

POSTGRADO PSICOLOGÍA CLÍNICA, ORIENTACIÓN PSICOLOGÍA
COGNITIVA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MEMORIA FINAL PARA EL TÍTULO DE POSTGRADO

APORTES TEÓRICO PRÁCTICOS DE LAS TERAPIAS COGNITIVAS Y DE
TERCERA GENERACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON
DIFICULTADES PARA CONECTAR CON SUS EMOCIONES

DOCENTE:

MAG. PSIC. FRANCISCO RODRÍGUEZ

ESTUDIANTE:

LIC. PSIC. VALERIA STEFANIE MACHADO LEITES

6 DE FEBRERO, 2020

MONTEVIDEO, URUGUAY

INDICE

	N° pág
Fundamentación	2
Emociones	3
Función de las emociones	5
Cuadros clínicos	6
Terapias de Primera, Segunda y Tercera Generación	9
Emociones en la Terapia Racional Emotiva – TRE	10
Emociones en la Terapia Cognitiva	13
Emociones en la Terapia de Esquemas de Young	14
Emociones en la Terapia Dialéctico Conductual - DBT	16
Emociones en la Terapia de Aceptación y Compromiso - ACT	19
Emociones en la Terapia basada en Mindfulness	22
Emociones en la Terapia focalizada en la emoción - TFE	24
Emociones en la Terapia de los Esquemas emocionales - EST	26
Emociones en la Terapia de Activación Emocional - TAE	29
Reflexiones finales	32
Referencias bibliográficas	36

FUNDAMENTACIÓN

La temática de esta memoria final tiene su inicio en el desafío en el que me vi implicada durante la práctica profesional supervisada de postgrado con una consultante.

El motivo por el cual la paciente consulta se debía a la necesidad de orientación respecto a la mejora del vínculo y relacionamiento interpersonal con su hija adolescente. Asimismo planteaba otras dificultades, dado que su hija no aceptaba a su actual pareja y la convivencia se estaba volviendo “insostenible”.

En el transcurso del proceso terapéutico, se presentaron evidentes dificultades, a la hora de profundizar acerca de los pensamientos, emociones, y sentimientos que la misma experimentaba. Con dicha finalidad se le enviaban tareas para realizar fuera del espacio de terapia, solicitando la descripción de ciertas situaciones en las que hubiera experimentado emociones dolorosas, y pidiendo que detallara que sintió, que pensó y que hizo en ese momento.

Las respuestas que brindaba eran muy acotadas y concretas; como por ejemplo:

Situación	Emoción	Pensamiento	Acción
“Pasiva, mirando televisión”	“Tristeza”	“Mi hija”	“Pasiva”

A partir de brindarle otras instrucciones sobre cómo completar en mayor profundidad el cuadro, se llegó a la hipótesis de que no lograba contactar con sus emociones y que presentaba un pensamiento principalmente en imágenes. En función de esto, se comenzó a trabajar con técnicas específicas para enseñarle a identificar sus emociones, conocer su función y utilidad así como promover la concientización y aceptación de las mismas.

La mayoría de las investigaciones realizadas se focalizan en el estudio e intervención en personas que presentan desregulación emocional, sin embargo resulta más acotada la información acerca de las terapias y técnicas, apropiados a la hora de colaborar con nuestros pacientes para identificar, contactar y comprender sus emociones así como, relacionar las mismas a sus sentimientos, pensamientos y comportamientos.

En el presente trabajo, se pretende realizar una revisión de las conceptualizaciones entorno a ésta temática, de los posibles cuadros clínicos en que puedan presentarse estas dificultades, así como de los abordajes disponibles en la actualidad para el tratamiento clínico.

Entre las terapias que se plantearán, se encuentra la Terapia Cognitiva de Beck (TC) y la Terapia Racional Emotiva (TRE) que como plantean Manrique y Aguado (2006) en su artículo, hacen hincapié en el papel de las cogniciones en el desarrollo y mantenimiento de la depresión y la ansiedad.

Asimismo, dado que en los últimos tiempos ha aumentado el interés e investigación en los procesos emocionales, es que se realiza un recorrido por las terapias conductuales de tercera generación tales como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la Terapia Centrada en los Esquemas de Young, la Terapia Basada en Mindfulness, así como otras que se detallarán a continuación que basan algunas de sus intervenciones en estas últimas.

Las terapias conductuales de tercera generación se caracterizan por una perspectiva más experiencial y centrada en estrategias de cambio indirecto de la conducta. Promueven un cambio en el contenido cognitivo (creencias, ideas, expectativas, atribuciones) y a su vez brindan contención a los consultantes al momento de contactar con la emoción dolorosa, incorporándola naturalmente, comprendiendo que las mismas nos hablan de nuestras necesidades e intereses y aprendiendo a aceptarlas sin autorreproches o culpa (Manrique y Aguado, 2006)

EMOCIONES

Según Palmero, Fernández-Abascal, Martínez y Chóliz (2002) las emociones han sido conceptualizadas desde diversas perspectivas entre las cuales podemos distinguir a los modelos biologicistas, los conductuales, las teorías cognitivas y las socioconstructivistas.

La teoría de LeDoux (1994) se destaca entre los planteos más actuales y define a las emociones como “estados de conciencia afectivamente cargados y subjetivamente experimentados” (Palmero, et. al., 2002, p. 319). La estructura encargada de evaluar el significado y regular la expresión emocional es la amígdala para este autor, mientras

que el hipocampo se encarga de mediar los procesos cognitivos de la emoción. Por esta razón, la emoción, es concebida como un fenómeno postcognitivo en que la valoración es un requisito para que la misma se genere. Ante un estímulo emocional, el cerebro evalúa su significado y responde en función de este.

Para Ekman (1994) cada emoción se manifiesta en tres niveles: a través de las expresiones faciales, de lo cognitivo-subjetivo y de lo fisiológico. Las emociones son universales, su duración es limitada y todas ellas menos la sorpresa pueden ser inhibidas o simuladas (LeDoux, 1999).

Según Scherer (1997) lo “subjetivo” es lo novedoso de las teorías cognitivas y lo que explica porque ante un mismo estímulo se pueden generar respuestas emocionales distintas u opuestas (LeDoux, 1999).

Mayer (2001) en su investigación plantea cuán importante es conectar los procesos emocionales con los cognitivos ya que han sido estudiados de forma aislada, pues entendió que la unión de ambos implica una mayor adaptación al entorno (Ramos y Hernández, 2008).

Para Mayer (2002) la inteligencia emocional es la habilidad de prestar atención, percibir o reconocer las expresiones emocionales tanto verbales como gestuales, y comprender nuestras emociones y sentimientos además de la capacidad de regularlos y modificarlos (Ramos y Hernández, 2008).

Las emociones son una forma adaptativa de procesar la información y de prepararnos para actuar, establecer metas relacionadas a nuestras necesidades y preocupaciones personales (Greenberg, 2010).

Según Greenberg y Watson (2008) se distinguen tres tipos de emociones en un espacio terapéutico, las primarias, las secundarias y las instrumentales.

Las primarias son reacciones iniciales a una determinada situación como por ejemplo sentir tristeza por una pérdida. Entre estas se encuentran:

- las *adaptativas* que brindan información acerca de lo que necesitamos, y nos motivan a resolver problemas y actuar,
- las *positivas*, nos hacen focalizar la atención y volvernos más conscientes de las situaciones ejemplo el orgullo, el interés, el amor;

- las *mal adaptativas* son las aprendidas a través de experiencias traumáticas que resultaron adecuadas en dicha situación, sin embargo hoy en día ya no permiten resolver los conflictos, un ejemplo de éstas es el miedo al abandono, a la intimidad con otros, miedo a la muerte, sentir vergüenza y considerarse sin valor.
- Por último las emociones primarias *negativas* refieren a centrarse en un solo estímulo de las situaciones que de algún modo repercuten en el estado de ánimo (Ruhrig, 2012)

Las emociones secundarias son “respuestas hacia los pensamientos o sentimientos más que hacia la situación” (Greenberg, 2010, p.5) como sentirnos culpables por tener ira.

Las emociones instrumentales como plantean Greenberg y Watson (2008) son patrones de acción aprendidos, que tienen relación con nuestra forma de ser y tienen la finalidad de influenciar y/o manipular a otras personas (Ruhrig, 2012)

FUNCIONES DE LAS EMOCIONES

Las emociones según Chóliz (2005) cumplen tres funciones indispensables para garantizar la supervivencia. La función de adaptación que nos posibilita responder adecuadamente a las situaciones, la función social que implica la capacidad de inhibir o comunicar nuestras emociones, metas, y aspiraciones así como comprender los estados de los demás y predecir su comportamiento. La función motivacional refiere a la intensidad con la cual se da la aparición de determinados comportamientos.

Casassus (2007) en su libro plantea que en el siglo XVIII el desarrollo del ser humano se debía al uso de la razón, facultad que nos llevaría al progreso, a la paz y a la felicidad adquiriendo esta idea mayor consolidación con el pensamiento de René Descartes. Este ser racional se consideraba “libre” por su capacidad para tomar decisiones, sin embargo, debía seguir las reglas del costo/beneficio personal aunque esto fuera en contradicción con sus deseos.

Las investigaciones realizadas a mediados del siglo XX, dan cuenta de lo insuficiente que resultaba el modelo racionalista para explicar el comportamiento humano. A fin de cuentas las decisiones personales tienen más relación con intereses y valores, entre las que se distinguen la generosidad y la orientación desinteresada hacia otros, que comienza a notarse la interdependencia entre las personas así como el papel fundamental de las emociones en nuestras vidas (Casassus, 2007).

CUADROS CLÍNICOS

Entre los cuadros psicopatológicos en los que se distinguen un mayor déficit en el procesamiento emocional se encuentran: los trastornos de ansiedad, los depresivos, el trastorno límite de la personalidad (TLP) y en su extremo disfuncional la Alexitimia.

Hervás (2011) en su artículo científico propone un modelo basado en el procesamiento emocional que permite comprender cómo su disfuncionalidad genera dificultades para la regular emociones que puede, eventualmente, convertirse en trastornos clínicos.

Este modelo considera que el procesamiento emocional adecuado a la experiencia consta de 6 fases. Según este autor, la primera fase es la *apertura emocional* o la capacidad de ser conscientes de lo que sentimos, la segunda la *atención emocional*, o tendencia a utilizar recursos para obtener información emocional. La *aceptación emocional* constituye la tercera etapa refiere a la presencia de atribuciones positivas en cuanto a las emociones experimentadas, siendo su extremo deficitario el rechazo emocional.

La cuarta fase, es el *etiquetado emocional* o capacidad para nombrar y distinguir lo que sentimos, siendo su polo deficitario la confusión emocional. El *análisis emocional* como quinta fase, que hace alusión a la comprensión del significado de las mismas así como a la reflexión de sus consecuencias, siendo el extremo disfuncional la evitación. La última etapa, la *regulación emocional* consiste en la habilidad de modular las propias respuestas emocionales a través de diversas estrategias cognitivas, conductuales y emocionales.

Hervás (2011) pudo constatar que los déficits asociados a estas etapas se pueden apreciar en diversos trastornos psicopatológicos. Según este autor, las alteraciones en la regulación emocional pueden presentarse de tres formas en el ámbito clínico:

1. La ausencia de activación de estrategias para regular la emoción a pesar de estar experimentando estados de disforia. En pacientes con depresión sucede esto, ya que en estos casos la persona no suele utilizar estrategias para abandonar ese estado o compensarlo.
2. El empleo de estrategias ineficaces para regular tal emoción, que puede ser causado por no lograr procesar adecuadamente dicha experiencia. En una investigación realizada por Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema en 1993 se identificó que la estrategia más eficaz a corto plazo es la distracción en lugar de la rumiación y la reflexión es la más efectiva a mediano plazo debido a que

involucra el análisis de las experiencias activadoras y las reacciones consecuentes. Hervás y Vázquez (2006) plantean que varias investigaciones han confirmado que habilidades como la claridad o aceptación emocional promueven el éxito de las estrategias de regulación empleadas.

3. La utilización de estrategias contraproducentes como la evitación, el rechazo o la supresión emocional que causan aumento de intensidad emocional. A su vez, en personas con trastorno de ansiedad los intentos de control que pueden ser subjetivamente útiles, pero resultan ser factores de mantenimiento de la problemática.

Investigaciones como las de Peeters, Nicolson, Delespaul y deVries (2003) han llegado a concluir que personas con depresión o vulnerabilidad a este trastorno, presentan un déficit en la regulación de sus emociones así como una mínima tendencia a realizar actividades positivas. Hervás (2011) plantea la hipótesis de que pacientes con depresión tienen dificultades para regular sus emociones debido a que no tienen habilidades como la claridad y la aceptación emocional, aumentando de esta forma reacciones como la rumiación.

Respecto al trastorno de pánico, en estudios realizados por Baker, Holloway, Thomas, Thomas y Owens en (2004) observaron que estas personas tienden a evitar, suprimir y no expresar la experiencia emocional negativa. Según el modelo propuesto por Hervás, la dificultad en estos casos, se encuentra en la apertura y aceptación emocional, así como también en el etiquetado de emociones.

Borkovec, Alcaine y Behar (2004) plantean que pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) utilizan la preocupación como estrategia para evitar emociones, imágenes y sensaciones inconvenientes asociadas a éstas. A su vez, han observado que presentan mayores niveles de alexitimia que los grupos de control. Respecto al modelo de Hervás (2011) estas personas presentan déficit en la fase de etiquetado y en la aceptación emocional, así como una intensidad elevada y una disminuida comprensión de su propia experiencia emocional.

Rachman (1980) sostiene que pacientes con trastorno por estrés posttraumático (TEPT), poseen dificultades para procesar un evento traumático, que pueden observarse en signos como los flashbacks o pesadillas. Respecto a la apertura emocional estas personas poseen mayores niveles de alexitimia que quienes han vivenciado un trauma similar pero sin TEPT.

Según Tull, Barrett, McMillan y Roemer (2007) el nivel de atención emocional es independiente de la sintomatología postraumática, sin embargo si se observa una disminuida claridad y aceptación emocional.

El Trastorno límite de la Personalidad por su parte, es el que representa de mejor forma el déficit en la regulación emocional aspecto que Linehan (1993) nombra como “vulnerabilidad emocional” y la define como la tendencia a responder con una intensa sensibilidad, una elevada reactividad a estímulos del ambiente, y una recuperación retardada.

En algunos estudios se han observado elevados niveles de alexitimia (Guttman y Laporte, 2002) lo cual sugiere una reducida apertura emocional, así como en la atención y claridad emocional también se han observado déficit (Levine, Marziali y Hood, 1997).

La aceptación emocional por su parte, también resulta afectada. El modelo de Chapman, Gratz y Brown (2006) plantea que estos pacientes evitan la experiencia a través de conductas autolesivas y parasuicidas que si bien suele reducir la emocionalidad negativa, terminan consolidándose por un proceso de refuerzo negativo (Gratz, 2003)

En personas con trastornos de alimentación también se puede observar dificultad para regular las emociones. Según los resultados de un estudio realizado por Hayaki, Friedman y Brownell, a una muestra de 147 jóvenes universitarias en 2002, se encontró que la relación entre expresión emocional e insatisfacción corporal era inversamente proporcional, es decir cuanto menos expresaban sus emociones más insatisfechas se encontraban con su cuerpo y viceversa.

Bruch (1985) plantea que pacientes con anorexia no solo distorsionan la diferencia entre hambre y saciedad sino que no logran distinguir sus sensaciones físicas de sus emociones, lo que impide que logren describir estas últimas. También menciona que pacientes bulímicos tampoco suelen relacionar sus crisis a un estímulo emocional (Cruzat y Cortez, 2008).

En un estudio realizado por Forbush y Watson (2006) se investigó la inhibición emocional así como los rasgos de personalidad en mujeres con Trastorno de alimentación como anorexia nerviosa y bulimia. Los resultados indicaron que las participantes con TA inhibieron sus expresiones emocionales tanto positivas como negativas, y presentaron mayor nivel de hostilidad y neuroticismo. Además tenían menor autoconciencia de sus pensamientos y sentimientos pero si presentaban una acentuada conciencia de los pensamientos y las expectativas de otros.

Penas (2002) plantean que el ejercicio excesivo que realizan las personas con anorexia nerviosa funciona como el mecanismo de atracón y purga característico de la bulimia siendo utilizados ambos para regular la emocionalidad y brindar un cierto sentido de control de la misma (Cruzat y Cortez, 2008).

TERAPIAS DE PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA GENERACIÓN

Pérez (2014) sostiene que la primera generación refiere a terapias que surgieron a raíz de dos razones: en primer lugar por dudas sobre la eficacia de la terapia psicoanalítica y por la aplicación clínica de principios de la psicología del aprendizaje como el condicionamiento clásico (Pavlov) y el operante (Skinner).

La “terapia de la conducta” se focaliza en la conducta y se contrapone a la “psicoterapia” ya que esta última se centra en la psique. Se concentra, en la evaluación de la eficacia y en el enfoque ambientalista que hace hincapié en el condicionamiento de las respuestas a estímulos del exterior como parte de la historia del aprendizaje, al contrario, del enfoque intrapsíquico.

En la línea del condicionamiento clásico se dieron lugar a técnicas conocidas como la Desensibilización Sistemática y la Exposición Prolongada con prevención de respuesta; y en la línea del condicionamiento operante el análisis funcional clásico, cuya limitación es que apenas incluía la conducta verbal (Pérez, 2014).

La terapia Racional Emotiva (TRE) y la Terapia cognitiva de Aaron Beck que serán expuestas a continuación, tienen sus orígenes alrededor de la década de 1960 y dieron lugar a lo que se identifica como Terapias de segunda generación. Es aquí donde la terapia de la conducta se convierte en “cognitiva” denominándose Terapia Cognitiva Conductual (TCC). La diferencia radica en la introducción de una serie de procesos y estructuras cognitivas entre el estímulo y la respuesta.

Las terapias de tercera generación son distintas, sostiene Pérez (2014) porque comprenden los problemas psicológicos como “enredamientos autorreflexivos” utilizando nociones como la evitación experiencial o conductual. Su énfasis está en la filosofía, en la búsqueda de principios terapéuticos más que en la creación de técnicas.

Estas terapias recuperan la perspectiva contextual que la TCC (segunda generación) habría perdido de la Terapia de la conducta clásica (primera generación). Pérez (2014) sostiene que la TCC implicó “una recaída en el modelo médico, interiorista, intrapsíquico, al situar dentro del individuo la clave y mecanismos del problema y el lugar al que dirigir la intervención” (p. 49).

El modelo contextual explica el trastorno en términos interactivos, funcionales y contextuales, es decir en la historia evolutiva de la persona y sus circunstancias. Así, la depresión sería una situación que atravesamos, no algo que tenemos dentro. Asimismo, plantea que el problema es producto de las relaciones de la persona con otros y consigo misma; razón por la cual no supone la preexistencia de un déficit, defecto en algún mecanismo psicológico que explique dicho problema.

El modelo contextual evalúa su eficacia a través del alcance de logros personales basados en valores, no por la reducción de síntomas exclusivamente.

LAS EMOCIONES Y LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA – TRE

La terapia del “ABC” o “Racional Emotiva” fue creada por Albert Ellis en el año 1955, teniendo como principal influencia los filósofos estoicos como Epicteto que sostenían que las personas se alteran por su visión de las cosas y no por ellas en sí mismas, perspectiva que continúa vigente en la psicoterapia cognitivo conductual actualmente.

El “ABC” es una estructura simple que Ellis diseña para conceptualizar los problemas psicológicos de sus clientes. “A” refiere a: acontecimiento desencadenante, “B”: simboliza las cogniciones de la persona acerca del evento activador, y “C”: representa las respuestas emocionales y de comportamiento o las consecuencias que derivan de las creencias del “B”.

Según Ellis y Dryden (1989) aunque A pareciera ser causa directa de C, esto no sucede así generalmente ya que B es el mediador casi siempre entre A y C. Es decir, todos analizamos los eventos o hechos desde nuestro punto de vista (creencias, pensamientos, ideas) así como de las consecuencias a nivel emocional. Las cogniciones (B) serán diversas, sin embargo, la TRE se centrará en las creencias racionales (RB) responsables de comportamientos de auto ayuda y las creencias irracionales (IB)

responsables de conductas de autodestrucción que impiden u obstaculizan la mayoría de las veces la persecución de metas personales.

Entre estas creencias irracionales Ellis distingue las 11 principales: 1) la idea de ser amado y aprobado por la mayoría de las personas, 2) la idea de para ser considerado uno valioso debe ser competentes en todas las áreas, 3) la idea de que cierta gente es malvada y ha de ser culpabilizada y castigada, 4) la idea de que es catastrófico que las cosas no sean como a uno le gustaría, 5) la idea de que la las penas y perturbaciones provienen de causas externas y que la gente tiene poca capacidad de controlar sus desgracias 6) la idea de que si algo es peligroso o puede llegar a serlo, se debe pensar constantemente en que ocurra, 7) la idea de que es más facil evitar que afrontar responsabilidades, 8) la idea de que se necesita de alguien más fuerte y que se debe de depender de los demás, 9) la idea de que el pasado determina la conducta actual y que si algo lo afectó antes , seguirá siendo así, 10) la idea de que debemos sentirnos preocupados y perturbados por los problemas de otras personas y 11) la idea de que existe una forma de resolver los problemas perfecta y que sino se encuentra se genera una catástrofe.

Respecto a C, temática de este artículo, Ellis y Dryden (1989) plantean que cuando se genera una alteración emocional, la causante más directa es B, sin embargo en casos de catástrofes naturales, guerras, enfermedades entre otras se entiende que C surgen de A, y son acompañadas por B. Por tanto A, B y C están intrínsecamente relacionados, ninguna existe sin la otra. Si una persona se dice a si mismo (B) "Quiero tener un buen trabajo" crea un evento (A) asistiendo a una entrevista laboral y a su vez crea consecuencias emocionales y conductuales (C) "estaré decepcionado si me rechazan" Es por esto que sino concibiera ese trabajo como "bueno", no lo habría intentado conseguir, ni tendría temor al rechazo.

Según estos autores, la esencia de las alteraciones psicológicas se da por la presencia de creencias absolutistas "debo" y "no debo". Las personas psicológicamente "sanas" se basan en la filosofía del relativismo, éstos tienen deseos, anhelos, pero no los convierten en dogmas e imposiciones. Las personas experimentan emociones negativas apropiadas sino cumplen sus deseos, pero dichas emociones son racionales porque tienen un fin motivacional y constructivo, ya que impulsa a alcanzar metas u objetivos y promueven la adaptación en caso contrario.

La TRE, plantea que así como tenemos creencias racionales e irracionales, también poseemos emociones negativas apropiadas e inapropiadas. De este modo plantean Ellis y Dryden (1989) que los deseos pueden transformarse en exigencias, es decir una frase como “quiero que me ames” puede convertirse en “deberías amarme”.

Ellis y Dryden (1989) afirman que las creencias racionales están asociadas a emociones negativas apropiadas, y entre estas últimas ellos distinguen:

- *inquietud – ansiedad. La primera emoción está relacionada a “sería malo que sucediera...” mientras que la segunda “sería horrible que ocurriera... no debería ocurrir”*
- *tristeza – depresión. La primera se asocia a la creencia “he tenido mala suerte, no hay razón que fundamente que esto no podría haber pasado” y la depresión refiere a creer “no debería haber sufrido esto” y generalmente se autoculpabilizan y tiende a responsabilizarse*
- *dolor – culpabilidad. El dolor se produce cuando las personas reconocen haber cometido errores, y aun así se acepta a sí mismo. La culpabilidad sin embargo, se produce cuando se juzga a uno mismo por los fallos que tuvo.*
- *disgusto – ira. El primero se siente cuando otro individuo no respeta nuestras reglas y desea que no hubiera ocurrido, mientras que la ira refiere a que el otro es condenable y malvado si lo hace.*
- *desilusión – vergüenza. Se siente desilusión con nuestro accionar, pero no con nosotros mismos, mientras que se siente vergüenza cuando se tiende a predecir que los demás nos juzgarán negativamente, y se muestran de acuerdo a dichos prejuicios.*

Ellis y Lega (1993) plantean que los pensamientos o ideas irracionales son causantes de las perturbaciones emocionales, ya que la persona se evalúa a sí misma, a los demás y al mundo de una manera poco funcional. Estos autores proponen por tanto, enseñar a los consultantes a pensar de forma científica.

Distinguen 3 tipos de inferencias de las cuales derivan estos “debo de” o creencias irracionales: El “*tremendismo*” que es la tendencia a visualizar lo negativo por sobre otras cosas, el “*no puedo soportandis*” que implica la exageración de lo insoportable de un hecho o situación y la “*condenación*” que refiere a la evaluación del sí mismo y de los demás como propio de sus comportamientos o acciones.

Para la utilización del método científico se requiere realizar hipótesis plausibles para luego comprobar la validez o no de las mismas, y de hecho mantenerlas o refutarlas. La hipótesis se puede aceptar provisionalmente, se adhiere a los datos actuales y a la realidad, por lo que está abierta al cambio y a la revisión periódica.

La TRE, utiliza ciertas reglas del método científico, cuando se detectan en el paciente ideas irracionales. Estas reglas consisten en plantearle al paciente ciertas preguntas, por ejemplo: ¿es este pensamiento realista y verdadero? ¿es lógico?, ¿es flexible o poco rígido?, ¿prueba esta forma de pensar que actuaré de forma correcta, seré feliz, y tendré buenos resultados?. El error más habitual según Ellis y Lega (1993) es la sobregeneralización, el componente absolutista, “si algo es malo, toda mi vida será mala”.

LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA COGNITIVA

Aaron Beck crea la terapia cognitiva en el año 1960, y la describe como un proceso activo, directivo, estructurado y limitado en el tiempo que permite atender a distintas patologías como la depresión, ansiedad, fobias, y otras. Entre las características que debe poseer un terapeuta cognitivo, se encuentra la aceptación, la empatía y la autenticidad. El tratamiento consta del establecimiento de una relación de mutua colaboración para alcanzar determinados objetivos.

Según Beck (2010) el terapeuta debe prestar especial atención a los cambios de intensidad emocional de los pacientes, además de empatizar con sus experiencias dolorosas para así identificar sus cogniciones inadecuadas y sus comportamientos contraproducentes

Beck por tanto, propone asignarle un papel importante a las emociones en el tratamiento. Este autor advierte al terapeuta de la trampa semántica de interpretar frases del consultante como: “siento que” como una emoción, e incentivarlo sutilmente a cambiar por “creo que”.

A partir de esto, Beck (2000) plantea en primera instancia, enseñar a los pacientes a distinguir sus emociones y sentimientos, de sus pensamientos o cogniciones. La tarea del terapeuta es conceptualizar y reformular los problemas del consultante con el fin de comprender su experiencia, asimismo investigar cuales son las creencias subyacentes

que dan lugar a dichos pensamientos automáticos y cómo estos influyen a nivel emocional y comportamental.

Según Beck (2000), es necesario que los pacientes aprendan a catalogar sus emociones. Para lograr esto, se guía al paciente a evocar un situación específica en la que sintió esa emoción y a partir de ahí se puede verificar si el contenido de los pensamientos automáticos es acorde a la reacción emocional enunciada. En caso de no coincidir, el terapeuta envía tareas basadas en técnicas de diferenciación emocional.

Una vez que se identifican las emociones, se vuelve necesario poder otorgarles un grado a la emoción, de forma de lograr controlar las creencias disfuncionales que asocian a la misma. Algunas veces resulta útil otorgar una escala y realizar una lista de situaciones específicas que relacione a dicha emoción para poder compararlas. Esto permite diferenciar pensamientos de emociones y evaluar las creencias disfuncionales que inciden en su estado de ánimo (Beck, 2000)

LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA COGNITIVA DE ESQUEMAS

Según Rodríguez (2009) esta psicoterapia creada por Jeffrey Young, integra abordajes cognitivos conductuales, gestálticos y psicoanalíticos, y se especifica en el tratamiento de personas con trastornos de personalidad. Ofrece un marco en el cual integrar y comprender los patrones persistentes y auto derrotistas de pensamiento, comportamiento, sentimiento y a nivel relacional.

Young plantea que los *esquemas disfuncionales tempranos* son una conjunción de las necesidades emocionales centrales no satisfechas en la niñez, las experiencias tempranas y el temperamento innato del niño. Reflejan creencias incondicionales sobre uno mismo, y son temas muy estables y duraderos que se desarrollan a lo largo de toda la vida y se activan a través de las experiencias relevantes o coherentes con el esquema.

Este autor desarrolla este modelo de trabajo para pacientes que no acceden fácilmente a sus pensamientos, imágenes, o emociones y presentan cierta dificultad para identificar sus problemas. Young observó que pacientes con trastornos de personalidad tenían inconvenientes para mantener una relación de mutua colaboración con el terapeuta, y

por lo tanto para adquirir estrategias de autocontrol y permanecer motivados a realizar las tareas que se les enviaba.

Young describe 18 esquemas tempranos disfuncionales que se agrupan en 5 dimensiones, de las que cada una refleja una necesidad de los niños asociada al funcionamiento adaptativo. Respecto a la dificultad para conectar y expresar emociones, en el modelo de Young se distingue la dimensión: *focalización en los otros*, a través de la cual los pacientes dejan a un lado sus necesidades, sentimientos y respuestas en función del bienestar de otros con el fin de obtener su aprecio o aprobación.

En esta dimensión se encuentran 2 esquemas que explican esta problemática de desconexión e inexpressión emocional:

1. Subyugación: que implica la supresión de emociones, de todo tipo, en particular la ausencia de manifestación de la ira o alguna otra inclinación natural. Este esquema refiere a la subordinación extrema a los demás, por sentirse controlados o para evitar el rechazo, el enojo o el abandono. Generalmente, la percepción es que sus necesidades o sentimientos no son válidos o importantes. Existen 2 tipos de subyugación, la de las necesidades (que se relaciona a suprimir o ceder las preferencias, decisiones y deseos) y la subyugación emocional (que refiere a suprimir la expresión particularmente de la ira)
2. Autosacrificio: se asocia a la voluntad excesiva de satisfacer las necesidades de los demás a expensas de la propia gratificación. La razón más común es prevenir el daño a los demás, evitar la culpa por sentirse egoístas, o mantener una relación con alguien considerado importante. En ocasiones, este accionar genera resentimiento hacia a aquellos que se atiende por descuidar sus propias necesidades.

Los esquemas según Young tiene 2 formas operativas: la primera es la perpetuación que refiere a todo lo que la persona realice, ya sea interna (pensamientos, emociones, imágenes, creencias) o conductualmente para mantener o reforzar el funcionamiento del esquema. El esquema disfuncional de autosacrificio por ejemplo, lleva a la persona a pensar que su rol es hacer cosas por los demás y sentirse satisfecho con el aprecio que le devuelven ya que no afronta situaciones en las que se comporta de forma distinta y refuerza su idea.

La segunda es la curación, que supone la disminución de la intensidad de los recuerdos, la carga emocional, las sensaciones corporales, las cogniciones desadaptativas así como un cambio a nivel conductual en el que aprenden a buscar estilos alternativos de afrontamiento y a reemplazarlos por unos más adaptativos.

Según Young y Klosko (2003) el esquema de subyugación como trampa vital requiere de menos tiempo para cambiarse a diferencia de otros esquemas, sin embargo, el hecho de estar en contacto con nuestras emociones no implica solucionar los problemas.

El proceso terapéutico posee dos fases. La primera es la evaluación y educación, o conceptualización, en la cual el paciente se vuelve capaz de identificar y activar sus ETD, aprendiendo acerca de sus patrones de funcionamiento asociados a sus problemas actuales, a través de la lectura del libro de autoayuda "Reinventar tu vida".

A partir de allí, son examinadas las respuestas de los pacientes en los inventarios de esquemas, y luego, por medio de técnicas experienciales (de imaginación y silla vacía) se discuten los patrones de comportamiento que han generado estos esquemas. Por último, se buscan los modos de los esquemas disfuncionales, estilos de afrontamiento, comportamientos desadaptativos que estén interfiriendo en la vida del paciente (Rodríguez, 2009).

Según Rodríguez (2009), la conceptualización de los esquemas que presenta el paciente, es una guía para el alcance de las metas terapéuticas y la puesta en marcha de los procedimientos adecuados.

LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL - DBT

Marsha Linehan (2003) desarrolla la Terapia Dialéctica Conductual (DBT) en la década del 80. Es un tratamiento cognitivo conductual diseñado para pacientes con Trastorno Límite de la personalidad (TLP). Esta terapia combina psicoterapia individual y formación en habilidades psicosociales y tiene sus bases en la teoría biosocial del TLP y en la dialéctica.

La teoría biosocial plantea que la desregulación emocional se produce por la vulnerabilidad emocional (disfunción biológica), la presencia de un ambiente invalidante (nocivo) y el uso de estrategias de modulación inadecuadas. Estos pacientes se

caracterizan por tener gran sensibilidad a estímulos emocionales, una intensa reacción, así como un lento retorno a la calma. Se obligan a no sentir lo que sienten, a raíz de un medio invalidante que les exige ser agradables si están enojados, sonreír si están tristes, sentirse perdonados si se sienten culpables (Linehan, 2003).

Las personas por sus características de pensamiento, comportamiento y emociones dicotómicas, se encuentran ante “fracasos dialécticos”. La dialéctica dirige la atención al contexto inmediato y a las pautas de conducta del individuo. La terapia ayuda al consultante a estar cómodo en un ambiente variable, incorporando estrategias de validación y aceptación que se complementan con intervenciones orientadas al cambio.

La DBT se divide en 2 partes: por un lado la formación en habilidades sociales, que es grupal, y permite la adquisición de las mismas, y la psicoterapia individual que trata los factores motivacionales para continuar viviendo, el cambio a conductas competentes y la construcción de una vida valiosa.

Según Linehan (2003) a estos pacientes les han hecho creer que tienen un problema de actitud, y que si esta última cambiase, también lo harían sus sentimientos; por esta razón se resisten a controlar sus emociones ya que implicaría que los demás tienen razón y que ellos no deberían sentir lo que sienten.

El programa de terapia grupal, incluye 4 módulos para formar en habilidades de conciencia (Mindfulness), de efectividad interpersonal, de regulación emocional y por último de tolerancia al malestar. La ventaja de esta formación, es que se encuentra al servicio de la psicoterapia individual y proporciona las herramientas para que terapeuta y cliente construyan una personalidad más funcional.

Las habilidades de conciencia son las primeras que se enseñan (y son registradas por los clientes en sus fichas diarias) y se revisan al inicio de los demás módulos. Estas son prácticas psicológicas y espirituales provenientes del oriente (extraídas del zen), y son utilizadas para equilibrar la *mente racional* y la *mente emocional*, para conseguir una *mente sabia*.

Las habilidades “qué” desarrollan un estilo de vida en la cual participamos con conciencia. Implican observar hechos, emociones y respuestas conductuales sin abandonar la situación por ser dolorosa ni prolongarlas aunque sean placenteras. También la habilidad de describir hechos y reacciones personales con etiquetas, ayuda

a la persona a no tomar como literal las emociones y pensamientos, por ejemplo “no me siento querida” se confunde como “no me quieren”.

Las habilidades “cómo” incorpora la adopción de una postura no sentenciosa, focalizarse en una cosa a la vez y hacer lo que funcione. También implica atender con conciencia a la actividad que realizamos, en estado de vigilia, sin distraernos con imágenes y preocupaciones por el pasado y futuro.

Las habilidades de efectividad interpersonal incluye la enseñanza de un estilo de comunicación asertiva, que permita sentirse libre de expresar deseos, intereses, emociones, opiniones, pedir lo que necesitamos, decir que no... así como brindar herramientas para la resolución de conflictos. Estas habilidades son importantes dado que los consultantes con TLP, dudan entre la confrontación o la evitación, y dicha elección suele basarse en su estado emocional.

La formación en habilidades de regulación emocional consiste en presentarles a los clientes un modelo explicativo de la naturaleza de las emociones, luego brindarle herramientas para aprender a identificarlas, determinar sus funciones y las dificultades asociadas al cambio. A partir de allí se estimula al cliente a aumentar los eventos emocionales positivos y se trabaja sobre la reducción del sufrimiento emocional a partir de estar conscientes de la emoción y responder de forma opuesta a la misma

La identificación y etiquetación de las mismas; refiere a la habilidad de auto-observarnos, y de describir: el evento que desencadenó la emoción, las interpretaciones que se dieron a partir de la situación, las sensaciones corporales suscitadas, las conductas que expresaron tal emoción; y los efectos secundarios en otras áreas del funcionamiento.

Es importante para Linehan (2003) visualizar los reforzadores de esas actitudes, ya que nuestras emociones tienen la función de controlar e influir en el comportamiento de los demás. En DBT se trabaja a su vez en la generación de acontecimientos emocionales positivos, ya que se entiende que muchas veces estas personas con TLP se sienten mal por eventos que son reales y que están justificados.

Se les enseña a su vez, a aumentar el nivel de conciencia de las emociones que sienten en el momento presente, sin bloquearlas, evaluarlas o inhibirlas. Entre las estrategias que se les imparte a los clientes en DBT se encuentran: realizar una acción opuesta a

la emoción que sienten, es decir una respuesta conductual y expresiva contraria de forma de regularla, expresando otra emoción pero no evitándola ni bloqueándola. También enseñan técnicas de tolerancia al malestar para modular la intensidad y duración emocional para impedir acciones impulsivas.

Las habilidades de tolerancia al malestar consisten en percibir el ambiente, sin buscar cambiarlo, poder observar nuestros pensamientos, estados emocionales y conductas sin controlarlos o detenerlos. Que la DBT proponga aceptar la realidad no implica la aprobación de la misma, sino tener la disposición de “decir si al misterio de la vida en cada momento” (Linehan, 2003, p.216). La tolerancia de las crisis por otra parte, se logra a partir del aprendizaje de estrategias de distracción, de analizar pros y cons, y autogenerarse estímulos positivos.

LAS EMOCIONES Y LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO - ACT

Como sostiene Hayes (2005) la ACT conforma el grupo de las terapias conductuales y cognitivas de tercera generación y se basa en la Teoría del Marco Relacional (RFT). Esta teoría plantea que el comportamiento humano se dirige a través de redes de relaciones, que constituyen el núcleo del lenguaje y la cognición, permitiendo el aprendizaje en ausencia de experiencia directa. La habilidad del lenguaje para comunicarnos resulta una herramienta inigualable, asimismo en el mundo interno, puede llegar a limitar nuestra vida de un modo increíble.

Wilson y Luciano (2002) plantean que ser feliz, incluye malestar. La ACT, se basa en la idea central de que el sufrimiento es parte de la vida y la evitación del mismo es una elección restrictiva que lleva a la autodestrucción. Sin embargo, nuestra cultura nos indica que las emociones y los pensamientos negativos se asocian a comportamientos desadaptados, y a fracaso en la vida, por lo que sentir duda, ansiedad, culpa, rechazo, tristeza, entre otras; nos lleva a pensar en la anormalidad y en psicopatología.

Estos autores, plantean que aprendemos desde pequeños a evitar que ciertos peligros nos afecten. El sistema verbal y las pautas de nuestra comunidad con sus características históricas, sociales, políticas, económicas, son la base para la generación de nuestro autoconocimiento. Este último es el responsable del incremento de habilidades en diversas áreas que permiten evaluar el impacto de nuestro comportamiento, predecir más allá de no haberlo experimentado y aprender del pasado para regular la conductas de otros y la propia.

Asimismo, las personas por ser seres “verbales”, están determinadas a sufrir, ya que pueden proyectarse un futuro desagradable, y esto, generarle consecuencias negativas en el momento presente.

Esta terapia se conoce como ACT – por hacer hincapié en la *acción*, basada en valores de cada persona. Es un modelo de salud, que entiende al sufrimiento como “universal” y plantea que se genera por la intromisión del lenguaje en áreas en las que no es funcional.

La ACT desde sus inicios se destina a personas que presentan trastorno de evitación experiencial y plantea una nueva mirada que orienta a la persona a comprometerse con lo que es importante: sus valores, y no se centra en la reducción o alivio de los síntomas. Los clientes, según Wilson y Luciano (2002) se encuentran “atrapados” en contextos verbales, que implican un patrón de evitación y se encuentran en constante lucha por acabar con el malestar.

Al contrario del funcionamiento socioverbal general, la ACT sostiene que: para sentirse bien, el primer paso es comportarnos según nuestros valores. Apuesta a clarificar los valores, a la aceptación de los eventos privados relacionado a lo que no puede ser cambiado y al fortalecimiento del yo, para conectar con los contenidos y experiencias, para de esta forma poder elegir.

Los componentes elementales de la terapia de aceptación y compromiso son 4: los valores, la exposición, la desactivación y el fortalecimiento. El tratamiento se centra en la vida que el cliente construye y considera valiosa, y se trata de permitirle detectar si sus acciones están en consonancia con lo que desea, quiere o le importa. Cuando la dirección de la brújula sea lo que valora, implicará dolor pero tendrá un significado valioso.

En la exposición de ACT se trata de flexibilizar y ampliar las respuestas a determinados aspectos de sus experiencias como las cogniciones, las emociones y sensaciones corporales. La meta es que el paciente no escape del contenido psicológico que teme, sino que cuente con nuevos repertorios de respuesta.

El distanciamiento o desactivación, se refiere a una serie de técnicas que contribuyen a que las funciones verbales no dominen nuestras respuestas. Por ejemplo, ante un pensamiento, se puede responder como lo que es, “solo un pensamiento” como algo

que tenemos así como las manos. Esta técnica puede asemejarse a una forma de meditación, se le pide al paciente que recite en voz alta ese pensamiento 100 veces, que lo escriba, y que cuente 4 historias de personas que experimentan ese pensamiento con final absurdo, trágico, aburrido y valiente.

El terapeuta debe motivarse con el dolor del paciente, porque está directamente relacionado a los valores del cliente, y por tanto dirigen el tratamiento. El terapeuta acompaña, y cuestiona si sus pasos están asociados a sus valores, pero no tomará decisiones por ellos.

Generalmente los pacientes se sienten reafirmados cuando el terapeuta les dice que sus sentimientos son acertados, y a su vez intrigados, porque la desesperanza se relaciona con rendirse. El terapeuta ayuda a pensar si hubiera alguna forma en que pueda pisotear sus dificultades, y si pudiera utilizar estas mismas cosas que amenazan su existencia para elevarse y alcanzar lo que tanto anhela en la vida. Se basan en la idea de que cuando una corriente de conducta se altera, se produce variabilidad. Por esta razón la solución se encontrará en la experiencia, esta misma guiará sus pasos, por lo que la confusión, la desesperanza y el sentirse hundido es y será bueno

Se trabaja con la estrategia de la esperanza creativa, no con una persona desesperada. En ACT el sentimiento de desesperanza que se busca es funcionalmente diferente al planteado por Beck. Es importante, que el paciente entienda que la desesperanza permite comprender donde se está y porque se mantiene allí. El terapeuta, debe tener en cuenta que esta etapa, no se transita de forma rápida, el paciente debe sentirla con plenitud, y poder elegir en su presencia. Así es que, el terapeuta indaga en que parte del cuerpo experimenta la desesperanza, que recuerdos le trae, cuanto tiempo ha pasado desde que comenzó a sentirse así, entre otros (Wilson y Luciano, 2002).

La desesperanza es creativa, ya que lo sitúa al paciente “cavando en el hoyo” y le plantea la posibilidad de “dejar la pala” y flexibilizar el repertorio ante el dolor. Se intenta que el paciente contacte con lo que ha perdido de las áreas que considera valiosas, en su lucha contra las cogniciones y emociones dolorosas. Se le afirma que surgirá una orientación, una vez que deje de cavar. El tratamiento consta de una exposición al sufrimiento que dé lugar a moverse hacia lo importante y valioso. El terapeuta anima al paciente a adoptar una postura observadora, el proceso de pensar, sentir y reaccionar es observado, y logran des-literizar los contenidos de la conciencia (Wilson y Luciano, 2002).

Hayes (2005) con su libro “Sal de tu mente entra en tu vida” le brinda al terapeuta una guía específica para que el consultante pueda profundizar en su casa, y comprender mejor el marco en el cual se fundamenta la terapia. Propone al paciente realizar al comienzo un “inventario de sufrimiento” con los problemas psicológicos que presenta, que en una columna nombre los pensamientos, sentimientos, recuerdos, sensaciones, y tendencias que le generan preocupación y en la otra columna, que detalle el tiempo que ha transcurrido desde entonces.

Hayes (2005) invita al lector, a ordenar estos problemas que detalló, de mayor a menor, según el dolor que le cause. Luego a tomar un elemento de esta lista, y completar frases como “Si _____ ya no fuera un problema para mí, entonces yo podría _____” “Si no tuviera _____, yo podría _____”. Lo que se pretende es que pueda ampliar la mirada, y que piense en como su vida cambiaría si ya no luchara contra el dolor y se concentrara en lo que le importa realmente.

La supresión de los pensamientos y de emociones, plantea Hayes (2005), resulta al principio útil para disminuir el dolor, pero luego lo vuelve peor, porque aumenta la frecuencia de reaparición. Con la conducta, sucede algo similar, cada vez que se ponen en práctica mecanismos para evitar un sufrimiento, probablemente sientas alivio y esta sensación haga que el deseo de volver a utilizar esta estrategia sea reforzado, sin embargo, cada vez que se actúe así, el contenido doloroso aumentará (pensamiento, emoción y sensación corporal).

LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA BASADA EN MINDFULNESS

Como plantean Germer, Siegel, y Fulton (2017) Mindfulness es una habilidad que todos podemos cultivar, y que nos posibilita a estar menos reactivos a lo que sucede en el presente. Se basan en la idea de que las personas concurren a psicoterapia debido a que se encuentran sufriendo por eventos anteriores o por preocupaciones futuras, que tienden a aumentar el dolor conforme la persona se aleja del aquí y ahora.

Según estos autores, esta presencia que ha de ser cultivada, es benévola. Se entiende que la rumiación constante, puede llevarnos a tener una vida triste y desgraciada. El Mindfulness implica la salida del piloto automático, la cual promueve una cierta forma de prestar atención que genera energía, lucidez y alegría (Germer, Siegel, y Fulton, 2017).

Mindfulness se trata de reorientar nuestra atención hacia la experimentación plena, de forma cordial y receptiva. La percatación Mindfulness implica el no enjuiciamiento, la observación bondadosa, la aceptación y la compasión, debido a que se entiende que si las personas se enfrentan a sus emociones desde una perspectiva ansiosa y de fastidio, la capacidad de abordar dicha experiencia disminuye considerablemente (Germer, Siegel, y Fulton, 2017).

Se puede practicar Mindfulness en diversos grados de intensidad, en la rutina diaria, es posible distanciarse de las presiones y poca atención cotidiana, tomando un largo respiro y centrando la atención en nuestras sensaciones, emociones y pensamientos en el momento presente. Los momentos mindful son: no conceptuales (sin procesos de pensamiento), no verbales (porque la consciencia aparece antes que surjan las palabras en la mente), centrada en el aquí y ahora, no enjuiciadora, participativa (experimentando la mente y el cuerpo de forma íntima y sin de trabas) y liberadora respecto del malestar condicionado (Germer, Siegel, y Fulton, 2017).

Estos autores plantean que Mindfulness se fomenta como forma de verse libres del sufrimiento, a medida que nos adentramos en este camino nos surgen cualidades como la sabiduría y la compasión (“dos alas de un pájaro” según Dalai Lama, 2003). La primera nos permite ser conscientes, y aceptar las cosas tal y cual son, y la segunda facilita la apertura al sufrimiento y al deseo de aliviarlo. Ambas posibilitan despojarnos de los pensamientos repetitivos (Germer, Siegel, y Fulton, 2017).

En psicoterapia se distinguen 3 tipos de Mindfulness, la atención centrada (concentración), la atención abierta y (3) el amor bondadoso y la compasión. El terapeuta puede realizar Mindfulness de manera formal o no, lo cual según estos autores permite activar vías neurales relacionadas a la regulación emocional, a la empatía, al equilibrio emocional y a la flexibilidad de respuesta. Practicar Mindfulness cultiva la presencia terapéutica, la cual definen como la apertura a la experiencia del cliente, y a la propia en dicho momento, y ser capaces de responder al paciente a partir de esto.

Por otro lado, en la psicoterapia informada-por-mindfulness, los terapeutas no enseñan a sus clientes ejercicios, sino que teniendo este marco como referencia teórico, transmiten la consciencia Mindful a través de expresiones faciales, su tono de voz, y sutiles comunicaciones.

Segal, Williams y Teasdale (2002) en su desarrollo de la terapia cognitiva basada en la atención plena para el tratamiento con clientes con depresión, participaron de la Clínica de Reducción del Estrés en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. La

idea inicial de estos clínicos era integrar a la terapia cognitiva el entrenamiento en conciencia plena para reducir los procesos que ocasionan la recaída.

La recaída implica la reaparición de patrones de pensamiento, sentimiento y sensaciones físicas negativos que dan la impresión de ser automáticos. Desde el programa de reducción al estrés, los instructores “invitaban” a sus pacientes a “permanecer” y a estar ahí con sus emociones, y sentimientos difíciles y “respirar” con ellos. Se los motivaba a adoptar una postura distinta, de “bienvenida” atrayendo lo que sentían y pensaban desde una actitud benévola (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Estos autores comprobaron la advertencia que le habían hecho los instructores al principio, acerca de la importancia de que los técnicos/terapeutas practicaran meditación en conciencia plena regularmente. Notaron como solamente quienes profundizaran en su trabajo con el afecto negativo, lograban la estabilidad en su relación con ellos mismos, y por tanto podrían lograr enseñar a partir de su propia experiencia, es decir siendo capaz de encarnar en la clase, la forma de abordar estas situaciones.

De esta manera, pudieron ampliar el alcance del descentramiento del mero pensamiento de la terapia cognitiva, ofreciendo una visión nueva a sus pacientes sobre las diversas formas de afrontar las sensaciones y las emociones negativas.

Los ejercicios de exploración corporal, yoga, o marcha consciente, que tienen como meta focalizar la conciencia en cada parte del cuerpo, constituyen el aprendizaje acerca de cómo estos pensamientos, emociones, y sentimientos se expresan a través del cuerpo. Se desalienta así la evitación de esta experiencia dolorosa, y se fomenta una nueva perspectiva de observarse a sí mismos, anclando a la respiración como base para calmarse en caso de que la propia experiencia se volviera abrumadora

LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN - TFE

Este tratamiento experiencial con aval empírico que ha sido creado por Greenberg en el año 1980 y ha resultado efectivo tanto a nivel individual (depresión y trauma emocional) como en terapia de pareja. La TFE sostiene que las emociones poseen un potencial innato que al ser activado logra cambiar los esquemas emocionales que resultan desadaptativos y problemáticos.

Se ayuda a los consultantes a acercarse a sus emociones, aceptarlas, y ser capaces de tolerar lo que sienten para de esta forma darle un significado, y así no evitarlas. Los terapeutas que se focalizan en la emoción animan a sus pacientes a conectarse con esas emociones que generan malestar a lo largo del proceso terapéutico prestando atención a la experiencia corporal.

Lo interesante de esta terapia es que las cogniciones son integradas a estas emociones activadas y a las sensaciones corporales para la generación de un cambio. Una vez que se logra profundizar, y comprender la información que brinda esta experiencia, se es capaz de darle un sentido, ya que como plantea Pennebaker (1995) el lenguaje nos permite organizar y asimilar nuestros procesos emocionales en asociación con los hechos que lo provocaron.

Según Greenberg (2010) la TFE el cambio se da en una serie de etapas en las cuales se trabaja la emoción. Entre estas se distinguen:

- Ayudar a ser conscientes de lo que sentimos, a ponerle un nombre, lo que nos permite notar nuestras necesidades y nos mueve a satisfacerlas.
- Expresar emociones primarias para superar la evitación de las mismas, dejando al descubierto las cogniciones que van de la mano, y así darle un nuevo significado a través de la reflexión. Según la TFE “lo que hacemos con nuestra experiencia emocional hace que seamos quienes somos” (Greenberg, 2010, p. 12)
- Transformar esta emoción desadaptativa a través de la activación de estados emocionales adaptativos como por ejemplo transformar el miedo o la vergüenza en enfado o compasión, eliminando la antigua respuesta. Estas emociones alternativas a las que el/la paciente puede acceder, son recursos de su personalidad. Por ejemplo, una persona que ha sufrido un trauma, puede experimentar miedo desadaptativo, sin embargo si conjuga su tendencia a huir, con la ira y lo enfrenta se genera una “nueva posición relacional” en la cual la persona se visualiza digna de protección, no de culpa o en peligro, y le otorga responsabilidad a quien la tiene y se ha comportado de mala manera. Los terapeutas focalizados en la emoción utilizan técnicas de respiración y relajación para preparar al consultante para acceder a nueva emoción adaptativa.

Según algunos estudios, las personas resilientes afrontan las situaciones dolorosas recopilando emociones convenientes para disminuir o desaparecer las emociones negativas.

Leahy (2017) plantea que en contraste con la Terapia cognitiva que profundiza en los pensamientos y en las creencias, la TFE entiende que los esquemas emocionales contienen gran información de contenido cognitivo, razón por la cual sostiene que activar las emociones implica abrir paso a reconocer pensamientos, creencias y necesidades.

Según Greenberg 2010, en estudios recientes se ha observado que una vez que la memoria es recuperada, el “rastros subyacente” vuelve a ser frágil e implica un nuevo periodo llamado “reconsolidación” el cual permite desorganizar el esquema de emoción que se adquirido anteriormente.

LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA DE ESQUEMAS EMOCIONALES - EST

Robert Leahy desarrolla la terapia de los esquemas emocionales (EST) en 2015 con la publicación de su libro, producto de diversas investigaciones que realizó sobre las diferencias individuales para regular la emoción. Según este autor, resultaría imposible vivir una vida significativa con apegos y pérdidas, sin experimentar emociones de todo tipo. Este afirma que será nuestra respuesta a dichas emociones lo que determinará la utilidad de estas experiencias o la evitación emocional de las mismas.

Según la EST, así como se tienen sesgos cognitivos sobre nosotros mismos, el mundo y los demás, también existen los sesgos acerca de nuestras emociones y las de otros. Es decir, la EST plantea que los individuos experimentamos ansiedad, enojo o depresión sobre nuestras propias emociones, y que las mismas son el resultado de distorsiones en el pensamiento (por ejemplo: catastrofización, deberías, culpabilización) sobre dichas emociones (Leahy, 2018)

El modelo de EST tiene su base en la socialización de las emociones y en la teoría del apego. Según esta última, en la niñez soleemos expresar emociones con el fin de obtener consuelo y seguridad de nuestros referentes, por lo cual, las respuestas que obtengamos en ese momento, determinarán esa etapa de la vida así como tendrá efectos duraderos en la adultez (Leahy, 2018)

Es así que las personas tienden a predecir ante la experiencia de emociones negativas o positivas un exceso de duración e intensidad. Generalmente, nuestras creencias sobre nuestras emociones, tendrán efectos sobre como pensamos y como actuamos en ciertas situaciones.

Para la EST, las emociones no son valoradas como normales o anormales, sino que se evalúa cómo es la experiencia emocional y cuáles son las estrategias de afrontamiento que se estén utilizando y cuáles resultan problemáticas. La EST propone crear un lugar seguro para las emociones, ya que mostrar nuestro interés por lo que siente el otro, tendrá por sí solo un efecto reconfortante, además de construir una mayor confianza y promover la mutua compasión.

Leahy (2002) distingue 14 dimensiones de los esquemas emocionales y desarrolla un instrumento para el terapeuta llamado Escala de Esquemas Emociones de Leahy (LESS). Estos esquemas pueden solaparse entre sí, y contribuir al mantenimiento de las experiencias emocionales negativas así como limitar el proceso de psicoterapia.

Estas 14 dimensiones son: la validación, la comprensión, la culpa - vergüenza, simplicidad versus complejidad, su relación con valores elevados, controlabilidad, insensibilidad, racionalidad, duración de sentimientos fuertes, consenso con otros, aceptación o inhibición, rumiación versus estilo instrumental, expresión y culpar a otros. Estos esquemas negativos dificultan el procesamiento o regulación emocional y prolongan aún más la perturbación (Leahy, 2002).

Los “esquemas emocionales incluyen los conceptos, interpretaciones, evaluaciones y teorías de la causalidad de las emociones, así como estrategias para hacer frente a la emoción” (Leahy, 2018, p. 87). La EST se plantea su modificación, comenzando por obtener una clara descripción de la experiencia emocional. Se indaga cuándo/ cómo/ con quién sucedió, el grado de intensidad que sintió, y los pensamientos que precedieron o la acompañaron, se le consulta que emoción le preocupa más, y cuáles son las situaciones que suelen despertar esta última.

Respecto a la descripción que da el cliente y las metas que se propone para la terapia también se indaga su concepción de las emociones, si es fija o variable. Esto es importante ya que algunas personas realizan atribuciones que refieren a rasgos de personalidad como “yo soy ansioso”, lo cual implica reducirse a su emoción y no dar cuenta de la amplia gama que podría experimentar y que varía según el contexto, y las cogniciones específicas (Leahy, 2018)

Si el cliente, tiene como meta la eliminación de emociones negativas, en vez de disminuir intensidad, frecuencia y consecuencias, se sentirá frustrado y desanimado.

Las estrategias de regulación emocional desadaptativas pueden definirse como herramientas que utilizamos para obtener un alivio temporal, que aumentan las consecuencias negativas posteriormente. Ejemplos de esto son la rumiación, la preocupación, la evitación, el abuso de sustancias, los atracones y las quejas (Leahy, 2018)

Estas estrategias se fundamentan en teorías que las personas construyen sobre el cambio, por ejemplo que “la rumiación será útil” dado que entiende que le dará respuestas para solucionarlo. En EST se le presentan al cliente, nuevas alternativas para lidiar con la emoción dolorosa. Entre estas propone autoafirmaciones como: “las emociones son temporales”, “estas emociones hablan de mis necesidades y valores”

Entre las estrategias de regulación emocional, se destaca la activación conductual, la obtención de apoyo social, la aceptación de las cogniciones y emociones que tenemos en el momento presente, o el cambio de perspectiva respecto a una situación y la práctica de Mindfulness. La conceptualización del caso, se realiza evaluando costos y beneficios de los comportamientos que nos dan “aparente” seguridad (Leahy, 2018)

Elementos como el contenido de lo que se expresa, la intensidad y la duración de la emoción son muy importantes para evaluar como los demás responden. El terapeuta tiene la tarea de conocer como el cliente valora las creencias acerca de cada uno de estos componentes, para orientar sobre cómo estos elementos pueden ser percibidos por otros, y como utilizarlo para editar lo que se dice y expresa, modular la intensidad, y volver la comunicación más interactiva y empática (Leahy, 2018).

En los clientes, puede darse una expresividad excesiva o una dificultad para la expresión emocional. En ambos casos, se introduce el “empoderamiento personal” que refiere a la voluntad de hacer lo que se requiere para alcanzar sus metas. Se fomenta la resiliencia, y la tolerancia a la incomodidad (o emoción desagradable) y el progresivo movimiento aunque sea imperfecto, así como el orgullo por la superación de obstáculos. La autoestima será ganada por las dificultades que atravesará en lugar de la comodidad (Leahy, 2018).

LAS EMOCIONES EN LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN EMOCIONAL - TAE

Hauke desde Alemania y Dall' Occhio de Argentina desarrollaron en 2014 la TAE como un nuevo modelo de abordaje que posibilita el trabajo con las emociones desde la terapia cognitivo y conductual. De esta forma, ellos plantean proponerle al paciente un recorrido desde "abajo hacia arriba" es decir propician el registro emocional para que se activen las emociones conflictivas a nivel corporal y luego colaboran con el consultante hacia un reconocimiento y regulación de las mismas.

El proceso de activación emocional se genera a partir de estímulos provenientes del interior o exterior que son evaluados por un proceso de "valoración" que provoca la estimulación somato-visceral que es registrado como un cambio por el sistema interoceptivo.

El "núcleo afectivo" es el que se encarga de reaccionar de acuerdo a lo beneficioso/gratificante o perjudicial/peligroso que puedan ser interpretados estos estímulos. La forma en que se conceptualiza dependerá del conocimiento previo que tenga la persona acerca de la emoción que se desarrolla. Por tal razón, Hauke y Dall' Occhio (2014) concluyen que "la experiencia emocional no es sólo placentera o desagradable, sino también registrada conceptualmente" (p. 10).

La TAE considera de gran relevancia la capacidad de discriminación de las emociones que tienen los consultantes, ya que algunas personas solo logran describir cualidades como por ejemplo: "me sentí mal". El modelo TAE utiliza la clasificación de Greenberg (1986) que distingue emociones primarias y secundarias.

La TAE posee 7 etapas en su tratamiento:

0) "Preparación del trabajo y estrategia de supervivencia emocional". En esta fase, se recaban datos clínicos y se profundiza en el conocimiento de las estrategias que el consultante ha estado utilizando a nivel emocional y sus modos de regulación. A partir de allí, el terapeuta va delimitando las escenas que afectan al paciente así como sus necesidades que llevan a conductas disfuncionales, a la evitación y los distintos grado de impacto corporal

1) "Auto-observación y focalización corporal" El terapeuta le enseña al paciente como percibir e identificar en el cuerpo lo que siente y diferenciarlo de otras emociones. Se le solicita prestar atención a la intensidad emocional y al cambio de las mismas,

utilizando 3 vías de información: el evento desencadenante, las sensaciones físicas y la conceptualización de la emoción que presenta. Según estos autores, esta etapa se basa en las terapias conductuales de tercera generación porque no solo promueven un cambio de contenido cognitivo sino que brindan contención a sus pacientes al momento de conectarse con la emoción que duele, sin autoreprocharse o evaluarse.

2) “Selección y activación de la situación problemática” El terapeuta intenta lograr que el paciente experimente en el “aquí y ahora” la emoción que vivenció en la situación problemática que este trae. Se busca que la persona retenga una escena estresante y se focalice en ella, mientras que el terapeuta lo re-direcciona a ese evento que eligió y nota los momentos de evitación que tienden a generarse.

3) “Desarrollo del campo emocional”. Hauke y Dall’Ochio (2014) denominan campo emocional a la experiencia emocional revivida por el paciente, y se ponen de pie en el consultorio. El terapeuta le solicita que focalice su atención utilizando la imaginación en la posición de la otra persona con la cual experimentó esa emoción y que escriba en un papel su nombre y lo deje en el piso. A partir de eso, se le pide que proyecte a la otra persona describiendo sus características (vestimenta, postura, expresiones faciales y verbales).

Una vez que logra lo anterior, el terapeuta lo anima a evaluar lo que a la consultante le sucede, atendiendo a su respiración, tensiones, reacciones y sensaciones corporales y emocionales. Para finalizar esta etapa, el terapeuta le explica las posiciones que permanecen en el “campo emocional” señalando a la persona que ha proyectado en la pared, así como 4 posiciones más en el espacio: la “neutral”, la “no quiero”, la emoción primaria, la emoción secundaria, “otras emociones” y por último la de “expertos”.

La posición neutral refiere al recurso de regulación emocional, que implica realizar un ejercicio físico para auto control y calma. La posición de “no quiero” hace alusión a la evitación y se le permite que decida de manera consciente si desea no continuar con la exposición por un tiempo.

Las emociones que surjan son escritas por el paciente y se las ubica en el “campo emocional”. El terapeuta observa y permite que el paciente se mueva por el campo. La posición de “expertos” puede ser utilizada por ambos como forma de reflexionar sobre lo sucedido

4) “Discriminación de las emociones primaria y secundaria”. Se le solicita al consultante que se ubique en la emoción secundaria por unos minutos y preste especial atención a sus reacciones y procesos internos. Luego de esta exposición surge la

emoción primaria y otras asociadas también. A partir de esto, ambos vuelven a la posición de “expertos” y reflexionan acerca de las características impulsivas de la emoción primaria y el rol de la secundaria.

5) “Profundización del trabajo con la emoción primaria” La finalidad de esta fase, es la comprensión por parte del paciente, que la emoción primaria es la adecuada para esa situación. Se le recomienda familiarizarse con la misma, para no sentirla como una amenaza y desplegarla de forma competente cuando ocurra. Se ubica en la posición de la emoción primaria, y comienza a experimentarla con baja intensidad, y se va aumentando la misma progresivamente. El consultante aprende a regular y aceptar su emoción primaria por medio de un “patrón físico mental” sin recurrir a la evitación a través de la emoción secundaria.

6) “Afrontar otras emociones en el campo emocional”. Esta fase permite visualizar la red emocional que se construye a partir de la exposición a las diversas posiciones del campo. El consultante podrá atravesar emociones según donde focalice su atención sin sentir necesidad de evitarlas.

7) “Maestría emocional”. Ahora la atención se dirige a las cuestiones externas de la situación problema, ya que es importante que aprenda a utilizar sus emociones de mejor forma para llegar a sus metas. Luego de haber experimentado en grados distintos de intensidad, el consultante ha de elegir una versión que le permita el logro de sus objetivos personales. Partiendo de esto, se realiza un plan de acción para la implementación de lo aprendido en la vida cotidiana.

REFLEXIONES FINALES

En esta memoria final se realizó un recorrido sobre las diversas terapias, abordajes y técnicas disponibles para el trabajo con el proceso emocional, exponiendo la riqueza que cada una puede aportar para el diseño de las estrategias para el tratamiento clínico; además de brindarnos información esencial acerca de la experiencia subjetiva e individual de cada consultante.

Profundizar en el contenido cognitivo de las emociones, así como en la concepción que los pacientes tienen del miedo, la ira, la alegría, la tristeza, la vergüenza; permite comprender la razón por la cual ante una misma situación, las personas pueden reaccionar de maneras muy distintas.

En la clínica podemos encontrarnos con personas que presentan cuadros clínicos diversos en los cuales se observan dificultades en el procesamiento emocional, tal como la ansiedad, la depresión, el TLP, los trastornos de alimentación, y trastornos de personalidad. Cuando se toma contacto con esta disfuncionalidad se debe tener en cuenta que no solo se puede generar desregulación emocional, sino también convertirse en trastorno psicológico sino se insiste en la educación emocional como una de las metas terapéuticas.

Entre los cuadros mencionados, se ha observado principalmente déficits en fases de procesamiento emocional como: el etiquetado, la aceptación y la regulación emocional. Nuestro rol como terapeutas se trata de facilitar el autoconocimiento y la autoconciencia emocional. Priorizar la reflexión y el análisis de las experiencias que los activan, así como de las diversas reacciones comportamentales y corporales que se producen a consecuencia de estrategias inadecuadas usualmente utilizadas como: la evitación, el rechazo, la rumiación, o la distracción.

Terapias de segunda generación como la TREC de Ellis y la TC de Beck nos brindan herramientas específicas para realizar la conceptualización del paciente haciendo hincapié en los procesos cognitivos que median entre el acontecimiento activador y las respuestas emocionales-comportamentales.

Ellis concibe que el malestar emocional podría darse a causa de creencias irracionales, pensamientos negativos, “deberías”, o atribuciones; nos propone enseñar a nuestros consultantes a pensar, utilizando el método científico, presentando hipótesis, analizando su validez o refutándolas.

Beck, por su parte, propone como estrategia, brindar educación a nivel emocional, en lo referente a conocer y catalogar nuestras emociones, así como diferenciarlas de nuestros sentimientos y cogniciones. Entre las tareas del terapeuta, plantea señalar cuáles son las creencias subyacentes que generan determinados pensamientos automáticos, asimismo evaluar la magnitud en que estas creencias inciden en el estado de ánimo.

La teoría de Young surge de la irrupción de la tercera ola, como modelo centrado en las emociones. Nos ofrece esclarecer las necesidades emocionales insatisfechas que hemos tenido en la infancia y que hoy explican la forma en que nos comportamos. Lo interesante de esta teoría de esquemas tempranos desadaptativos, es que nos brinda una herramienta específica para comprender a nuestros consultantes y nos permite otorgarles un sentido a sus patrones de funcionamiento además de involucrarlos en el proceso terapéutico y en su propia curación con tareas específicas. Young afirma que la conexión emocional no soluciona los problemas por lo cual diseña un tratamiento específico basado en la creación de nuevos estilos de afrontamiento, y pensamientos alternativos.

Entre las terapias de tercera generación se distinguen la DBT, ACT y la Terapia Basada en Mindfulness. Estas terapias contextuales nos proponen cuestionar la lucha contra el miedo, el estrés, la ansiedad o el dolor. Sus métodos de intervención son in-directos, y se basan principalmente en la experiencia del cliente.

La DBT se crea específicamente para pacientes con TLP y propone un modelo de tratamiento que conjuga terapia individual con formación en habilidades en formato grupal. Entiende el malestar como producto de la relación existente entre una disfunción biológica (vulnerabilidad emocional) con un ambiente invalidante. Lo novedoso de esta propuesta es la aceptación de uno mismo, y la apuesta al cambio, apoyándose en filosofías orientales como el Zen.

La ACT por su parte, define a la desconexión emocional como evitación, y a ésta última como una elección que nos limita en experiencias de vida. Hace especial hincapié en el lenguaje como constructor de significado y en su capacidad de incidir en nuestro mundo interno.

Es una terapia que promueve vivir según nuestros valores, y comprometernos a actuar en coherencia con ellos, de esta manera si el dolor forma parte de nuestras elecciones también será valioso. El tratamiento en ACT busca que el consultante se exponga al sufrimiento, se le enseña a observar su experiencia interna por lo que es, y no porque lo que anuncia que somos.

Mindfulness es una terapia de referencia para el modelo contextual. Entre sus generalidades propone cultivar nuestra presencia en el aquí y ahora, direccionando nuestra atención a la experimentación plena, observando nuestros pensamientos y emociones desde una perspectiva bondadosa sin apegarnos o rechazarlos. Contribuye a disminuir la incidencia del lenguaje como dispositivo que distorsiona la experiencia real, y enseña como lo que sentimos se expresa a través del cuerpo.

La TFE, la EST y la TAE constituyen otras de propuestas abordadas en esta memoria final, para el tratamiento clínico. La TFE a semejanza de las terapias contextuales promueve el acercamiento a las emociones dolorosas, con el objetivo en este caso, de integrar las cogniciones a emociones activadas y sensaciones corporales.

Greenberg al igual que Young toma el concepto de esquema emocional para explicar la experiencia subjetiva, y propone profundizar en el contenido cognitivo de éstos, así como dilucidar las emociones primarias que se encuentran ocultas por las secundarias. El tratamiento consiste en la expresión de emociones primarias que estén siendo evitadas, y la construcción de un nuevo sentido.

La EST es una terapia recientemente desarrollada; comparte con Greenberg, que la perturbación emocional parte de las interpretaciones que realizamos acerca de nuestras emociones. Leahy distingue 14 dimensiones de gran importancia para el mantenimiento de esquemas emocionales negativos, que a su vez pueden obstaculizar el proceso terapéutico. El tratamiento consiste en la evaluación de las creencias disfuncionales, de los estilos de afrontamiento utilizados hasta el momento, y la enseñanza de habilidades alternativas y entrenamiento en solución de problemas.

Por último, la TAE al igual que la TFE y la EST, hace hincapié en la importancia del registro conceptual de la experiencia emocional. Lo innovador de la TAE es el desarrollo de un campo emocional en conjunto con el paciente, que permite activar las emociones dolorosas y contactar con las mismas a nivel corporal. Se parte de la reproducción de una escena dolorosa en la consulta, con el objetivo de experimentar la emoción primaria (evitada) y aprender a regularla con su mente y cuerpo.

El rol de terapeuta es asesorar al paciente como canalizar la energía emocional de forma funcional. No solamente se promueve una modificación cognitiva, sino también se utilizan técnicas provenientes de las terapias de tercera generación para favorecer el no-enjuiciamiento y la aceptación.

Las terapias contenidas en esta memoria final, nos permiten ampliar el espectro de nuestras intervenciones clínicas. La combinación de estos aportes nos permitirá hacer

frente a las dificultades que presentan nuestros consultantes para contactar con sus emociones dolorosas, posibilitando la comprensión, el reconocimiento, la aceptación y una expresión saludable de las mismas, contribuyendo positivamente en el fortalecimiento de autoestima, relacionamiento con otros y crecimiento personal.

Dado que cada una de estas terapias presenta métodos y características particulares, es que se requieren ciertas habilidades y competencias específicas para su utilización, las cuales provienen de la formación y el entrenamiento continuo. Será tarea del terapeuta por tanto, la profundización en las terapias con las que se encuentre más cómodo y la apertura al conocimiento de otras que puedan adaptarse de mejor forma a las características de sus consultantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P. W., Thomas, S. y Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1271-1287.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En Heimberg, R. G., Turk, C. L y Mennin, D. S, *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice*, 77-108 Nueva York: Guilford
- Casassus, J. (2007). La educación del ser emocional. Recuperado de: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mjd8G_T6M3IC&oi=fnd&pg=PA11&dq=casassus+2007&ots=gF7G7wkN2W&sig=ayf0UwID86_o_dMCQXS5mDINbIU#v=onepage&q=casassus%202007&f=false
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la Emoción: el proceso emocional*. Recuperado de <https://www.valencia.edu/~choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Cruzat, C., y Cortez, I. (2008). Expresión emocional, afecto negativo, alexitimia, depresión y ansiedad en mujeres jóvenes con trastornos de alimentación: una revisión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII(1) 5-17
- Ellis, A., y Dryden, W. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Desclée de Brouwer
- Ellis, A., y Lega, L. (1993). Como aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Psicología Conductual*, 1(1) 101 – 110
- Forbush, K. y Watson, D. (2006). Emotional inhibition and personality traits: A comparison of women with anorexia, bulimia, and normal controls. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18 (2), 115-121.
- Germer, C.K., Siegel, R.D., y Fulton, P.R. (2017). *Mindfulness y Psicoterapia*. Edición ampliamente revisada del texto clásico profesional. Editorial Desclée De Brouwer. Traducción: Moreno, B. Versión electrónica.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Greenberg, L.S. (2010). Terapia Focalizada en la Emoción: Una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, VIII(1) 1 – 27 Traducido por García, C, 2012.
- Hauke, G., y Dall`Occhio, M. (2014). Terapia de activación emocional una nueva opción para trabajar con emociones en terapia cognitiva conductual. *Anuario Anxia* (20), 9-20.

- Hayaki, J., Friedman, M. y Brownell, K. (2002). Emotional expression and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 57-62.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2) 347-372
- Le Doux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona. Ariel.
- Leahy. R. (2002). A model of emotional Schema. *Cognitive and behavioral practice*, 9, 177 – 190.
- Leahy. R. (2018). *Emotional Schema Therapy. Distinctive Features*. Routledge, New York.
- Levine, D., Marziali, E. y Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 185, 240-246.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona, Paidós
- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.
- Manrique, E., y Aguado, H. (2006). Esquemas emocionales, evitación emocional y proceso de cambio en Terapia Cognitivo – Conductual. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, VII(1) 11 – 32
- Moneta, M.E. (2008). Procesos afectivos, cognición y corporalidad. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (11) 136-143.
- Palmero, F. (1996). Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de psicología*, 12(1) 61-86.
- Palmero, F., Fernández-Abascal, E. G., Martínez F. y Chóliz, M. (2002). *Teorías emocionales*. En *Psicología de la Motivación y la Emoción*. Madrid: McGraw Hill
- Peeters, F., Nicolson, N. A., Berkhof, J., Delespaul, P. y deVries, M. (2003). Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 203-211.
- Pérez, A. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Editorial Síntesis. Versión electrónica
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60
- Ramos, N.S y Hernández, S.M. (2008). Inteligencia emocional y Mindfulness: hacia un concepto integrado de la inteligencia emocional. *Revista Facultad de trabajo social*, 24(24) 135 – 146

- Rodríguez, E. (2009). La terapia centrada en esquemas de Jeffrey Young. *Av Psicol.* 17(1) 59 - 74 Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2009/edgarrodriguez.pdf>
- Ruhrig, M.E. (2012). Terapia Centrada en la Emoción aplicada a un caso de depresión mayor. Tesis de Grado. Universidad San Francisco de Quito
- Segal, Z.V., Williams, M.G, y Teasdale, J.D. (2002). Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas. Nuevas psicoterapias. Descleé de Brouwer
- Tull, M. T., Barrett-Modell, H. M., McMillan, E. S. y Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38, 303-313.
- Wilson, K.G., y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual centrado en valores.* Ediciones Pirámide. Versión electrónica
- Young, J.E., Klosko, J., y Weishaar, M. (2003). *Terapia de esquemas Guía Práctica.* The Guilford Press