realizar (cambio de patrón de ingesta, conductas compensatorias, etc.).

2.1.2.2.2. Fase 2

La segunda fase es un periodo transitorio de dos sesiones en el que se revisa el progreso respecto a los objetivos de la primera fase. En base a la evolución, se vuelve a revisar la formulación, se identifican las barreras para el cambio y se decide si va a

TABLA 4
EJEMPLO DE CÓMO TRATAR LA FUNCIÓN DEL VÓMITO COMO
“EVITAR SENTIRSE LLENO”

Tratar sentirse lleno	
Aclarar qué significa para la paciente:	
✓ Pensar que se ha comido mucho ✓ Percibir el abdomen hinchado ✓ Sentir la ropa demasiado apretada ✓ Sentirse gordo	
Registrar durante un tiempo las circunstancias que rodean esa sensación	
Tratar esas interpretaciones:	
Pensar que se ha comido mucho	Ver qué significa. Por ejemplo, “si comomás de 1200 calorías engordaré” Discutir con datos (educación) esos esos pensamientos.
Percibir el abdomen hinchado	Ver alternativas a la equivalencia abdomen hinchado = haber comido demasiado: bebida, premenstruación, efecto de la ropa, etc.
Sentir la ropa demasiado	Equivalencia con haber comido mucho. Educar sobre el proceso de la digestión, y que es pasajero. Evaluar si la ropa que llevan es excesivamente pequeña.
Sentirse gordo	Diferencia entre “sentirse” gordo y “estar” gordo.

ser necesario administrar la versión extendida del programa. Es aquí donde se toma la decisión sobre si la paciente necesita alguno de los módulos sobre los mecanismos psicopatológicos (perfeccionismo, autoestima, dificultades interpersonales e intolerancia emocional).

2.1.2.2.3. Fase 3

La fase 3 comprende las sesiones 10 a la 17 y tiene como objetivo fundamental tratar los mecanismos básicos que mantienen el trastorno alimentario. Dichas sesiones tienen una duración de 50 minutos. En la tabla 5 se resumen los aspectos a tratar en esta fase.

Para el tratamiento de la idea sobrevalorada sobre la figura y el peso corporal las actuaciones terapéuticas van dirigidas a:

- ✓ Identificar y hacer consciente a la paciente de la idea sobrevalorada y sus consecuencias.
- ✓ Enfatizar la importancia de otras áreas para la evaluación personal.
- ✓ Tratar las conductas relacionadas con evitación y reaseguración.
- ✓ Tratar “sentirse gorda”
- ✓ Explorar el origen de la idea sobrevalorada
- ✓ Aprender a controlar el tener la mente en modo “trastorno alimentario”.

Veamos a continuación indicaciones generales sobre cómo realizar esas actuaciones terapéuticas.

En primer lugar, se realiza una reflexión sobre la importancia de la imagen corporal en el día a día de la paciente con respecto a otras áreas como la familia, la ocupación (trabajo, estudios) y otras (ocio, amigos, etc.) con el fin de hacer consciente de la **idea sobrevalorada** y sus consecuencias. ¿Cuánto tiempo dedica al tema alimentario? ¿Y a otras cosas en su vida? ¿qué consecuencias tiene desatender esas otras áreas vitales?

Después de esta reflexión se índice en la importancia de aumentar la importancia (y la frecuencia) de **actividades relacionadas con otras áreas vitales**, identificando con la paciente qué áreas le gustaría potenciar y planificando actividades con respecto a esas áreas. Se eligen dos actividades y se planifica su ejecución, incluyéndolas en el registro y revisando el progreso semana a semana.

Otro aspecto a tratar son las **conductas de evitación y reaseguración**. Para ello se realizan las siguientes tareas terapéuticas:

- ✓ Psicoeducación sobre conductas de reaseguración y evitación.
- ✓ Evaluar la ocurrencia de esas conductas: Incluirlo en el registro.
- ✓ Discutir la utilidad de esas conductas y cuestionarlas:
- ✓ ¿Qué intentas averiguar cuando exploras tu cuerpo?
- ✓ ¿Por qué lo haces tan frecuentemente?
- ✓ ¿Alguna vez miras las partes de tu cuerpo que sí te gustan?
- ✓ ¿Te sientes bien después de explorar tu cuerpo?
- ✓ ¿Crees que puede tener efectos negativos hacer esto?
- ✓ Tratar las distintas conductas: Mirarse en el espejo, compararse con los demás y conductas de evitación, con técnicas de exposición y prevención de respuesta.

Uno de los aspectos a tratar respecto a la idea sobrevalorada es el **“sentirse gorda”**. Para trabajar este aspecto se cubren las siguientes actuaciones:

- ✓ Diferencia entre “sentirse gorda” y “estar gorda”
- ✓ Registrar cuando ese sentimiento es especialmente intenso.
- ✓ Analizar el contexto en el que aparece ese sentimiento:
 - ✓ Estados de ánimo negativos: tristeza, aburrimiento, ansiedad, etc.
 - ✓ Como consecuencia de conductas o sensaciones físicas que aumentan la conciencia corporal.
- ✓ Practicar tomar conciencia de lo que realmente ocurre cuando tienen ese sentimiento y tratar el desencadenante, para desactivarlo.

TABLA 5
OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE LA FASE 3

Mecanismo clave que mantienen el trastorno alimentario
Idea sobrevalorada de la figura y el peso
Idea sobrevalorada de control sobre la ingesta
Intentos de restricción alimentaria
Restricción alimentaria
Bajo peso
Cambios en la ingesta dependientes del estado de ánimo y de acontecimientos vitales

En esta fase también es importante, hacia el final de la misma, explorar el **origen de la idea sobrevalorada** con el fin de dar sentido a cómo se ha generado esa idea. Esto produce un aumento de la conciencia sobre la misma que puede ayudar al cambio. El análisis incluye volver atrás en el tiempo y explorar distintos momentos:

- ✓ Su vida hasta 12 meses antes de que se iniciara el trastorno
- ✓ Los doce meses antes de que se iniciara el trastorno
- ✓ Los doce primeros meses de evolución del trastorno
- ✓ Y el periodo de tiempo desde ese primer año hasta la actualidad

Esta exploración permite realizar hipótesis sobre el papel que jugaron distintos acontecimientos vitales, estados afectivos y mecanismos psicopatológicos en la génesis del trastorno.

El último aspecto que se trabaja en esta fase es aprender a identificar cuando la mente se queda (o pasa a) **“modo trastorno alimentario”** e intentar salir del mismo. Se compara la mente con un reproductor de DVD y:

1. Se identifican los estímulos o situaciones que hacen más probable que se encienda el DVD del trastorno.
2. Se aprende a reconocer los primeros signos que nos indican que hemos entrado en “modo trastorno alimentario”
3. Intentar salir de ese modo por medio de distintas técnicas como actividades distractoras o alternativas o “instrucciones terapéuticas contrarias al modo trastorno alimentario”. Esta técnica se denomina “hacer lo adecuado”.

Otros aspectos a trabajar relacionados con la idea sobrevalorada son la restricción alimentaria y el bajo peso si existe. Por último, es necesario trabajar la regulación de emociones y el afrontamiento de problemas vitales si constituyen factores de riesgo para entrar en “modo trastorno alimentario”

2.1.2.2.4. Fase 4

La última fase se dirige a la evaluación del progreso y la prevención de recaídas. Se administra de la sesión 18 a la 20. Cada sesión tiene una duración de 50 minutos y se aplica una sesión cada dos semanas. En la tabla 6 se resumen los aspectos a trabajar en esta fase.

2.1.2.2.5. Módulos adicionales

Como hemos comentado en el apartado del modelo, el programa terapéutico incluye tres módulos adicionales que pueden incluirse en el programa en función de las necesidades del paciente. En función de la formulación de caso y del análisis que se realiza en la fase dos del programa, se tomará la decisión de si la paciente, necesita la versión extendida del programa y qué módulos (¿los cuatro, dos, uno sólo?).

Estos módulos se pueden aplicar en paralelo a la fase 3 del programa o después de la misma.

A continuación, delinearemos los aspectos principales de cada uno de los módulos.

Módulo de perfeccionismo: En este módulo se incluyen las siguientes estrategias:

1. Identificar la idea sobrevalorada sobre la importancia del rendimiento y sus consecuencias:
 - a. Gráfica de importancia de áreas vitales.
 - b. Hacer ver que en ellas es muy importante para el paciente el rendimiento, conseguir objetivos, resultados.
 - c. Consecuencias del perfeccionismo:
 - i. Rigidez en la búsqueda de conseguir metas irrealistas
 - ii. Comprobación/evitación del rendimiento
 - iii. Preocupación sobre este tema
 - vi. Marginalizar otras áreas “no productivas”
2. Enfatizar la importancia de otras áreas en el autoconcepto:
 - a. Fomentar áreas no productivas
 - b. Fomentar flexibilidad y espontaneidad
3. Reorganizar metas:
 - a. Analizar las metas (normalmente irrealistas)
 - b. Rebajar expectativas: eficiencia vs eficacia/rendimiento. Priorizar.
4. Tratar las comprobaciones/evitación:
 - a. Usar registro

TABLA 6
TRABAJO TERAPÉUTICO EN LA FASE 4: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

- 1. Revisar los objetivos obtenidos durante el tratamiento**
Potenciar una atribución interna de los logros obtenidos
Repasar área por área donde estaba y donde ha llegado
- 2. Revisar las áreas de vulnerabilidad y cómo afrontarlas:**
Afrontamiento de las recaídas:
Entrenar a los pacientes en los signos de alarma de una recaída.
Diferenciar entre desliz y recaída.
Analizar el contexto en el que se ha producido la recaída
La recaída es “una magnífica oportunidad para aprender”
Son parte natural del proceso de crecimiento
Los seguimientos nos permiten evitar las recaídas

- 3. Establecer un plan de continuidad en el tratamiento** (seguimientos)

- b. Comprobaciones frecuentes de su rendimiento
- c. Comparar su rendimiento con el de otros: sesgos (compararse solo con personas con un alto rendimiento)

Módulo de autoestima: Las estrategias terapéuticas que se incluyen en este módulo son las siguientes:

1. Psicoeducación sobre autoestima baja.
2. Tratar los procesos cognitivos que mantienen la baja autoestima.
3. Desactivar esas creencias: técnicas cognitivas:
 - ✓ Analogía de las gafas de sol
 - ✓ Identificar cualidades positivas
 - ✓ Dirigir la atención hacia información positiva
 - ✓ Estándares distintos para uno mismo y los demás
 - ✓ Sobregeneralización
 - ✓ Juicios dicotómicos sobre su valía
 - ✓ Pensamientos disfuncionales
4. Explorar el origen de esas creencias
5. Llegar a una visión equilibrada sobre la visión de uno mismo.

Módulo de problemas interpersonales: En este caso, Fairburn incluye un módulo de tratamiento de problemas interpersonales que adapta de un programa terapéutico bien conocido y validado, la terapia interpersonal (ver Markowitz y Weissman, 2012 para una revisión sobre la Terapia Interpersonal). Fairburn propone un módulo de 12-16 sesiones con las siguientes fases:

- ✓ Fase 1 (3 sesiones): Identificar los problemas interpersonales que se vayan a tratar (los que tengan más relación con el trastorno alimentario).
- ✓ Fase 2 (10 sesiones): Tratar los problemas interpersonales que se categorizan en: duelo, conflicto de rol, transiciones de rol y déficit en habilidades sociales.
- ✓ Fase 3 (3 sesiones): Prevención de recaídas.

Con respecto al último de los mecanismos, **la intolerancia emocional**, Fairburn no propone un módulo, sino que da indicaciones de cómo trabajar este aspecto en la fase 3. Cuando se analizan los acontecimientos, emociones y otros estados que desencadenan conductas alimentarias por medio del análisis funcional se puede trabajar la función que tienen las emociones y a partir de ahí trabajarlas con estrategias de regulación emocional.

Por último, Fairburn también ofrece indicaciones de cómo aplicar el tratamiento con adolescentes, casos complejos y en otros dispositivos (hospital de día e ingreso).

2.2. El Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011)

A continuación, nos centraremos en el trabajo del Dr. David H. Barlow, profesor de la Universidad de Boston, y uno de los investigadores que más ha contribuido a la comprensión y tratamiento de los trastornos emocionales (TE). En el presente apartado expondremos los mecanismos subyacentes responsables del inicio, desarrollo y mantenimiento de los TE identificados por este autor y, posteriormente, describiremos la intervención transdiagnóstica conocida como Protocolo Unificado (PU) sesión a sesión.

2.2.1. Modelo psicopatológico explicativo sobre los trastornos emocionales basado en la vulnerabilidad

Como decíamos el Dr. David H. Barlow, tras muchos años de investigación en el campo de la psicopatología y de los tratamientos cognitivo-conductuales basados en la evidencia, ha identificado y definido los mecanismos subyacentes responsables del inicio, desarrollo y mantenimiento de los TE (ansiedad y depresión). Los factores de vulnerabilidad que describiremos forman parte del modelo conocido como *modelo de triple vulnerabilidad* (Brown y Barlow, 2009).

2.2.1.1. Vulnerabilidad biológica generalizada

Esta variable hace referencia a las características de personalidad, neuroticismo y extraversión. Estas características de personalidad son parcialmente heredables (30-50%) por lo que nacemos con una “tendencia” a ser más o menos extrovertidos o más o menos neuróticos, será la interacción con el ambiente quién determinará el grado de estas ca-

racterísticas en cada uno de nosotros. Las personas con alto neuroticismo o inestabilidad emocional suelen ser desconfiadas, temerosas, preocupadizas, inseguras y, como consecuencia, viven con mayor frecuencia emociones como el enfado, la tristeza, la culpa, la vergüenza, el miedo o la ansiedad. Como consecuencia, estas personas experimentan mayor malestar emocional, que podría llevar a un alto grado de interferencia en sus vidas (en todas las áreas vitales) y menor calidad de vida. Las personas con TE, y del mismo modo las personas con alto neuroticismo, comparten mecanismos neurobiológicos que explicarían este tipo de respuestas emocionales, concretamente la hiperexcitabilidad de las estructuras límbicas junto al control inhibitorio limitado por las estructuras corticales (Shin y Liberzon, 2010). Por otra parte, las personas con bajo neuroticismo serían personas con mayor estabilidad emocional.

Las personas extravertidas se caracterizarían por su entusiasmo, vitalidad y energía, y como resultado, viven con mayor frecuencia emociones como la alegría, la satisfacción, la confianza, la esperanza o la ilusión. Esta dimensión de personalidad facilita las relaciones personales, el apoyo, consuelo, desahogo y disfrute. Las personas extravertidas suelen disponer de una red social importante y con vías de escape necesarias para equilibrar los niveles de malestar del día a día. Las personas con baja extraversión se caracterizarían por menores niveles de bienestar, serían personas con bajo entusiasmo, vitalidad y más aisladas en lo social. Les cuesta mantener la ilusión y la esperanza y, por tanto, les resulta más difícil sentirse bien, sentirse satisfechas y felices. En el otro extremo, las personas con alta extraversión, son personas en riesgo. Estas personas podrían sufrir episodios de “excesiva” alegría, lo que denominaríamos episodios de manía o euforia y, como consecuencia, tener problemas para concentrarse, relajarse, mantener el control de sus conductas, valorar las consecuencias de sus acciones, etc. Un perfil de baja extraversión y alto neuroticismo sería la primera variable explicativa para la aparición, en algún momento de la vida, de un TE.

2.2.1.2. Vulnerabilidad psicológica generalizada

La segunda variable relevante que puede ayudarnos a entender por qué algunas personas manifiestan un TE lo debemos buscar en las primeras experiencias de la vida. Como ya sabemos, el ambiente es un elemento imprescindible para entender el desarrollo del ser humano. En este sentido, y a pesar de la tendencia genética, si un niño o niña ha vivido desde su infancia un ambiente predecible, controlable y reforzador, habrá ido desarrollando, no sin esfuerzo e incluso con cierta frustración, una estructura psicológica basada en la aceptación, la seguridad y la confianza. Los esquemas mentales que desarrollamos durante nuestro crecimiento nos sirven de utilidad para observarnos, conocernos, querernos, también para observar, ver y querer a los demás, e influyen en nuestras expectativas y metas futuras. Sin embargo, algunos niños y niñas han vivido en ambientes donde han experimentado maltrato, violencia familiar, abuso sexual o desatención grave. Estas experiencias pueden alterar de manera importante el desarrollo emocional del niño o niña, generándose unos esquemas mentales caracterizados por la incontrolabilidad y la impredecibilidad sobre los acontecimientos vitales. Estos esquemas afectarán a cómo el niño se ve así mismo y a los demás y lo que puede o no esperar del futuro. Añadimos en este punto el hecho de que no solo ambientes tan estresantes e impredecibles como los descritos afectarían al desarrollo adecuado de recursos emocionales, también los estilos de crianza parental no contingentes y que no enseñan estrategias de afrontamiento adecuadas. En un niño o niña vulnerable emocionalmente, este tipo de patrones de crianza provocan una falta de aprendizaje respecto a etiquetar las experiencias íntimas de forma normativa, a regular las emociones de forma eficaz y a confiar en sus propias emociones como respuestas válidas a los acontecimientos. Estos niños y niñas, aprenden a responder al fracaso con emociones negativas intensas, a establecer metas y expectativas no realistas, a evitar en lo posible las emociones que les generan malestar y a mantener estándares de funcionamiento excesivamente elevados (García-Palacios y Navarro-Haro, 2016).

2.2.1.3. Vulnerabilidad psicológica específica

Este es el tercer elemento para tener en cuenta en el inicio y mantenimiento de un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. Muy relacionado con el anterior, aquí se plantea el papel fundamental de las leyes del aprendizaje (consecuencias positivas y negativas tras la emisión de una conducta). Es a través de estas leyes cuando, en el contexto de una experiencia particular (específica) se asocia el malestar emocional (ansiedad, tristeza, culpa) a determinados objetos, situaciones o estados internos (pensamientos, sensaciones físicas, medios de transporte). En la tabla 7 pueden verse algunos ejemplos en distintos TE.

En todos estos casos, las personas tienden a intentar mitigar la intensa respuesta emocional que experimentan a través de distintas estrategias de regulación emocional, que en muchos casos son desadaptativas e incluso perjudiciales

(p. ej., lavarse constantemente). Se trataría principalmente, en terminología de James Gross (1998), de estrategias de supresión (evitación) emocional (no volver a hablar en público, no coger el coche, no volver a ir solo por la calle, no buscar trabajo, tratar de no pensar o sentir, entre otras) lo que provoca mayor malestar e interferencia en la vida de las personas. El Dr. Barlow, agrupa estas estrategias desadaptativas en el concepto de conductas impulsadas por las emociones (CIE), que sería todo aquello que las personas harían para intentar evitar las emociones. El alivio que las personas experimentan al no enfrentarse a las situaciones, objetos, personas o estados internos, en definitiva, al no enfrentarse al malestar, refuerza negativamente las conductas de evitación que serán cada vez más frecuentes, y en ocasiones, se generalizan a más y más situaciones. Las consecuencias de las estrategias de evitación emocional a medio y largo plazo son muy negativas, no solo porque mantiene el problema y se puede cronificar, sino porque también genera interferencia en el día a día, afecta a la autoestima y sentido de autoeficacia personal, a las relaciones sociales, de pareja y familiares y, por tanto, a la calidad de vida de la persona.

2.2.2. Clasificación dimensional de los trastornos emocionales y disregulación emocional

Como hemos comentado anteriormente, el perfil de personalidad caracterizado por el alto neuroticismo (afecto negativo) y la baja extraversión (afecto positivo), serían consideradas desde una perspectiva jerárquica, como dimensiones de orden superior o primer orden en la clasificación de los TE (Brown y Barlow, 2009). La investigación ha puesto de manifiesto que el alto afecto negativo está asociado con la mayoría de los TE (depresión, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social) mientras que el bajo afecto positivo se asocia, por un lado, con la fobia social, y por otro, con la depresión (Brown, Chorpita y Barlow, 1998).

Además de compartir esta dimensión de primer orden, las personas con TE presentan tres dimensiones adicionales de segundo orden (u orden inferior) que delimitarían la cristalización del TE. Veamos a continuación estas dimensiones:

- 1) Estado de ánimo.** Esta dimensión hace referencia a la afectación del estado de ánimo en todas las personas con un TE, independientemente de que los síntomas principales sean ansiosos o depresivos. De hecho, lo habitual es que en el curso de un TE aparezcan, se alternen o convivan síntomas ansiosos y depresivos.
- 2) Foco de ansiedad.** Para evaluar esta dimensión deberíamos preguntar a la persona con un TE ¿qué provoca tu ansiedad? En función del TE obtendremos distintas respuestas, por ejemplo, la evaluación negativa de los demás en situaciones sociales, notar sensaciones físicas en mi cuerpo como palpitaciones o mareo, tener preocupaciones en la cabeza, o flashbacks relacionados con un hecho traumático, o pensamientos intrusivos (de impureza, religión, orden, comprobación, etc.). ¿Y las personas con diagnóstico de depresión? En ocasiones estas personas refieren que su foco

TABLA 7
EJEMPLOS DE ASOCIACIONES ENTRE EXPERIENCIAS ESPECÍFICAS, EMOCIONES Y OBJETOS, SITUACIONES O ESTADOS INTERNOS CARACTERÍSTICAS DE LOS TE

Ejemplo de experiencias	Emoción	Objetos, situaciones o estados internos	Trastorno emocional
Juan ha perdido su puesto de trabajo, tiene 56 años de edad y no tiene estudios.	Tristeza	Pesadez, opresión en el pecho, hablar con familiares, recuerdos, pensamientos de minusvalía, etc.	Depresión
Raquel ha sido ascendida en el trabajo y tiene una mayor responsabilidad.	Ansiedad	Palpitaciones, sudoración, mareo, rubor, tensión, visión borrosa, náuseas, etc.	Trastorno de pánico
Belén permaneció en un atasco durante más de 3 horas.	Ansiedad	Lugares con mucha gente, medios de transporte, amplios lugares descubiertos, puentes, colas, etc.	Agorafobia
Juan, desde pequeño, recuerda ponerse rojo y bloquearse cuando le preguntaban en clase o debía salir en una obra de teatro escolar.	Ansiedad	Iniciar conversaciones con personas desconocidas, ir a fiestas, ser observado, comer en público, sudar, enrojecimiento, etc.	Fobia social
Diana era la mayor y ha estado cuidando a distintos familiares durante toda su vida.	Ansiedad	Preocupaciones constantes, presión en la cabeza, tensión corporal, ver o leer noticias, etc.	Trastorno de ansiedad generalizada
Ángel es investigador y en una ocasión no comprobó unos datos que resultaron decisivos para un estudio.	Ansiedad	Pensamientos intrusivos, comprobar los datos repetidamente, también puertas y ventanas, realizar copias de seguridad constantemente, etc.	Trastorno obsesivo-compulsivo
Carlos ha sido víctima de un robo y recibió un disparo del agresor.	Ansiedad	Recuerdos, flashbacks, el lugar donde ocurrió el suceso, ver la TV, ruidos intensos, olor a quemado, ver sangre, etc.	Trastorno de estrés postraumático

de ansiedad (o malestar) está en la observación de las personas andando por la calle “felices”, “volver al trabajo tras una baja médica” o “el hecho de que me pregunten cómo estoy porque no estoy preparado para responder”.

3) Las conductas de evitación. Como decíamos anteriormente, todas las personas con TE practican estrategias de evitación emocional, de hecho, estas conductas son las responsables de que los síntomas ansiosos y depresivos se mantengan en el tiempo. Algunos, utilizan las llamadas *conductas de evitación comportamental* (p.ej., no hacer cola, no ir a centros comerciales, no utilizar aseos públicos) y *conductas sutiles de evitación* (p.ej., evitar el contacto ocular o beber cafeína). Otros ponen en marcha estrategias de *evitación cognitiva* (p.ej., distraerse, suprimir el pensamiento, rumiar o forzar a pensar en positivo). Otros, sin embargo, utilizan *señales de seguridad* (p.ej., llevar siempre un teléfono móvil, la caja de los fármacos o gafas de sol). El objetivo de todas estas estrategias es no sentir una emoción intensa o, una vez que se experimenta, que no aumente su intensidad.

La literatura ha sugerido que las personas con TE experimentan emociones desagradables de manera intensa y las evalúan como muy aversivas. Como resultado de estas reacciones negativas a sus emociones, estas personas son más propensas a utilizar y mantener estrategias de evitación emocional (eliminar o controlar, habitualmente), y estas estrategias, a su vez, paradójicamente aumentan la frecuencia e intensidad de las emociones desagradables. Decimos que las personas con TE presentan déficits en la regulación de sus emociones o *disregulación emocional*, porque las conductas impulsadas por las emociones intensas que realizan no suelen acercar a la persona a sus metas y objetivos, son desproporcionadas respecto a la demanda del ambiente, no consiguen resolver un problema presente (o lo agravan) o en ocasiones pueden llegar a ser perjudiciales (p.ej., consumir alcohol para desinhibirse en una situación social) (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2013).

El tratamiento, por tanto, más adecuado para las personas que sufren un TE debe centrarse fundamentalmente en la emoción. A través de la terapia se debe ayudar a las personas con TE a que aprendan a escoger y aplicar estrategias de regulación que sean apropiadas al contexto, apropiadas a lo controlables que son los eventos internos y externos, y en consonancia con las metas a largo plazo (Mennin y Farach, 2007).

Las estrategias de regulación emocional que describiremos a continuación forman parte del manual *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales* (PU) desarrollado por el Dr. David H. Barlow en la Universidad de Boston y ha sido adaptado y traducido al Español en el 2015 por Elena Crespo y Jorge Osma (Barlow et al., 2011).

2.2.3. Consideraciones previas al Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales

El PU enfatiza el valor adaptativo de todas las emociones (“positivas y negativas”), el aumento de la tolerancia a las emociones intensas, y la identificación y modificación de las estrategias desadaptativas utilizadas para evitar o disminuir la intensidad de las emociones. La persona con un TE, a través de este tratamiento, aprende a no suprimir las experiencias emocionales y a observar e interpretar la información que nos ofrecen todas las emociones. El PU, tal y como su nombre indica, está diseñado para aplicarse a una amplia variedad de TE, que tienen en común la preocupación excesiva e inapropiada sobre la incontrolabilidad de sus propias emociones.

El PU es un tratamiento manualizado, es decir, se compone del manual del terapeuta, manual que contiene las bases del tratamiento y las directrices que debe seguir el terapeuta que utiliza el PU; y por otra parte, un manual para los pacientes (Barlow et al., 2011). En la traducción al castellano la editorial decidió, muy a nuestro pesar, publicar juntos ambos manuales. Este tipo de manuales son habituales en los tratamientos de la Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) basados en la evidencia y representan importantes beneficios tanto para los terapeutas como para los pacientes. En el caso de los terapeutas, suponen una guía útil para entender las bases científicas en las que se apoya el tratamiento, les facilita el aprendizaje del tratamiento y les ofrece recursos prácticos y la solución a posibles problemas en sesión. En el caso de los pacientes, les permite ir progresando en la terapia al ritmo que necesiten, les brinda la oportunidad de leer el contenido antes de la sesión en cuestión, de releerlo entre sesiones o al finalizar el tratamiento. Les ayuda a afianzar conceptos, resuelven los ejercicios y realizan los registros en el mismo manual, repasan las técnicas entrenadas durante la terapia, entre otras. Además, este tipo de tratamientos manualizados también facilita la disponibilidad del tratamiento para los familiares y amigos que en algunas ocasiones se convierten en coterapeutas del propio psicólogo que imparte la terapia (Barlow et al., 2011).

A pesar de que los tratamientos transdiagnósticos para los TE son muy recientes ya contamos con estudios de meta-análisis que avalan su eficacia (García-Escalera, Chorot, Valiente, Reales y Sandín, 2016; McEvoy, Nathan y Norton, 2009; McManus, Shafran y Cooper, 2010; Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody, y Dalgleish, 2015; Norton y Philipp, 2008; Reinholt y Krogh, 2014). Respecto al PU en concreto, ha demostrado su eficacia en distintos estudios controla-

dos y no controlados internacionales (Bullis et al., 2015; Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione y Barlow, 2010; Farchione et al., 2012; Ito et al., 2016; Lotfi, Bakhtiyari, Asgharnezhad-Farid y Amini, 2014) y, en España, contamos hasta el momento con un estudio no controlado con seguimiento a los 12 meses que ha informado de su posible eficacia en formato grupal en el contexto de la salud mental pública (Osma, Castellano, Crespo y García-Palacios, 2015). En este momento seguimos trabajando a través de un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico para demostrar su eficacia en formato grupal en el contexto de la salud mental pública española.

El objetivo de este tratamiento se centra específicamente en el abordaje de los dos mecanismos subyacentes comparados por los TE:

- 1) La reacción negativa ante las emociones intensas y
- 2) Los esfuerzos fallidos de evitación o escape emocional. Una de las metáforas más adecuadas para entender el PU es la construcción de una casa, la casa de la regulación emocional (Figura 2).

Veamos cuáles van a ser los elementos necesarios o módulos para construir de manera adecuada esta casa de la regulación emocional.

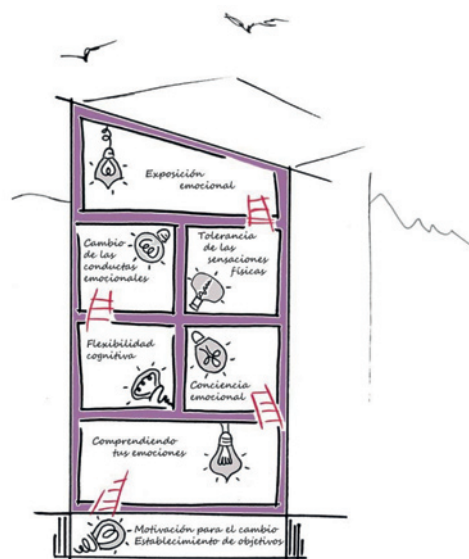
Para conseguir el objetivo general de responder de manera adaptativa a nuestras emociones, es decir, para aprender las estrategias de regulación emocional el PU distribuye la terapia en 8 módulos (Barlow et. al, 2011). Son los siguientes:

- 1) Motivación para el cambio y establecimiento de objetivos.
- 2) Entender las emociones.
- 3) Conciencia emocional.
- 4) Flexibilidad cognitiva.
- 5) Cambio de las conductas emocionales: evitación emocional y conductas impulsadas por las emocionales.
- 6) Tolerancia de las sensaciones físicas.
- 7) Exposición emocional.
- 8) Progreso en el tratamiento y prevención de recaídas.

Estos ocho módulos que componen el PU han sido diseñados para entrenarse secuencialmente, uno después del otro. En términos de nuestra metáfora, no sería aconsejable comenzar a construir la casa por el tejado, por tanto, si tuemos en primer lugar los cimientos de la casa y, poco a poco, vayamos construyendo los pilares de la primera, segunda y tercera planta, al finalizar, podremos colocar el techo sin riesgo a que todo se desmorone sobre nuestras cabezas. Nuestra experiencia nos ha enseñado que es necesario ir paso a paso con el PU para que las personas con TE puedan entender qué les pasa y hacia dónde deben dirigir sus esfuerzos si quieren mejorar. Una de las consecuencias que los terapeutas podrán observar al aplicar de esta manera el PU es que los pacientes entienden sin dificultad lo que se les dice y se sienten identificados con lo que se les va transmitiendo en referencia a su funcionamiento emocional.

Al igual que en todos los tratamientos psicológicos, serán las características clínicas del problema (tipo de trastorno, grado de interferencia y malestar, gravedad, curso y evolución) y de la persona que acude a solicitar tratamiento (edad, capacidad intelectual, habilidades, recursos personales, familiares, sociales, etc.) las que determinen el número de sesiones, su frecuencia y duración. El equipo del Dr. Barlow plantea la posibilidad de llevar a cabo el tratamiento en formato individual en 12-18 sesiones de 50-60 minutos de duración. En formato grupal (6-8 personas), podríamos establecer también una media similar, aunque las sesiones serían de 120 minutos de duración y con un terapeuta y un coterapeuta. A pesar de esta flexibilidad a la hora de estructurar el tratamiento, se aconseja que el paciente complete todos los módulos.

FIGURA 2
LA CASA DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL.
DISEÑO DE BELÉN GARCÍA DE MATEOS



A continuación presentamos un resumen de los objetivos, contenidos más importantes, las sesiones promedio estimadas para cada uno de los módulos, así como las técnicas y ejercicios utilizados durante las sesiones o entre sesiones (para más información consultar Barlow et al., 2011). Se añaden notas sobre aspectos importantes en cada módulo. El lector debe entender que, previamente a la puesta en marcha del tratamiento, el terapeuta ha realizado la evaluación, ha establecido el diagnóstico y ha realizado la devolución de la información a su paciente. Además, ha justificado las razones por las cuales el PU puede ser un tratamiento útil para su problema y le habrá explicado en qué consistirá el tratamiento. Estos aspectos se recogen en los 3 primeros capítulos del manual para el paciente cuyos títulos son: 1) ¿Qué son los trastornos emocionales?, 2) ¿Este tratamiento es el adecuado para mí? y 3) Aprender a registrar tus experiencias. A continuación pasaremos a describir en formato de tabla, los 8 módulos del PU.

2.2.4. Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales

Módulo 1	Motivación para el cambio y establecimiento de objetivos (1 sesión)
Objetivo	1. Psicoeducación sobre la importancia de la motivación (Miller y Rollnick, 2002). 2. Analizar los costes y beneficios de cambiar y de permanecer igual. 3. Especificar los objetivos que se espera conseguir con el tratamiento y establecer los pasos intermedios para alcanzarlos.
Contenidos importantes	✓ Información sobre la ambivalencia como respuesta natural en el proceso de cambio, qué implica el cambio, y se ajustan expectativas sobre quién puede cambiar y qué hace falta (mitos). ✓ Se aborda la importancia de establecer objetivos. Unos objetivos que deben ser concretos, estar bien definidos y ser alcanzables y, preferiblemente, relacionados con los valores y metas personales. ✓ Para alcanzar los objetivos es recomendable establecer pasos intermedios que faciliten el progreso.
Ejercicios	1. Balance decisional: pros y contras de cambiar y de permanecer igual. 2. Establecimiento de objetivos y pasos intermedios para conseguirlos.
Nota	En cada sesión posterior, se preguntará al paciente ¿en qué medida crees que puede ayudarte el contenido tratado en esta sesión a conseguir tus objetivos? El paciente responde en una escala de 0 (nada) a 10 (muchísimo). Esta pregunta da coherencia y sentido al tratamiento y refleja la idea de que todo lo que se trabaje durante el tratamiento tiene un sentido, tiene significado a través de las metas elegidas.

Al finalizar cada sesión, el manual del paciente incluye unas preguntas con opción de respuesta verdadero/falso que sirven para asegurar que los conceptos clave de la sesión han sido asimilados. Se recomienda al terapeuta que realice estos breves “exámenes” a sus pacientes. En caso de duda o error en las respuestas, se deberán repasar los conceptos de nuevo.

Módulo 2	Entender las emociones Reconocimiento y análisis de la respuesta emocional (2 sesiones)
Objetivo	1. Proporcionar una visión general de la naturaleza funcional y adaptativa de las emociones. 2. Presentar los tres componentes de las experiencias emocionales (pensamientos, sensaciones físicas y conductas). 3. Introducir el concepto de conductas impulsadas por las emociones (CIE). 4. Introducir el ARC de las experiencias emocionales. 5. Hablar sobre las respuestas aprendidas.
Contenidos importantes	✓ Informar sobre la funcionalidad de todas las emociones, las que nos hacen sentir bien y las que nos hacen sentir mal. ✓ Aprender a descomponer la experiencia emocional en sus elementos (modelo de los tres componentes de la emoción): fisiológico, cognitivo y conductual. ✓ Análisis de la respuesta emocional (Modelo ARC: Antecedente-Respuesta emocional-Consecuencias). Comprender mejor que las emociones no aparecen de la nada y que están provocadas por acontecimientos internos (pensamientos, recuerdos, imágenes, emociones, sensación física, etc.) o externos (p. ej., una discusión, una noticia en TV, una visita inesperada) que han ocurrido antes de que aparezca la emoción (antecedentes). ✓ Se explica con detalle la importancia de los procesos de aprendizaje, haciendo hincapié en las “alarmas verdaderas y falsas”. Los seres humanos asociamos estímulos a respuestas emocionales, y nuestra forma de experimentar las emociones y reaccionar ante ellas ha ido conformando un patrón de funcionamiento emocional.
Ejercicios	1. Descomponer en sus elementos una emoción intensa que haya ocurrido durante la semana. 2. Rellenar el registro del ARC de alguna de las situaciones que hayan provocado una respuesta emocional intensa durante la semana.
Nota	Se recomienda incidir en la diferencia entre las consecuencias a corto plazo y a medio o largo plazo. Debe resaltarse que el temor por experimentar emociones de manera intensa impulsa las conductas impulsadas por la emoción (CIE) de huida lo que genera alivio a corto plazo, pero mantiene el problema y lo empeora a medio y largo plazo.

Partiendo del análisis del ARC de la semana previa, es fácil observar que las personas con TE tienen dificultades para centrarse en el presente cuando experimentan emociones intensas desagradables. Por ello, o bien su mente se va al pasado recreándose en lo que deberían o no haber hecho, o bien al futuro, pensando en todo lo malo que puede ocurrir. Estos saltos del cerebro al pasado o al futuro no les ayudan a centrarse en el presente y a diferenciar las alarmas verdaderas de las falsas. En consecuencia, difícilmente podrán analizar la experiencia emocional que están experimentando en el presente y decidir si la CIE que sienten les ayudará a conseguir su objetivo o no (lo que demanda la situación respetando mis valores y metas). Por ese motivo se hace imprescindible incluir en el tratamiento ejercicios que ayuden al paciente a centrarse en el presente.

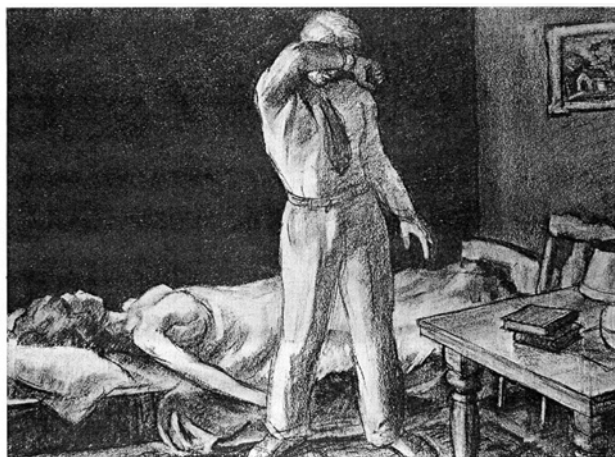
Módulo 3	
Conciencia emocional. Aprendiendo a observar las experiencias (2-3 sesiones)	
Objetivo	1. Introducir la conciencia emocional centrada en el presente sin juzgar. 2. Trabajar distintos ejercicios de conciencia emocional y de anclarse en el presente. 3. Practicar con el paciente técnicas de inducción del estado de ánimo con música.
Contenidos importantes	✓ Información sobre la conciencia emocional en el presente y sin juzgar (mindfulness), los beneficios que aporta y su utilidad como estrategia de regulación emocional. ✓ Se plantea la necesidad de ir cultivando una actitud de observador “sin juzgar lo observado”, por tanto, más objetivo.
Ejercicios	1. Ejercicios de mindfulness o conciencia plena. 2. Ejercicio de inducción de emociones a través de la música. 3. Ejercicio de anclarse en el presente.
Nota	✓ Se recomienda comenzar por ejercicios sencillos (saborear una pasa, contar la respiración, observar los ruidos de la habitación, etc.) de 1 o 2 minutos de duración. Muy importante recordar al paciente que probablemente su mente “se vaya” a otra parte (pensamientos, sensaciones físicas, sonidos) mientras hace los ejercicios, lo que debe hacer entonces es darse cuenta y volver a prestar atención “sin juzgar”. ✓ Respecto a la música, da igual la canción elegida o la emoción que provoque, todas son adecuadas para trabajar la actitud de observar con perspectiva y objetivamente la emoción y las reacciones a la emoción. ✓ El ancla puede ser cualquier estímulo, la respiración, un ruido, un olor, el tacto de algo. Cada vez que el ancla elegida se produzca (p. ej., el ruido del calentador del agua) pararemos y pondremos en marcha la actitud de observar lo que esté ocurriendo dentro y fuera de nosotros en ese mismo momento y nos preguntaremos: ¿qué siento? ¿qué sensaciones físicas tengo? ¿qué pienso? ¿qué estoy haciendo? ¿lo que hago me ayuda a conseguir el objetivo de esta situación? ¿debo cambiar mi conducta para ajustarla a mi objetivo? ✓ Los terapeutas pueden grabar los ejercicios en sesión y enviarlos por email a sus pacientes o bien los pacientes pueden grabar los ejercicios en sus propios teléfonos móviles. También pueden recomendarse páginas web o aplicaciones móviles que ayudan en la práctica de los ejercicios de conciencia plena y anclarse en el presente (recordar la firma de los consentimientos informados respecto a las grabaciones).

Como de costumbre, al finalizar cada sesión, se insistirá mucho en la práctica de los ejercicios entre sesiones, cuanto mayor sea la práctica más rápidamente se avanzará en el tratamiento. Recomendamos a los terapeutas que distribuyan los ejercicios en las distintas sesiones para que el trabajo sea más llevadero y también que, estos ejercicios se mantendrán hasta el final del tratamiento (incluyendo nuevos, de mayor complejidad o de mayor duración).

Seguimos adelante con el tratamiento. Cuando se entrena la actitud de observar el presente sin juzgar, las personas son capaces de identificar qué pensamientos están experimentando y, además, pueden comprender que existe una relación entre lo que pensamos, sentimos en nuestro cuerpo y hacemos (CIE).

Módulo 4	La evaluación y reevaluación cognitiva. Flexibilidad Cognitiva (1-2 sesiones)
Objetivo	1. Explicar la relación recíproca entre pensamientos y emociones. 2. Introducir el concepto de evaluaciones automáticas. 3. Introducir y ayudar al paciente a identificar los errores de pensamiento más comunes. 4. Introducir y ayudar al paciente a practicar la reevaluación cognitiva para incrementar la flexibilidad de pensamiento.
Contenidos importantes	✓ Nos centraremos en el papel que juegan los pensamientos en la experiencia emocional. ✓ Se trabaja la diferencia entre describir (¿qué observas en la foto?) e interpretar (¿qué crees que está ocurriendo en la imagen?, ¿qué elementos te han llevado a interpretar la escena de esa manera?, ¿cuáles serían otras posibles interpretaciones de lo que podría estar ocurriendo en la imagen?). ✓ Información sobre las evaluaciones automáticas (o primera manera de interpretar lo que ocurre). Se concluye a través de los ejercicios previos del ARC y de los ejercicios de conciencia plena sin juzgar que las personas con TE han desarrollado un patrón de pensamiento caracterizado por una primera manera de ver las cosas negativa, catastrófica, poco realista. Cuando esta manera de evaluar el mundo se convierte en la única manera, suele provocar respuestas emocionales que interfieren y generan malestar en la vida de las personas. ✓ Información sobre la reevaluación cognitiva y definición de los errores de pensamiento (p. ej., saltar a las conclusiones, catastrofizar o dramatizar, generalizar, dicotomizar, entre otros). Se introducen las principales estrategias de reevaluación cognitiva cuyo objetivo es aumentar la flexibilidad cognitiva de los pacientes, asimilando que para cada situación hay numerosas posibles interpretaciones y que, por tanto, se deben tener en cuenta todas ellas (o las máximas posibles).
Ejercicios	1. Imágenes ambiguas (p. ej., Figura 3). 2. Ejercicio de flechas descendentes. 3. Contrarrestar la sobreestimación de la probabilidad de que ocurra algo. 4. Descatastrofizar o aprender a reevaluar la tendencia a pensar en lo peor.
Nota	✓ En este módulo se debe hacer hincapié en el hecho de que el terapeuta no intenta convencer al paciente o conseguir que no piense así. Se debe aceptar que la primera manera de ver las cosas del paciente es así, negativa y catastrófica, y que eso será complicado que cambie, ahora bien, es posible que aprenda a generar nuevas interpretaciones de la que vive, lo que llevará a reducir la intensidad de su experiencia emocional e incluso a facilitar el cambio de las CIE. Me gusta decir que “esto no es lluvia de estrellas donde entras de una manera y, tras la cortina de humo, sales convertido en otra persona”, más bien se trata de aceptar tu patrón de interpretación y aceptar también que hay que esforzarse para modificar, poco a poco, la manera en la que interpretas el mundo y vives en él. ✓ Otro concepto al que debe prestarse especial atención es a la diferencia entre errores de pensamiento y pensamientos intrusivos. La manera de abordar unos y otros será diferente. Pasamos a describirlo con más detalle en el párrafo siguiente.

FIGURA 3
IMAGEN AMBIGUA DEL TEST DE APERCEPCIÓN TEMÁTICA DE
HENRY A. MURRAY (1943)



¿Y funcionan igual las estrategias de reevaluación cognitiva con los pensamientos intrusivos?

Será más fácil entender la respuesta a través de un ejemplo. Ramón tiene 63 años, está prejubilado y le encanta pasar tiempo con su nieta de 5 añitos. Estando una tarde jugando con su nieta tuvo un pensamiento “eres un pederasta, vas a abusar de tu nieta”. Este pensamiento, totalmente absurdo, Ramón lo vivió con un gran malestar. Experimentó tanto miedo y ansiedad al tener ese pensamiento que decidió dejar de jugar con ella e irse a casa antes de lo previsto. Cuando se fue de allí experimentó cierto alivio pero a las pocas horas, el pensamiento volvió. Tenía que esforzarse por concentrarse en otras cosas para no prestar atención al pensamiento que venía y venía. Cuando acudió a consulta, llevaba 4 meses sin ver a su nieta (la llamaba por teléfono todos los días) y había desarrollado un ritual para reducir su ansiedad cuando aparecía el pensamiento intrusivo y absurdo, consistía en repetirse mentalmente 20 veces “no soy pederasta”. En este caso, Ramón experimenta gran ansiedad cuando aparece el pensamiento obsesivo, intrusivo (no deseado) y absurdo. A diferencia de los errores de pensamiento, los pensamientos intrusivos no aparecen como consecuencia de interpretar una situación, acuden a la mente de repente, son involuntarios y generan niveles muy elevados de ansiedad. Ramón es consciente de que el pensamiento no tiene sentido y que nunca le haría algo así a su nieta. Sin embargo, no puede evitar sentir ansiedad y no puede resistirse a realizar la compulsión, repetirse mentalmente esa frase para intentar reducir sus niveles de ansiedad. Plantearle a Ramón ¿lo peor que te puede pasar es abusar de tu nieta? ¿cómo de malo sería? no tendría sentido.

Los pensamientos con estas características no tienen que ser discutidos y reevaluados, sino la interpretación de lo que puede significar tener ese pensamiento. Podríamos preguntar ¿Cómo me hace sentir este pensamiento? ¿Qué significa para mí tener este pensamiento? Esto es lo realmente importante. Mientras para algunas personas tener este pensamiento podría llegar a ser hasta cómico y sin gran esfuerzo podrían “quitárselo de la cabeza” dado que no tiene nada que ver con lo que son o lo que podrían llegar a hacer, sin embargo para Ramón el pensamiento dice algo horrible de él y cree que si lo tiene, es porque podría ser capaz de hacer algo así. Podemos entonces entender que es la interpretación de lo que esos pensamientos significan lo que produce el malestar y es hacia estas interpretaciones donde debemos dirigir nuestras estrategias de flexibilización cognitiva.

Seguimos profundizando en los elementos de la respuesta emocional y, en esta ocasión, llevamos nuestro foco de interés a la conducta. Empezamos analizando las conductas que realizamos con el objetivo de que la emoción que nos provoca el malestar no aparezca o, por lo menos, no lo haga con tanta intensidad. Después abordaremos las conductas impulsadas por la emoción (CIE).

Módulo 5 Cambio de las conductas emocionales: evitación emocional y conductas impulsadas por las emociones (1-2 sesiones)	
Objetivo	1. Introducir el concepto de evitación emocional. 2. Describir varios tipos de estrategias de evitación emocional y relacionar su contribución con el círculo negativo de la respuesta emocional. 3. Ayudar al paciente a identificar sus propias estrategias de evitación emocional. 4. Demostrar los efectos paradójicos de la evitación emocional. 5. Discutir más detalladamente el concepto de CIE y justificar cuándo y por qué deben contrarrestarse. 6. Identificar las CIE desadaptativas y desarrollar tendencias de acción alternativas.
Contenidos importantes	✓ Información sobre la evitación emocional y los subtipos: <i>conductas sutiles de evitación</i> (p.ej., evitar el contacto ocular, no beber bebidas estimulantes, procrastinar; <i>evitación cognitiva</i> (p.ej., distraerse, reaseguración, forzarse a pensar en positivo, preocuparse constantemente, rumiar o suprimir el pensamiento); <i>señales de seguridad</i> (p.ej., llevar el teléfono móvil, botes de pastillas, aferrarse a amuletos); <i>conductas de evitación comportamentales</i> (p.ej., no hacer colas, no coger medios de transporte, no permanecer en lugares con mucha gente). ✓ Información sobre cómo las conductas de evitación refuerzan negativamente los síntomas dado que, a corto plazo se experimenta un alivio al “protegerse” de las emociones desagradables intensas pero, a medio y largo plazo, vuelven a aparecer los síntomas y la interferencia es cada vez mayor. ✓ Se ejemplifica a través del ejercicio del oso blanco la idea de que los intentos por suprimir los pensamientos negativos, y también las emociones que nos generan malestar, son en general ineficaces. ✓ Información sobre las CIE. Se trabaja la identificación de CIEs y se describen acciones opuestas a las mismas cuando son desadaptativas.
Ejercicios	1. Rellenar la tabla de conductas de evitación. 2. Ejercicio del oso blanco (Wegner, Scheneider, Carter y White, 1987) y después el mismo ejercicio pero con una experiencia emocionalmente intensa. 3. Rellenar la tabla de CIEs y acciones alternativas.
Nota	✓ Se recomienda al terapeuta evaluar todos los subtipos de estrategias de evitación. ✓ Mientras las conductas de evitación se llevan a cabo para que no aparezca la emoción negativa, las CIE aparecen impulsadas por la emoción negativa. Se analiza cuándo son adaptativas y cuando no. ✓ Lo principal es que los pacientes empiecen a relacionar que la puesta en marcha de las estrategias de evitación y CIEs son las que mantienen su problema emocional. Se anima al paciente a pensar en otras estrategias de acción que sean más eficaces para reducir el malestar y la interferencia.

Hasta ahora, hemos puesto nuestra atención en los elementos de la respuesta emocional: pensamientos y CIE, llega el turno de las sensaciones físicas.

Módulo 6	Tolerancia de las Sensaciones físicas (1 sesión)
Objetivo	1. Ayudar al paciente a identificar sus sensaciones físicas internas asociadas a sus emociones. 2. Ayudar al paciente a obtener una mayor comprensión sobre el papel que juegan las sensaciones físicas internas en determinar sus respuestas emocionales. 3. Llevar a cabo ejercicios diseñados para provocar sensaciones físicas incómodas.
Contenidos importantes	✓ Informar sobre cómo se pueden asociar determinados estímulos (bebidas, lugares, personas, objetos, medios de transporte, etc.) a los síntomas físicos (taquicardia, sudor, mareo, enrojecimiento, visión borrosa, náuseas, mareo, despersonalización, sequedad de boca, pinchazos, temblores, rigidez, adormecimiento, etc.). ✓ Explicar cómo influyen las sensaciones físicas en la experiencia emocional, es decir, la relación entre síntomas físicos, pensamientos y CIE. ✓ Introducir el término de tolerancia a las sensaciones físicas como elemento a entrenar a través de estos ejercicios.
Ejercicios	1. Realizar ejercicios que provoquen los síntomas físicos temidos (p.ej., hiperventilación, respirar a través de una pajita de caña fina, dar vueltas sobre uno mismo, correr en el mismo sitio sin desplazarse, bajar y subir escaleras, andar rápido, abrigarse en exceso, mirarse fijamente al espejo). 2. Diseñar nuevos ejercicios para los síntomas específicos de los pacientes para que los practiquen como tarea para casa.
Nota	✓ El terapeuta debe recordar que las personas con depresión también pueden asociar síntomas físicos como pesadez, falta de aire, mareo o la opresión en el pecho a determinados momentos del día (al levantarse o al anochecer), objetos (fotos, ropa), situaciones (comidas familiares, el trabajo, hospitales, cementerios) provocando una mayor intensidad de la tristeza y desesperanza. ✓ Importante: para los pacientes con trastorno de pánico, esta sesión equivaldría a la “exposición emocional” que veremos en el siguiente módulo dado que a lo que deben enfrentarse (lo que más temen) son las sensaciones físicas desagradables e intensas.

Y llegamos a la recta final del tratamiento. Será en este último módulo donde los pacientes se enfrentarán a los pensamientos, recuerdos, imágenes, lugares, objetos y situaciones que temen y que están asociados a las respuestas emocionales intensas.

Módulo 7	Exposición emocional (4-6 sesiones)
Objetivo	1. Ayudar al paciente a entender el propósito de la exposición a las emociones. 2. Trabajar con el paciente para desarrollar una jerarquía de evitación emocional y situacional. 3. Diseñar ejercicios eficaces de exposición a la emoción y animar a los pacientes a hacer frente a sus fuertes emociones a través de estos ejercicios.
Contenidos importantes	✓ Se utilizará la información obtenida durante todo el tratamiento y especialmente en el módulo 5 para diseñar la jerarquía de evitación emocional y situacional. Las exposiciones pueden ser situacionales (p.ej., medios de transporte en una agorafobia), o también pueden ser imaginadas (p.ej., imágenes del hecho traumático o los pensamientos intrusivos) o a las sensaciones físicas (p. ej., taquicardia o mareo). ✓ Se siguen los principios habituales de la TCC para la elaboración de la jerarquía de evitación. Se usarán las unidades subjetivas de emoción (USE) para poder ordenar los ítems de la jerarquía de mayor emoción (ansiedad, tristeza, rabia, culpa) y grado de evitación a menor. ✓ Las exposiciones emocionales servirán para practicar todas las estrategias de regulación emocional entrenadas: la conciencia plena en el presente sin juzgar, tomar perspectiva con objetividad, observar cómo interactúan los distintos elementos de la respuesta emocional, identificar los pensamientos negativos y reevaluar, ser consciente de las sensaciones físicas sin reducirlas o eliminarlas, identificar la CIE y valorar si es adaptativa o, por el contrario, se debería cambiar la conducta. Todo ello manteniendo los objetivos personales en mente. ✓ Antes de cada exposición se recomienda prepararla (registros) y ajustar las expectativas con el paciente (p.ej., para una persona con depresión el objetivo de salir el fin de semana con sus amigas debe ser “tolerar el sentimiento de tristeza/culpa y estar allí con ellas”, no es “pasarla bien”).
Ejercicios	1. Diseñar con los pacientes las jerarquías de evitación emocional. 2. Programar las exposiciones emocionales y mostrar cómo se rellenan los registros de exposición emocional.
Nota	✓ Los pacientes se expondrán a los ítems de la jerarquía situados en el nivel 4 o 5, dado que las exposiciones emocionales requieren que se produzcan emociones intensas. ✓ Los ítems que se incluyen en la jerarquía de evitación están determinados por la emoción, no por los lugares o situaciones.- A pesar de que sabemos que el mecanismo que funciona en la exposición emocional es el de la habituación, durante las exposiciones emocionales se recomienda a los terapeutas hacer hincapié en el concepto de tolerancia al malestar que se demuestra permaneciendo en contacto con la emoción intensa sin protegerse ni luchar contra ella. ✓ Se deben revisar los registros entre sesiones para asegurarse que el paciente realiza las exposiciones emocionales correctamente, que no se protege durante las mismas o utiliza conductas de evitación durante la práctica (hacerlo rápido, distraerse, beber alcohol, etc.).

En el manual del paciente, tras este módulo se incluye un capítulo sobre las razones para consumir fármacos, la descripción de los más comúnmente utilizados y cómo el tratamiento farmacológico puede suspenderse (en colaboración con el psiquiatra). La información se centra en la medicación para ansiedad, depresión y otros TE asociados. Es un capítulo interesante y de fácil lectura que puede ser discutido en sesión con el terapeuta.

Módulo 8	Progreso en el tratamiento y prevención de recaídas (1 sesión)
Objetivo	1. Revisar las habilidades entrenadas a lo largo del tratamiento para hacer frente a las emociones. 2. Revisar el progreso del tratamiento. 3. Identificar y proponer soluciones a los desencadenantes más frecuentes/probables. 4. Promover la generalización de habilidades y establecer objetivos para el progreso continuo.
Contenidos importantes	✓ A través de las respuestas a la pregunta ¿en qué aspectos consideras que te ha ayudado el tratamiento? se analizan las estrategias de regulación emocional entrenadas, los conocimientos adquiridos y los logros alcanzados por el paciente. ✓ Se introduce y discuten los términos recaída y desliz y se anima al paciente a identificar las situaciones que pudieran ser motivo de malestar en el futuro.
Ejercicios	1. Rellenar la tabla de estrategias de regulación emocional que debo seguir practicando. 2. Rellenar la tabla de posibles dificultades y cómo resolverlas. 3. Establecimiento de nuevas metas personales.
Nota	✓ Importante: relacionar los logros alcanzados por el paciente con su esfuerzo y deseo de mejorar. ✓ Es conveniente realizar seguimientos del estado del paciente.

2.2.5. ¿Qué aporta el Protocolo Unificado respecto a los tratamientos específicos basados en la evidencia?

Desde mi experiencia clínica y de investigación en la aplicación de tratamientos psicológicos específicos desde el enfoque de TCC para los distintos TE y, después de haber aplicado el PU en formato individual y grupal en numerosas ocasiones desde el año 2013, me gustaría describir algunos matices que creo serían diferenciales entre ambos tipos de intervenciones. Utilizando el PU:

- a) Todo se explica desde la emoción, es decir, toda la información y estrategias de regulación se van construyendo a través de los componentes de la experiencia emocional.
- b) Además del formato visual para tratar los automatismos, el PU habla de flexibilidad cognitiva que va más allá de la reestructuración cognitiva tradicional.
- c) Las personas con trastornos del estado de ánimo también se exponen a las sensaciones físicas que hayan podido asociar a los momentos de alta intensidad emocional (exposición interoceptiva).
- d) La exposición a las emociones intensas incluye las emociones “positivas”.
- e) En la elaboración de la jerarquía de evitación emocional, lo que guía la jerarquía es la intensidad emocional no las situaciones, pensamientos, imágenes, objetos o lugares.
- f) En las sesiones de exposición emocional, aunque sea gradual, no se hace hincapié en la habituación (paso del tiempo) como proceso necesario para reducir la intensidad emocional, sino a la tolerancia al malestar que se demuestra permaneciendo en contacto con la emoción intensa sin intentar evitarla, controlarla o eliminarla.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T. y Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57, 459-466.
- American Psychiatric Association (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª ed.). DSM-IV. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). DSM-5. Washington, DC: Author.
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Manual del terapeuta y manual del paciente* (Jorge Osma y Elena Crespo, trad., 2015). Madrid: Alianza Editorial.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R. y Ellard, K. K. (2013). The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. *Clinical Psychological Science*, 2, 344-365.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology* 107, 179-192.
- Brown, D. H., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Bullis, J.R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39, 295-321.
- Calugi, S., El Ghoch, M. y Dalle Grave, R. (2017). Intensive enhanced cognitive behavioural therapy for severe and enduring anorexia nervosa: A longitudinal outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 41-48.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., ... y Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409-416.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. y Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavioral therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and Clinical Reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 8-10.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn C. G, Cooper Z., Bohn K., O'Connor M. E., Doll H. A. y Palmer R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705-15.
- Fairburn C. G, Cooper Z., Doll, H. A., O'Connor M. E., Palmer R. L. y Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behavior therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, R2-R8.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl J.R., ...Barlow, D. H.(2012). The unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 3, 666-678.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M. y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 147-175.
- García-Palacios, A. y Navarro-Haro, M. V. (2016). *Terapia Dialéctica Comportamental*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Grillon, C. (2008). Models and mechanisms of anxiety: Evidence from startle studies. *Psychopharmacology*, 199(3), 421-437.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation. An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Markowitz, J. C. y Weissman, M. M. (2012). Interpersonal Psychotherapy: Past, present and future. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 99-105.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: NY: Oxford University 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.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... y Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167 (7), 748-751.
- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Nakajima, S., ...Usuki, M. (2016). Transdiagnostic and transcultural: Pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behavior Therapy*, 47, 416-430.

- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Bantam Books.
- Lotfi, M., Bakhtiyari, M., Asgharnezhad-Farid, A. A. y Amini, M. (2014). Comparison of the effect of transdiagnostic therapy and cognitive-behavior therapy on patients with emotional disorders: A randomized clinical trial. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16, 15-18.
- Maslow, A. (1962). *Toward a Psychology of Being*. John Wiley and Sons.
- McEvoy, P. M., Nathan, P. y Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 20-33.
- McManus, F., Shafran, R. y Cooper, Z. (2010). What does a "transdiagnostic" approach have to offer the treatment of anxiety disorders?. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 491-505.
- Mennin, D. S. y Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329-352.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2ª ed.). Nueva York: Guildford Press [ed. cast.: La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Paidós, 2012].
- Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test manual*. Cambridge: Harvard University Press.
- Murray, L. K., Dorsey, S., Haroz, E., Lee, C., Alsiahy, M. M., Haydary, A., ... y Bolton, P. (2013). A common elements treatment approach for adult mental health problems in low and middle-income countries. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 111-123.
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. y Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110.
- Norton, P. J., y Philipp, L. M. (2008). Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: A quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 214-226.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García-Palacios, A. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in a Spanish mental health setting. *Psicología Conductual*, 23, 447-466.
- Reinholt, N. y Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 171-184.
- Robles, M. E., Oberst, U. E., Sánchez-Planell, L. y Chamarro, A. (2006). Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorder Examination. *Medicina Clínica*, 127, 734-735.
- Rogers, C. (1951). *Client-Centered Therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C.A., Farchione, T.J., Boettcher, H.T., Bullis, J.R. y Barlow, D.H. (2017). Current Definitions of "Transdiagnostic" in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128-138.
- Shedler, J. (2010). *The efficacy of psychodynamic psychotherapy*. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Shin, L. M. y Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1):169-91.
- Signorini, R., Sheffield, J., Rhodes, N., Fleming, C. y Ward, W. (in press). The effectiveness of Enhanced Cognitive Behavioural Therapy (CBT-E): A naturalistic study within an out-patient eating disorders service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Fear, J. L. y Pickering, A. (1998). Outcome of anorexia nervosa: a case control study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 939-946.
- Vázquez, C., Sánchez, A. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En V. E. Caballo, I.C. Salazar y J. A. Carrobbles (Drs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 93-117). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Wade, S., Byrne, S. & Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 863-872.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. y White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

Ficha 1.

Evaluación breve de los síntomas ansiosos y depresivos y el grado de interferencia

Los síntomas depresivos y ansiosos, que habitualmente se presentan de manera comórbida en distintos cuadros clínicos, son consideradas habitualmente las variables primarias de evaluación cuando se aplican tratamientos transdiagnósticos. Esto quiere decir que, se tomarán como indicadores de la mejoría de los pacientes que reciben un tratamiento, por ejemplo, el protocolo unificado. En la actualidad contamos con una gran variedad de instrumentos que pueden ser utilizados para la evaluación de estos síntomas, no obstante, algunos de ellos no son fácilmente administrables en entornos públicos de salud o requieren un considerable tiempo para su corrección. El manual del “Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales” en su traducción al castellano (Barlow et al., 2015, pág. 205-208) propone el uso de dos instrumentos para este fin, y además, propone su administración a lo largo del tratamiento, es decir, como una evaluación continua. Veamos las características de estos dos instrumentos y el registro del progreso en el que se añaden las puntuaciones obtenidas semana a semana.

Overall Anxiety Severity And Impairment Scale [Escala General de Gravedad e Interferencia de la ansiedad] (OASIS; Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein, 2006).

El OASIS, como su nombre indica, mide la gravedad e interferencia en la vida de la emoción de ansiedad a través de únicamente 5 ítems. Para responder a los 5 ítems se ofrecen 5 opciones de respuesta, de menor gravedad e interferencia (0 puntos) a mayor gravedad e interferencia (4 puntos). Se suma la puntuación total (0 a 20 puntos) y se comentan las respuestas seleccionadas cuando la puntuación es elevada. El OASIS ha mostrado una consistencia interna elevada, una excelente fiabilidad test-retest y una validez convergente y discriminante excelente, tanto en muestras clínicas como no clínicas (Norman et al., 2006). Todavía no contamos con la validación al castellano de esta medida pero puede ser utilizada, como decíamos, como evaluación continua a lo largo del tratamiento y como criterio de mejoría. En la página 205 y 206 del manual del paciente del protocolo unificado (Barlow et al., 2015), el lector podrá acceder no solo al instrumento sino también a la descripción de las alternativas de respuesta. Estas descripciones ayudan al paciente a entender cuál de las opciones encajaría más con lo experimentado en la última semana. A continuación añadimos el instrumento sin esas descripciones para poder ser utilizado.

Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) (Norman, Cissell, Means-Christensen y Stein, 2006)

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad y miedo. Para cada ítem, seleccione el número que mejor describe su experiencia **durante la última semana**.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido ansioso?

0	1	2	3	4
No me sentí ansioso	Ansiedad infrecuente	Ansiedad ocasional	Ansiedad frecuente	Ansiedad constante

2. Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿en qué medida tu ansiedad fue intensa o severa?

0	1	2	3	4
Poco o nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?

0	1	2	3	4
Ninguna	Infrecuente	Ocasional	Frecuente	Todo el tiempo

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que tenías que hacer respecto al trabajo, el colegio o tu hogar?

0	1	2	3	4
Poco o nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?

0	1	2	3	4
Poco o nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema

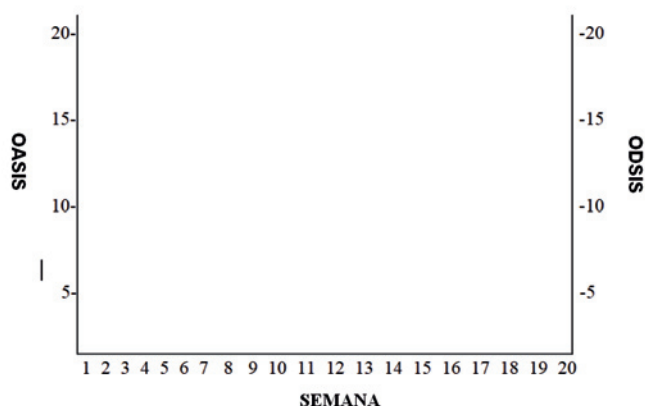
TOTAL: _____

Overall Depression Severity And Impairment Scale [Escala General de Gravedad e Interferencia de la depresión] (ODSIS; Bentley, Gallagher, Carl y Barlow, 2014).

El ODSIS, por su parte, mide la gravedad e interferencia en la vida de la depresión a través de 5 ítems. Para responder a los 5 ítems se ofrecen 5 opciones de respuesta, de menor gravedad e interferencia (0 puntos) a mayor gravedad e interferencia (4 puntos). Se suma la puntuación total (0 a 20 puntos) y se comentan las respuestas seleccionadas cuando la puntuación es elevada. El ODSIS ha obtenido un alpha de Cronbach de .94 en una muestra clínica, de .92 en una muestra de estudiantes y de .91 en una muestra comunitaria, en todas ellas alcanzando una excelente consistencia interna (Bentley et al., 2014). Al igual que con el OASIS todavía no contamos con la validación al castellano de esta medida pero puede ser utilizada también como evaluación continua a lo largo del tratamiento y como criterio de mejoría. En la página 207 y 208 del manual del paciente del protocolo unificado (Barlow et al., 2015), el lector podrá acceder no solo al instrumento sino también a la descripción de las alternativas de respuesta. Estas descripciones ayudan al paciente a entender cuál de las opciones encajaría más con lo experimentado en la última semana. En la página siguiente añadimos el instrumento sin esas descripciones para poder ser utilizado.

Tanto para una como para otra emoción, el protocolo unificado establece que es necesario sumar las puntuaciones obtenidas y situarlas en la gráfica para observar, de manera más objetiva el estado emocional del paciente de su última semana. A continuación mostramos el registro de progreso (Barlow et al., 2015, pág. 208).

FIGURA 1
REGISTRO DE PROGRESO



Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS)

(Bentley, Gallagher, Carl y Barlow, 2014)

Los siguientes ítems preguntan sobre depresión. Para cada ítem, seleccione el número que mejor describe su experiencia **durante la última semana**.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido?

0	1	2	3	4
No me sentí ansioso	Ansiedad infrecuente	Ansiedad ocasional	Ansiedad frecuente	Ansiedad constante

2. Durante la última semana, cuando te sentiste deprimido, ¿en qué medida tu ansiedad fue intensa o severa?

0	1	2	3	4
Poco o nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para realizar o interesarte en actividades que normalmente disfrutas debido a tu depresión?

0	1	2	3	4
Ninguna	Infrecuente	Ocasional	Frecuente	Todo el tiempo

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu capacidad para hacer las cosas que tenías que hacer respecto al trabajo, el colegio o tu hogar?

0	1	2	3	4
Poco o nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu vida social y en tus relaciones?

0	1	2	3	4
Poco o nada	Leve	Moderada	Severa	Extrema

TOTAL: _____

BIBLIOGRAFÍA

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta y manual del paciente* [The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook and Therapist guide]. Madrid: Alianza Editorial. (Orig., 2011).
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R. y Barlow, H. D. (2014). Development and Validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment*, 26, 815-830.
- Norman, S. B., Cissell, S., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23, 245-249.

Ficha 2.

Registros para el trabajo con los pacientes con trastornos emocionales

Los tratamientos de base cognitivo-conductual entienden como fundamental el papel activo en la terapia del paciente, tanto dentro como fuera de la sesión. Es por ello que, con frecuencia, se solicita al paciente que realice tareas y ejercicios en sesión y también tareas para casa entre sesiones. A pesar de que en función de las características del paciente podemos abreviar, simplificar o utilizar otros formatos de registro (grabaciones en su propio móvil, envíos de correos electrónicos al terapeuta o dispositivos tecnológicos que registran medidas fisiológicas como las horas de sueño o distancias recorridas, etc.), a continuación facilitaremos los registros que se utilizan en el tratamiento del Protocolo Unificado (Barlow et al., 2015).

Con anterioridad al inicio del tratamiento se aconseja explicar al paciente este concepto de papel activo del paciente/ cliente en la terapia. Además, repasaremos con el paciente los beneficios que se obtienen por el hecho de registrar de forma regular sus experiencias emocionales y por qué es algo crucial para el éxito del tratamiento. Estos beneficios, probablemente, tendrán que recordarse a lo largo de todo el tratamiento.

Registrar te ayudará a...

- ✓ Identificar desencadenantes específicos de los episodios de ansiedad, depresión u otras experiencias emocionales que te causen malestar. De este modo, disminuirá la sensación de que tus emociones están fuera de control. En ocasiones resulta difícil identificarlos porque pueden ser muy sutiles y puede que estés respondiendo sin ni siquiera ser consciente a qué estás respondiendo. Los registros te ayudarán a identificar los desencadenantes de tu ansiedad/tristeza/culpa/vergüenza/rabia.
- ✓ Identificar cómo son tus episodios de intenso malestar y a analizarlos objetivamente, incluyendo la observación y análisis de pensamientos, sensaciones físicas y conductas.
- ✓ Evaluar el éxito de tus intentos de cambio. Recuerda, cuando te sientes ansioso, depresivo o con malestar, es fácil no fijarse en los logros y sí en lo mal que te sientes. Los registros objetivos te ayudarán a apreciarlos y así, cuando sientas que has dado un paso atrás, los registros te ayudarán a ver los cambios que ya has conseguido con el fin de que una simple situación no te haga sentir como si no hubieras conseguido nada. Por tanto, es buena idea guardar todos los registros juntos en una carpeta para poder revisarlos en el futuro para tenerlos siempre a mano.
- ✓ Convertirte en un observador objetivo, dando un paso atrás y tomando perspectiva para observar sin juicio y analizar las respuestas provocadas por la emoción. Ese es un paso muy importante en tu progreso.

A continuación, añadiremos los registros que se utilizan en los diferentes módulos y sesiones del Protocolo Unificado (Barlow et al., 2015).

1. Hoja para el establecimiento de objetivos del tratamiento

Mi objetivo #1 de tratamiento es:

Haciéndolo más concreto:

Ahora vamos a tomarnos un momento para hacer este objetivo más concreto ¿cómo sería alcanzar este objetivo? ¿Qué cosas harías o no harías? ¿Qué conductas estarías haciendo o no haciendo? Intenta ser lo más concreto posible:

Establecer los pasos necesarios:

Ahora, piensa en pasos pequeños manejables y alcanzables que te lleven hacia el objetivo específico que has descrito arriba. Estos pasos deberían poder alcanzarse entre unos cuantos días hasta un mes. ¿Qué pasos serían? Puede ser de ayuda pensarlo hacia atrás imaginando los pasos necesarios desde el objetivo final para poder alcanzarlo.

Utiliza las conductas que has descrito arriba para sacar los pasos necesarios para alcanzar tu objetivo de tratamiento.

Paso 5: _____

Paso 4: _____

Paso 3: _____

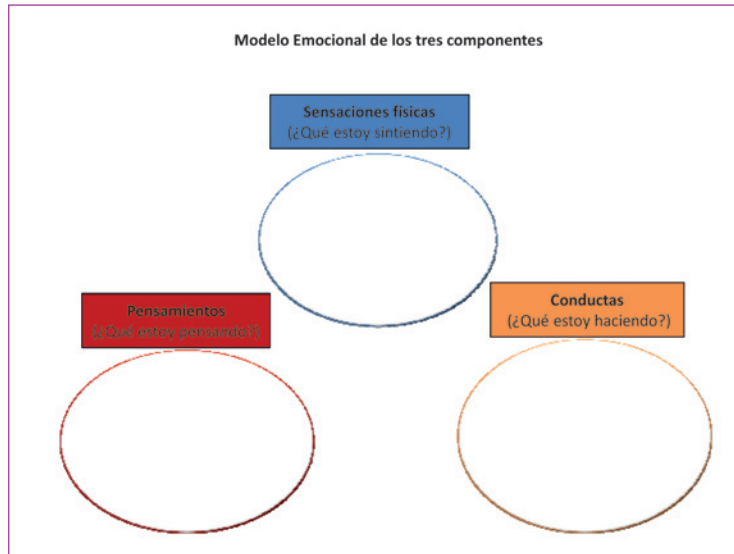
Paso 2: _____

Paso 1: _____

2. Registro de balance decisional

	PROS/BENEFICIOS	CONTRAS/COSTE
CAMBIO	•	•
NO CAMBIO	•	•

3. Modelo Emocional de los Tres Componentes



4. Análisis contextual de emociones y conductas impulsadas por emociones- El ARC de las emociones

	A (Antecedentes)	R (Respuestas)			C (Consecuencias)
Fecha/hora	Situación (interna vs externa)	Pensamientos	Sentimientos/ Sensaciones físicas	Conductas	¿Qué ocurrió después? Diferencias a corto y largo plazo

5. Registro de Conciencia Emocional centrada en el Presente sin juzgar

Reserva un tiempo, para hacer al menos un (o quizá dos) registros al día para practicar la conciencia centrada en el presente sin juzgar. El objetivo de este ejercicio es acostumbrarse a prestar atención a lo que ocurre, dentro y fuera de ti en el momento presente, observando tus pensamientos, sensaciones y conductas. Practicar el reconocimiento de pensamientos y sentimientos tal y como son, dejando marchar la necesidad del juicio crítico, el cambio o evitación de la experiencia interna. Con el aumento de la práctica, estas técnicas comenzarán a automatizarse y, eventualmente, podrán convertirse en habilidades utilizadas en cualquier momento a lo largo del día y en cualquier situación.

		¿Qué has notado?			¿Cómo de eficaz fuiste en no juzgar tu experiencia?
		Práctica	Pensamientos	Sensaciones	Conductas
Lunes	1.				
	2.				
Martes	1.				
	2.				
Miércoles	1.				
	2.				
Jueves	1.				
	2.				
Viernes	1.				
	2.				
Sábado	1.				
	2.				
Domingo	1.				
	2.				

6. Registro de Inducción del Estado de Ánimo

El propósito de este ejercicio es darse cuenta de los pensamientos, sensaciones y conductas que aparecen durante una experiencia emocional. Intenta encontrar canciones que despierten emociones intensas en ti. Cuando las estés escuchando, percibe las reacciones a la música o canciones que has seleccionado. Utiliza este registro para apuntar qué has notado después de escuchar cada pieza. ¿Cuál fue tu primera respuesta emocional? ¿Con qué fuerza sentiste esa primera emoción?, ¿Cuál fue tu reacción a esa respuesta emocional inicial?, ¿Qué pensamientos, sensaciones o sentimientos experimentaste? Puntúa la intensidad de tu experiencia emocional utilizando la escala de 0 a 10 puntos que te mostramos a continuación:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No mucho		Un poco		Moderadamente			Bastante		Mucho	

	Respuesta emocional inicial	Intensidad de la respuesta emocional	Reacción a la respuesta emocional		
Nombre de la canción	Describe la emoción que has sentido	Puntúa cómo de fuerte sentiste esa emoción	Describe los pensamientos	Describe sensaciones	Describe las conductas

7. Registro de Anclaje en el Presente

Por lo menos una vez al día, practica el permanecer centrado en el presente a través de al menos una cosa que esté a tu alrededor. Puede ser un sonido que oigas, algo que veas o algo que puedas sentir físicamente (como tu silla, el teclado del ordenador o la esponja). Puedes utilizar tu respiración para ayudarte a permanecer centrado en el presente. El objetivo de este ejercicio no es pensar qué significa lo que notas, ni intentar comprender tus reacciones. El propósito de este ejercicio es simplemente practicar el prestar atención a lo que está ocurriendo a tu alrededor en este mismo momento. También anota cualquier pensamiento, sensación o conducta que percibas.

	¿Qué notas?	¿Cómo de eficaz has sido en centrarte en el presente? 0 -----10 (nada) (mucho)
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

8. Registro de identificación y evaluación de pensamientos automáticos

Fecha/hora	Situación/ Desencadenantes	Pensamientos Automáticos	Emociones	Identificación de "Errores de Pensamiento"	Pensamientos alternativos

9. Registro de la Técnica de las Flechas Descendentes

Evaluación automática: _____



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

Evaluación encubierta:



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

Evaluación encubierta:



Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí? ¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?

Evaluación encubierta:



10. Registro de las estrategias de Evitación Emocional

El objetivo de este registro es comenzar a identificar alguna de las maneras de evitar emociones desagradables que utilizas. Este listado te ayudará posteriormente en otras fases del tratamiento en las que nos exponremos a las emociones, ya que así podrás eliminar estas estrategias contraproducentes y asegurarte de que las exposiciones son lo más efectivas posible.

- ✓ En la columna de “conductas sutiles de evitación”, anota aquellas conductas que realices para sentirte mejor en las situaciones en las que estás experimentando emociones intensas (esto incluye la toma de medicación, hacer ejercicios de respiración lenta, etc).
- ✓ En la columna de “estrategias de evitación cognitiva”, registra aquellas técnicas que realizas para sentirte mejor en aquellas situaciones ansiógenas de las que te es imposible escapar de manera explícita (algunas de estas técnicas incluyen la distracción viendo la tv o escuchando música, el “desconectar” de una conversación o forzándonos a nosotros mismos/as a pensar en otra cosa en una determinada situación).
- ✓ En la columna de “conductas de seguridad”, anota cualquier cosa que lleves contigo o que hagas antes de una determinada situación, para sentirte más cómodo y seguro (llevar una botella de agua, llevar la medicación en el bolso, llevar un contacto de la agenda de teléfonos seleccionado en el móvil, etc).

No te preocupes si te surgen dudas acerca de en qué columna registrar una determinada estrategia, no pasa nada. Lo más importante es que comiences a registrar las diferentes estrategias de evitación emocional que realizas en la actualidad.

Conductas sutiles de evitación	Evitación Cognitiva	Conductas de Seguridad

11. Registro de cambio de las CIEs

Situación/Desencadenante	Emoción	CIE	Nuevas Respuestas (Incompatibles)	Consecuencias

12. Registro de inducción de síntomas

DÍA 1: _____

Ensayo	Intensidad	Ansiedad	Similitud
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

DÍA 2: _____

Ensayo	Intensidad	Ansiedad	Similitud
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

DÍA 3: _____

Ensayo	Intensidad	Ansiedad	Similitud
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

DÍA 4: _____

Ensayo	Intensidad	Ansiedad	Similitud
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

DÍA 5: _____

Ensayo	Intensidad	Ansiedad	Similitud
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

DÍA 6: _____

Ensayo	Intensidad	Ansiedad	Similitud
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

13. Jerarquía de evitación emocional y situacional

Describe las situaciones que estas evitando con el fin de prevenir que aparezcan las emociones desagradables, empezando por la situación más angustiante. Valora el grado en el que evitas cada una de las situaciones que describes, y el grado de malestar que te genera. Para cada situación, escribe el número correspondiente en el espacio adecuado.

No Evitación		Se duda en hacer frente, pero se evita poco		A veces se evita		Por lo general se evita		Siempre se evita	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	
Nada de angustia		Angustia Leve		Angustia Moderada		Angustia Fuerte		Angustia Extrema	

	Descripción	Evitación	Angustia
1 PEOR			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

14. Registro de práctica de exposición emocional

✓ Tarea de exposición:

✓ Antes de la tarea:

Estrés Anticipatorio (0-8): _____

Pensamientos, Sentimientos y Comportamientos que has notado antes de la tarea:

Reevalúa tus evaluaciones automáticas acerca de la tarea:

✓ Después de completar la tarea:

Pensamientos, Sentimientos y Comportamientos que has notado durante la tarea:

Numero de minutos haciendo la tarea:

Máxima angustia durante la tarea (0-8):

Angustia al finalizar la tarea (0-8):

¿Ha habido algún intento de evitar tus emociones (distracción, señales de seguridad, etc.)?

¿Qué conclusión sacas de este ejercicio de exposición? ¿Ocurrieron los resultados que temías? Si es así, ¿cómo fuiste capaz de hacerle frente?

15. Plan de trabajo

Plan de Trabajo	
Cosas para practicar	Planes Específicos
Conciencia Emocional Centrada en el Presente	- - - -
Aumento de la flexibilidad cognitiva	- - - -
Reducción de la evitación y cambio de las CIEs	- - - -
Exposición emocional	- - - -

16. Registro de evaluación del progreso en la terapia

Evalúa tu propio progreso desde que iniciaste el tratamiento

Ansiedad y Depresión Significativa reducción en el nivel de ansiedad, miedo, y sentimientos de depresión.	SI	NO
Conciencia Emocional Centrada en el Presente Mejora significativa en tu capacidad para observar sin juzgar tanto a tus emociones como a las reacciones ante éstas.	SI	NO
Pensamientos automáticos negativos Reducción significativa en saltar a las conclusiones o a interpretar de forma desproporcionada.	SI	NO
Sintomatología y Actividad Física Reducción significativa de la angustia experimentada a partir de sensaciones físicas.	SI	NO
Evitación Reducción significativa de la evitación emocional.	SI	NO
Conductas Impulsadas por Emociones (CIEs) Reducción significativa de las CIEs desadaptativas.	SI	NO

BIBLIOGRAFÍA

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B. y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales: Manual del terapeuta y manual del paciente* [The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook and Therapist guide]. Madrid: Alianza Editorial. (Orig., 2011).