



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TERAPIA DE ESQUEMAS E MOCIONALES PARA
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON ALGUNOS
INDICADORES PSICOFISIOLÓGICOS

TESIS QUE, PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARJORIE ALEJANDRA LOZANO BRIONES

Tutora Principal:

DRA. RIVEROS ROSAS ANGÉLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

COMITÉ TUTOR:

DRA. RODRÍGUEZ ORTIZ MARÍA DOLORES
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
DRA. CABALLERO SUÁREZ NANCY PATRICIA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
DR. AYALA GUERRERO FRUCTUOSO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. JIMÉNEZ CRUZ BLANCA ELIZABETH
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., MAYO, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Agradezco a la vida por permitirme transitar la experiencia de un posgrado.

A los participantes que han confiado en mí para hacer este trabajo.

A CONACYT por darme una beca.

A la Dra. Angélica Riveros que amablemente acompañó y dirigió mi proceso pero también moldeó una forma de ejercer la profesión lo más humanamente posible.

Agradezco a todos los miembros de mi jurado porque es un honor que hayan sido parte de mi proceso y a quienes les agradezco la paciencia y la responsabilidad con la que me acompañaron durante estos años.

Este trabajo también está dedicado a mi terapeuta Natalia por enseñarme el camino de Aceptación y Compromiso y con gratitud también, al Dr. Zalce porque me reconectó con la alegría de aprender y estudiar.

Por último, a mi familia; al esfuerzo de mis padres para que pudiera lograr esto, al amor infinito de mis abuelos, a la incondicionalidad de mis hermanos, prima, tía y a mis amigos, porque cualquier proceso requiere tener compañeros maravillosos, muchas gracias (Jessica, Erika, Mariana, Azu, Eduardo, Jorge y Juan Pablo).

Índice

Resumen.....	6
Abstract	7
Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes universitarios...	9
Epidemiología.....	13
Comorbilidad ansiedad y depresión.....	17
Intervenciones para la sintomatología ansiosa y depresiva.....	20
Tratamiento para la sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes universitarios.....	22
Modelo de esquemas emocionales.....	24
Terapia de esquemas emocionales.....	28
Esquemas emocionales en estudiantes universitarios.....	36
Escala de esquemas emocionales.....	42
Indicadores psicofisiológicos.....	45
Fases de la evaluación psicofisiológica.....	52
Participación del sistema nervioso autónomo en la regulación de las variables fisiológicas relacionadas con los estados emocionales.....	55
Variables fisiológicas.....	55
Frecuencia cardiaca.....	56
Actividad eléctrica de la piel.....	59
Temperatura.....	60
Frecuencia respiratoria.....	61
Estudios con perfiles psicofisiológicos.....	63

Fundamentación del estudio.....	67
Método.....	68
Procedimiento.....	71
Instrumentación y colocación de sensores.....	76
Resultados.....	80
Discusión	139
Conclusiones finales.....	145
Referencias.....	147
Anexos.....	163
• Inventarios e instrumentos.....	164
• Plan general de la intervención.....	171
• Manual del terapeuta.....	191

RESUMEN

Se presenta el protocolo de investigación aplicado en el Centro de Orientación Educativa de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM, es parte del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM. De acuerdo con las necesidades que se detectaron durante la residencia se diseñó la intervención para contribuir a la mejora en la regulación emocional de los participantes y observar su respuesta psicofisiológica antes y después de la intervención. **Objetivos:** Evaluar el efecto de la terapia de esquemas emocionales en estudiantes universitarios con sintomatologías de ansiedad y depresión e identificar si los indicadores psicofisiológicos se modifican mediante la terapia de esquemas emocionales. **Método:** Se trató de un diseño n=1 a con 9 réplicas, con evaluación pre-test post-test. La intervención se dividió en módulos de dos horas y se ejecutó de manera grupal en 5 sesiones más las dos de los registros psicofisiológicos, antes y después de la intervención, al respecto de los casos cronificados, la intervención posterior a la grupal fue de manera individual. Para este estudio se analizaron la temperatura periférica, la conductancia de la piel, la frecuencia cardíaca y la frecuencia respiratoria con el equipo BioGraph Infiniti. **Resultados:** Posterior a la intervención terapéutica se redujo de sintomatología en ansiedad y depresión en la mayoría de los participantes. Se reportan cambios favorables en los esquemas emocionales siendo los esquemas de malestar emocional los más beneficiados mientras que los esquemas de bienestar emocional reportaron mejores resultados en expresión y aceptación. Sobre los indicadores psicofisiológicos: la mayoría de participantes lograron reducir la activación fisiológica en las fases de relajación durante el registro posterior a la intervención en su frecuencia cardíaca, conductancia y frecuencia respiratoria, mientras que la temperatura en la mayoría de los participantes se mantuvo estable. Se concluye que la intervención de esquemas emocionales tuvo un efecto positivo sobre la activación fisiológica de la mayoría de los estudiantes que participaron

en términos de reducir la activación simpática y autonómica de manera favorable. **Conclusión:** se logró el objetivo de reducir el malestar emocional de los participantes a través de la terapia de esquemas emocionales y eso tuvo un impacto sobre sus las respuestas psicofisiológicas. Es recomendable seguir ofreciendo estrategias de prevención, así como técnicas de evaluación psicofisiológica para integrar la modificación conductual o su tratamiento y prevenir el desarrollo de trastornos en el futuro de los estudiantes.

Palabras clave: esquemas emocionales, ansiedad, depresión, estudiantes universitarios, frecuencia cardiaca, conductancia, temperatura y frecuencia respiratoria.

ABSTRACT

Background: The present study was conducted in the Educational and Counseling Center of UNAM's School of Business Administration, as a partial requirement of the author's Psychology Masters studies. Based on a preliminary needs-detection survey, an intervention sought to contribute to nine participating students' emotional regulation skills. The study included recording the participants' psychophysiological responses before and after the intervention. **Objective:** To evaluate the effect of Emotional Schemas Therapy (EST) in university students with symptoms of anxiety and depression. A secondary purpose was to identify whether psychophysiological indicators get modified by EST. **Method:** The study used within-subject comparisons with nine individual replications of the effects through a pretest-posttest design. The intervention encompassed two-hour modules in group modality during five sessions plus the two sessions of psychophysiological recordings, before and after the intervention. The psychophysiological recording included peripheral temperature, skin conductance, heart, and respiratory rate, all analyzed using BioGraph Infiniti equipment. **Results:** After the therapeutic intervention, there were reduced anxiety

and depression symptoms in most participants. Improvements also included the emotional schemas. The schemas of emotional discomfort showed the most considerable improvement. The emotional well-being schemas showed better results in expression and acceptance. Regarding psychophysiological indicators, most participants could reduce physiological activation in the relaxation phases during the post-intervention measures. Changes included heart rate, skin conductance, and respiratory rate, while the temperature remained practically unchanged in most participants. **Conclusion:** The present results suggest that the EST had a positive effect on most of the students' emotional and physiological activation in terms of reducing sympathetic and autonomic activation. The study achieved the purpose of reducing the participants' emotional distress through EST, including their psychophysiological correlates. It is advisable to offer preventive strategies, including psychophysiological training, and integrate behavioral modification to prevent disorders.

Key words: university students, anxiety, depression, physiological activation, Emotional Schemas Therapy, outcome research.

Introducción

Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes universitarios

La ansiedad y depresión se consideran un problema de salud pública con alta prevalencia en el mundo y con variaciones según la población (Osada *et al.*, 2010). Son considerados como dos de los desórdenes psicológicos de mayor registro en los centros de salud entre las poblaciones general y universitaria; asimismo, representan dos de los principales motivos de consulta atendidos (Agudelo *et al.*, 2008). En diferentes estudios con universitarios se ha identificado que la ansiedad y la depresión tienden a presentarse juntas (Casadiego y Sánchez, 2008; Flores *et al.*, 2007; Lyrakos, 2012). La sintomatología de ambas tiene implicaciones inmediatas en el desarrollo de los jóvenes y afecta su calidad de vida (Cova *et al.* 2007) y su capacidad para prestar atención a las exigencias psicológicas, sociales y académicas, por lo que empeora el ya de por sí elevado estrés que viven en su formación y en su vida personal (Cardona *et al.*, 2015). Algunos de los factores asociados con síntomas ansiosos son las dificultades económicas, los problemas familiares y el consumo de alcohol (Arrieta *et al.*, 2014).

Según la Encuesta de Salud Mental Mundial de la Organización Mundial de la Salud, OMS (2016), llevada a cabo en 21 países, y según manuales diagnósticos como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV* (DSM-IV, por sus siglas en inglés) y la *Entrevista diagnóstica internacional compuesta* (CIE-10), los trastornos mentales son comunes en los estudiantes universitarios, afectan aproximadamente a 20.3% de ellos y en 81.3% de los afectados comienzan principalmente antes del ingreso a la universidad. Los trastornos que se desarrollaron antes que la matriculación se relacionan con abandono de la universidad y generalmente no son tratados. Según la OMS, si los trastornos son detectados y tratados en las etapas iniciales de la carrera universitaria, podría reducirse el desgaste y mejorar el funcionamiento educativo y psicosocial de los afectados (Auerbach *et al.*, 2016).

La salud mental de estudiantes de universidades públicas necesita atención especial debido a su interferencia con actividades relacionadas con la formación profesional, como las académicas y la conformación de redes profesionales y sociales, entre otras. Su afectación limita gravemente las capacidades de atención, interacción, dedicación, intención y planteamiento de metas (Riveros, 2018). Sobre la relación entre el rendimiento académico y la ansiedad escolar medida conductualmente, se ha encontrado que los alumnos con los promedios más bajos presentaron los indicadores más elevados de ansiedad ante pruebas conductuales; los alumnos que de manera sistemática se colocaron en el nivel más bajo en su índice de estudio mostraron mayor ansiedad escolar (Hernández-Pozo *et al.*, 2008). La conclusión es que el empleo de índices conductuales y fisiológicos corrobora las tendencias encontradas en la literatura sobre la relación inversa entre la ansiedad y el rendimiento académico, y la relación directa entre autoconcepto académico y promedio de calificaciones.

Además, se ha reportado que los estudiantes que presentan síntomas de ansiedad y depresión tienen estrategias cognitivas poco adaptativas para procesar su experiencia emocional; esto ocasiona que los síntomas sean más intensos y sostenidos, mientras que el éxito académico requiere la habilidad de procesar una gran cantidad de información en periodos relativamente cortos, un buen nivel de autoconocimiento básico y la habilidad para lidiar con el estrés. De manera general, los esquemas cognitivos sobre las emociones se refieren a los pensamientos con los que se procesa la información emocional; por ejemplo, acerca de su durabilidad, utilidad, valor o repercusión personal (Natalya *et al.*, 2018).

Analizar los esquemas emocionales en estudiantes permite comprender las creencias que subyacen en la experiencia emocional y las estrategias de afrontamiento —funcionales o disfuncionales— con las que se cuentan en torno a las emociones (Natalya *et al.*, 2018). La propuesta de terapia de esquemas emocionales busca que éstos sean adaptativos, de manera

que las emociones sirvan al reconocimiento de las necesidades personales, que las emociones displacenteras sean vistas como parte de la experiencia de todos, estén conectadas con algún significado importante y conduzcan a distintos objetivos. En esta propuesta, los consultantes pueden reconocer el papel que tienen las creencias sobre las emociones en dificultar su regulación, así como que las estrategias para regularlas pueden mejorar o empeorar la situación (Leahy, 2020).

El desempeño académico se ha ligado al estado emocional de estudiantes porque, al alterarse el estado anímico, los estudiantes no se encuentran en condiciones óptimas para la adquisición de nuevos aprendizajes (Martínez-Martínez, et al., 2016). De manera que la identificación temprana de síntomas de ansiedad y depresión podría contribuir al incremento del buen rendimiento académico y al mejor desarrollo personal de los universitarios.

La mayor comprensión de las repercusiones que generan los trastornos del estado de ánimo en el periodo de formación universitaria, particularmente ansiedad y depresión, permitirá desarrollar protocolos de atención que preserven la salud física y mental de los estudiantes y que mejoren el aprovechamiento que pueden tener de la formación que reciben.

Sintomatología ansiosa

Según la Guía de práctica clínica *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*, de la Secretaría de Salud (2010), la ansiedad se define como “un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos” (p. 2).

De acuerdo con Balanza *et al.* (2009), los altos niveles de ansiedad frecuentemente aparecen acompañados de procesos de desadaptación al entorno más cercano y también puede suceder que la desadaptación en el ambiente universitario dispare la ansiedad. Entre los factores de

riesgo para que un universitario presente sintomatología ansiosa se encuentran: dificultad para manejar eventos estresantes, falta de habilidades sociales y consumo de alcohol o sustancias. El clima familiar tiene un efecto dependiente de la personalidad del joven, de la interpretación de los acontecimientos y de la capacidad de afrontamiento. Es probable que, aunque existan diversas situaciones ansiógenas, como los exámenes o participaciones en clase para los estudiantes, habrá alumnos predispuestos a percibir la vida académica de manera general como amenazante y probablemente experimenten ansiedad constantemente (Martínez-Otero, 2014). Los trastornos de ansiedad normalmente aparecen en la niñez y en la adolescencia, generan deterioro social y en el funcionamiento de quien los padece (Van Ameringen *et al.*, 2003).

Sintomatología depresiva

“La sintomatología depresiva se define como la pérdida del afecto positivo. Se manifiesta con síntomas que incluyen alteraciones de sueño, ausencia de autocuidado, pobre concentración, ansiedad y pérdida de interés en experiencias diarias” (NICE, 2009).

La depresión es un padecimiento que repercute de manera significativa en la calidad de vida y en el funcionamiento cotidiano de quien la padece. Se ha identificado que solo una pequeña parte de los afectados acude a tratamiento, pero existen tratamientos disponibles para mejorar la salud y calidad de vida. Según Berenzon *et al.* (2013), la edad en la que comienzan los trastornos depresivos es antes de los 18 años, el curso del padecimiento tiende a ser más crónico y de mayor duración. Las variables psicosociales asociadas con la depresión en población mexicana son: ser mujer —particularmente si es jefa de familia—, dedicarse a las labores del hogar y si tiene la responsabilidad de cuidar a algún enfermo, tener un bajo nivel socioeconómico, estar desempleado —particularmente en hombres—, aislamiento social, problemas legales,

tener experiencias de violencia, el consumo de sustancias adictivas y la migración.

Soria *et al.* (2015) comentan que los síntomas depresivos en estudiantes universitarios son un factor que propicia mala ejecución académica y fracaso escolar en áreas muy diversas, como en carreras del área de Ciencias de la Salud (medicina y enfermería), también de las áreas Fisicomatemáticas (arquitectura) y Ciencias Sociales (comunicación). Por su parte, Arrivillaga *et al.* (2003) refieren que las variables individuales que se relacionan con la depresión en estudiantes universitarios son: antecedentes familiares y personales de depresión, dificultades académicas, inestabilidad económica, diagnóstico de una enfermedad grave, muerte de un ser querido, separación de los padres, consumo de alcohol o intentos de suicidio. Los autores sugieren estudiar el apoyo social de familiares y amigos como un factor protector ante la presencia de estrés y depresión.

Epidemiología

La Encuesta Mundial de Salud Mental reportó que, en México, quienes padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y siete días si la gravedad fue moderada (Demyttenaere *et al.*, 2004). En nuestro país, 17% de la población ha presentado por lo menos un trastorno mental y una de cada cuatro personas lo padecerá al menos una vez en la vida; de las personas que lo padecen, solamente una de cada cinco recibe tratamiento (Rentería, 2018). La Encuesta Nacional de Salud Mental señala que el 18% de la población urbana en edad productiva, entre los 15 y 64 años de edad, sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia (Medina-Mora *et al.*, 2007).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2003 (Medina-Mora *et al.*, 2003, p. 8) refiere las siguientes cifras:

De manera general, uno de cada cinco individuos presenta algún trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos más

frecuentes fueron los de ansiedad, con 14.3%, presentándose una vez en la vida; luego, el trastorno por uso de sustancias, con 9.2%; y finalmente trastornos afectivos, con 9.1%. Los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos¹ y los trastornos por abuso de sustancias presentaron una edad de inicio más temprana. Los trastornos de ansiedad también resultaron ser más prevalentes y crónicos.

Según el periodo de presentación de los trastornos en general, se reportaron estos segmentos:

- ✓ Una vez en la vida: 28.6% de la población mexicana presentó alguno de los 23 trastornos de la CIE; las fobias específicas fueron las más comunes, con 7.1 por ciento.
- ✓ En los últimos 12 meses, 13.9% de la población padeció algún trastorno; es decir, tres de cada 20 mexicanos lo padecieron.
- ✓ En los últimos 30 días, 5.8% de la población los padeció.

Los más comunes fueron los trastornos de ansiedad, trastornos afectivos y los trastornos por uso de sustancias para los últimos 12 meses y los últimos 30 días.

En cuanto a diferencias por sexo, los hombres presentan prevalencias más elevadas para cualquier trastorno que las mujeres —30.4 contra 27.1%— y son trastornos que se presentaron alguna vez en la vida.

Los trastornos más comunes en hombres fueron dependencia al alcohol, trastornos de conducta y abuso de alcohol sin dependencia. Las mujeres presentaron prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses —14.8%— en comparación con los hombres —12.9%—. Las fobias específicas y sociales fueron las más comunes junto con el episodio depresivo mayor.

¹ En los trastornos afectivos se consideraron: episodio depresivo mayor, episodio depresivo menor, manía —bipolar I—, hipomanía —bipolar II—, distimia y cualquier trastorno afectivo no especificado. En los trastornos de ansiedad se consideraron: trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y cualquier trastorno de ansiedad no especificado.

La prevalencia que presentaron hombres y mujeres en los últimos 30 días fue de 6.5% y 5.1%, respectivamente.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2003) reportaron la edad de inicio de los trastornos mentales de la siguiente manera. El diagnóstico fue según la CIE-10:

Tabla 1

Edad de inicio de los trastornos mentales

Trastorno	Media	Mediana
Episodio depresivo mayor	26.08	24
Trastorno de ansiedad generalizada	25.72	27
Trastorno de pánico	21.48	18
Trastorno de estrés postraumático	19.77	19
Fobia social	13.98	13
Fobia específica	9.72	7
Consumo perjudicial de alcohol	24.47	22
Dependencia de alcohol	25.56	25
Consumo perjudicial de drogas	19.64	18
Dependencia a las drogas	18.27	17

Con datos más recientes, la Oficina de Información Científica y Tecnológica del Congreso de la Unión reporta que dentro de los trastornos mentales más comunes en México se encuentran: fobia

específica, con prevalencia de 7%; dependencia al alcohol, con 3.4%, depresión, con 7.2%; fobia social, con 2.9%; y trastorno de estrés postraumático, con 1.5% (Rentería, 2018). En 2003, las fobias específicas fueron las más comunes, con 7.1% que las padece alguna vez en la vida; los trastornos de conducta, con 6.1%; la dependencia al alcohol, con 5.9%; la fobia social, con 4.7%; y el episodio depresivo mayor, con 3.3 por ciento.

De acuerdo con la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México, la mayoría de los trastornos psiquiátricos comienza en las primeras décadas de vida (Benjet *et al.*, 2009), lo que coincide con los datos del 2003, especialmente acerca de los del espectro ansioso.

La frecuencia elevada de ansiedad y depresión que se presenta en jóvenes se vuelve una dificultad durante los estudios universitarios de los mexicanos; desde luego, no son los únicos que la padecen. En la juventud se presentan con frecuencia los desórdenes depresivos: según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental –NIMH por sus siglas en inglés–, más de 6% de niños y adolescentes de entre 6 y 17 años padeció algún trastorno depresivo en los últimos seis meses. Antes de la pubertad, niños y niñas tienen la misma probabilidad de presentar distimia; después de los 14 años, el trastorno depresivo se presenta con mayor frecuencia en niñas, probablemente debido a los cambios hormonales.

En una investigación internacional sobre la prevalencia de 12 meses y durante toda la vida de los trastornos mentales, los resultados mostraron que los trastornos mentales son muy comunes entre estudiantes de todo el mundo. La mayoría de los padecimientos comienza previamente a la matriculación y se asocia tanto con la falta de ingreso a la universidad como con el desgaste generado por los estudios. El estudio también mostró que sólo una pequeña parte de los estudiantes universitarios recibió el tratamiento adecuado. La tasa es menor cuando hablamos de países de bajos ingresos (Auerbach *et al.*, 2016).

Por su parte, la prevalencia de los trastornos mentales por 12 meses en estudiantes universitarios de Estados Unidos mostró que casi 50% de ellos tuvo un trastorno mental relacionado con el consumo de alcohol en el último año. La depresión en estudiantes se considera el trastorno mental con mayor frecuencia; eso causa un efecto significativo en la vida de los estudiantes (Blanco *et al.*, 2008; y Barradas *et al.*, 2015).

Comorbilidad ansiedad y depresión

Los trastornos de ansiedad y depresión se presentan de manera simultánea tanto en niños como en adultos, pero la trayectoria es variada. Se ha identificado un aumento gradual de los trastornos depresivos desde la adolescencia hasta la edad adulta, además del aumento rápido de la presencia de los trastornos de ansiedad durante la adultez (Olini *et al.*, 2010).

Al respecto de la comorbilidad, Berenson *et al.* (2013) reportaron lo siguiente: hay una relación entre la población adulta con trastorno depresivo mayor y criterios de uno o más trastornos de ansiedad, dicha relación ocurre entre 25 y 50% de los adolescentes con depresión y entre 10 y 15% de jóvenes con ansiedad. Por su parte, los trastornos de ansiedad presentan alta comorbilidad con otros trastornos neuropsiquiátricos que se desarrollan en la niñez y adolescencia, como el trastorno de déficit de atención y los trastornos afectivos (Ricardo *et al.*, 2012). “La ansiedad y la depresión frecuentemente se solapan, de tal forma que en la práctica no es extraño observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros de ansiedad acompañados de sintomatología depresiva” (Serrano *et al.*, 2013, citado en Martínez-Otero, 2014).

De acuerdo con Caraveo *et al.* (1999), las comorbilidades de trastornos afectivos y de ansiedad de los padres aumentan la vulnerabilidad de los hijos a padecerlos. Las implicaciones clínicas de la coocurrencia de ansiedad y depresión incluyen riesgo suicida, un riesgo mayor de hospitalización psiquiátrica, mayor discapacidad, menor cumplimiento

con el tratamiento y mayor uso de los servicios médicos, ya que tienden a padecer más enfermedades crónicas y recurrentes que requieren tratamientos a largo plazo (Hirschfeld, 2001).

Algunos autores han señalado que la ansiedad puede incrementar la aparición de conductas adictivas en estudiantes; aquéllos que presentaban ataques de pánico son más propensos a consumir sedantes y estimulantes, entre otras drogas. El porcentaje de la población que fue diagnosticada con trastorno de consumo de sustancias adictivas y que presentó un trastorno afectivo es de 32%. La comorbilidad aumenta a 50% si se tienen en cuenta las personas con abuso o dependencia a sustancias ilícitas (Valentier *et al.*, 2004).

En una investigación realizada con 632 estudiantes de la Universidad de Concepción, en Chile, se encontró que 23.4% de esa población presentaba sintomatología ansiosa y 16.4%, sintomatología depresiva. Según los autores, sin establecer relación lineal ni exclusiva, es posible vincular los estados elevados de ansiedad somática con la alta prevalencia de problemas asociados al estrés académico, sentirse agotado mentalmente, agobiado e incapaz de responder apropiadamente a las exigencias de la vida universitaria (Cova *et al.*, 2007). En Colombia también se encontró que las sintomatologías de ansiedad y depresión fueron altas en universitarios; los factores asociados con síntomas de ansiedad fueron las dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol, mientras que los asociados con síntomas depresivos fueron problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad o depresión (Arrieta *et al.*, 2014).

En México, un estudio realizado con estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala encontró una correlación de 0.391 ($p= 0.01$) entre las variables de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios; es decir, hay 39% de relación entre la depresión y la ansiedad. Aunque no se identificaron diferencias significativas entre los

puntajes de depresión y ansiedad de los participantes, las mujeres mostraron puntajes más altos en ambas variables (Flores *et al.*, 2007).

Esos datos sobre el papel del género coinciden con otro estudio. Éste se llevó a cabo por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana y se realizó con 259 estudiantes, de los cuales 227 eran mujeres y 32, hombres. El estudio mostró que la población femenina, además de ser la que consulta con mayor frecuencia, también manifiesta mayor vulnerabilidad frente a la presencia de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Las mujeres están más dispuestas a reportar su depresión y a presentarla por causas biológicas, como el síndrome premenstrual, cambios hormonales y problemas en la tiroides (Agudelo *et al.*, 2008).

El estrés entre los estudiantes universitarios también se ha vinculado con la forma en la que conviven y con su satisfacción con la universidad. En países europeos, se encontró que los niveles de estrés están negativamente correlacionados con las formas positivas de afrontamiento, los niveles de apoyo social, la autoestima y la satisfacción con la universidad. Por otro lado, los niveles de estrés se correlacionaron positivamente con las formas negativas de afrontamiento (Lyrakos, 2012). En cuanto a la especificidad de los factores de riesgo, se ha identificado que dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol son los factores asociados con los síntomas de ansiedad. Mientras que los factores asociados con los síntomas depresivos fueron problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad y depresión. (Arrieta *et al.*, 2014).

Comorbilidad con otros trastornos

La literatura de investigación cuenta con muchos ejemplos de los padecimientos comórbidos con la depresión. Algunos de ellos son trastornos físicos, como las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, hipertensión arterial, desnutrición y síndrome del intestino irritable,

entre otros. También hay una relación cercana entre los padecimientos físicos y los mentales. Quienes padecen enfermedades físicas graves, como diabetes, asma, obesidad y dolor crónico, tienen más riesgo de padecer depresión; de la misma manera, quienes tienen sintomatología depresiva presentan mayores probabilidades de tener enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias (Berenzon *et al.*, 2013).

La depresión en esta etapa de la vida puede conducir a una acumulación de consecuencias negativas, como el consumo exagerado de alcohol, y a repercutir en la carrera universitaria y en las relaciones sociales (Aalto-Setälä *et al.*, 2001). Los jóvenes que tienen algún nivel de depresión presentan consumo de alcohol excesivo. De igual forma, se ha identificado una relación directamente proporcional entre la frecuencia de consumo de alcohol y el nivel de depresión: a mayor depresión, mayor consumo. También existe una relación entre las dificultades académicas y la depresión, sobre todo si ésta es grave (Arrivillaga *et al.*, 2003). También hay comorbilidad con los trastornos de ansiedad, adicciones, suicidio y violencia (Wagner *et al.*, 2012).

Intervenciones para la sintomatología ansiosa y depresiva

La terapia cognitiva-conductual es una opción para el tratamiento de síntomas de depresión: da la oportunidad a los pacientes de identificar los factores que contribuyen a desarrollar la sintomatología, además de analizar patrones de pensamientos distorsionados y comprender qué aspectos de los problemas pueden ser resueltos para afrontar eficazmente las causas que la generan. (American Psychological Association, s.f-a). Acerca del tratamiento para la ansiedad, se ha demostrado que la terapia cognitiva-conductual puede ser una opción eficaz para apoyar a los pacientes en identificar los factores que contribuyen a la ansiedad, comprender cómo los pensamientos promueven síntomas o trastornos de ansiedad y cómo modificar aquellos patrones para disminuir la probabilidad de ocurrencia y la intensidad de reacción (American Psychological Association, s.f-b).

La terapia cognitiva-conductual puede ser altamente efectiva en el tratamiento de los desórdenes del estado de ánimo. Mediante la terapia cognitiva, los pacientes aprenden la relación entre sus pensamientos y los síntomas emocionales, cómo cambiar esas pautas de pensamientos y así reducir la intensidad y ocurrencia de la reacción. En las intervenciones se identifican los pensamientos automáticos distorsionados, las creencias y los esquemas poco adaptativos, además de que se realizan ejercicios conductuales para desafiar las distorsiones cognitivas de los pacientes (Leahy *et al.*, 2011 p. 425). Así, el paciente adquiere información y desarrolla habilidades mediante la combinación entre las técnicas conductuales y las cognitivas en un ambiente controlado y seguro, para que gradualmente tolere y confronte situaciones temidas. Por ejemplo, enseñar a los pacientes a identificar y aprender a manejar los factores que contribuyen al desarrollo de la ansiedad, se utilizan técnicas como la relajación o la respiración profunda, las cuales reducen o detienen respuestas no deseadas que se asocian a la ansiedad; por ejemplo la agitación y respiración entrecortada (García *et al.*, 2012).

Un meta análisis realizado por Cape *et al.* (2010) corroboró los beneficios de las intervenciones breves. En dicho estudio se comparó la efectividad de diferentes tipos de terapia psicológica breve en centros de atención primaria para tratar ansiedad, depresión y trastornos mixtos. La conclusión fue que la terapia cognitiva-conductual breve, el asesoramiento y la terapia de solución de problemas son tratamientos efectivos en los centros de atención primaria. Sólo se reporta con la precaución de que el efecto es menor cuando se compara con pacientes que reciben tratamientos de mayor duración; es decir, para algunos pacientes el tratamiento breve puede no ser suficiente. La excepción fue la terapia cognitiva-conductual breve para el tratamiento de ansiedad, cuya efectividad es comparable con un tratamiento más largo; eso sugiere que ésta es realmente efectiva en el tratamiento de la ansiedad, pero no se puede determinar que fuera más efectiva que otro tipo de tratamiento psicológico breve en atención primaria.

En el caso del manejo de la ansiedad, la terapia se puede hacer de manera individual o grupal. Cuando se hace de manera grupal, se involucran personas que no se conocen entre sí pero que comparten sintomatología ansiosa; es una perspectiva que podría ser efectiva para el tratamiento y para promover el apoyo. El tratamiento debe desarrollarse según las necesidades de los pacientes y el tipo de sintomatología o trastorno. La mayoría de quienes sufren ansiedad después de unos meses en terapia es capaz de reducir o eliminar los síntomas para regresar a su funcionamiento normal y la mejoría puede suceder paulatinamente con unas pocas sesiones (American Psychological Association, 2010).

Por otro lado, también existen diferentes herramientas con las cuales la terapia cognitiva-conductual aborda la sintomatología depresiva y hay modelos con una perspectiva global que han demostrado ser efectivos en el tratamiento para la depresión. La terapia cognitiva-conductual se enfoca en activar al paciente a través de diferentes herramientas que le permitan retomar su vida desde un punto de vista distinto, los principales objetivos en el tratamiento de la depresión son disminuir el pensamiento disfuncional, incrementar las habilidades de autocontrol y optimizar la capacidad de resolución de problemas (Puerta y Padilla, 2011; Polo y Díaz, 2011).

Tratamiento para la sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes universitarios

Con respecto a los estudiantes universitarios, se ha reportado que, al ingresar a la universidad, tienen grandes desafíos y cambios asociados con esa etapa. Aquellos estudiantes que presentaban factores de riesgo psicosociales previos al ingreso a la universidad son más propensos a manifestar trastornos psicológicos. Como se ha mencionado antes, el género hace una diferencia significativa sobre la prevalencia de los cuadros que se presentan entre los estudiantes. Un nivel leve o moderado de ansiedad podría tener un efecto positivo sobre el rendimiento académico, ya que podría funcionar como un motivador

para afrontar exigencias, pero el malestar psicológico asociado a la depresión y niveles graves o sostenidos de ansiedad interfieren negativamente con el rendimiento académico, ya que las funciones cognitivas se ven alteradas.

Los servicios de atención psicológica en estudiantes universitarios son relevantes porque pueden prevenir que algunos factores de riesgo se desarrollen al sumarse a los estresores propios de la vida universitaria y que podrían interferir en su rendimiento académico y en el desarrollo de su vida. Aunado a la prevención, si algún estudiante ya presentaba dificultades significativas, es muy importante darle un tratamiento psicoterapéutico que le permita recobrar el bienestar para poder concluir de forma adecuada los requerimientos académicos (Hernando *et al.*, 2010).

Por ejemplo, se hizo un estudio entre la población universitaria de diferentes programas educativos de una institución de educación superior en el estado de Sonora, México. La edad de los estudiantes era de entre 20 y 22 años. El objetivo era analizar las características de los estudiantes que acuden a algún servicio de apoyo psicológico universitario y evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual para reducir las sintomatologías ansiosa y depresiva. La intervención incluyó psicoeducación sobre el modelo cognitivo-conductual, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en relajación y reestructuración cognitiva de Beck con duración de entre 5 y 25 sesiones. La mayor parte de los estudiantes que buscaron apoyo psicológico presentó una mayor sintomatología ansiosa y las mujeres fueron quienes buscaron apoyo con mayor frecuencia. Se confirmó el efecto positivo de la intervención en los estudiantes de forma clínica y estadística. Desafortunadamente no se pudo constatar el efecto de la intervención sobre el rendimiento académico. Para la sintomatología depresiva, la mayoría de los estudiantes tuvo un porcentaje mayor a 20% de cambio positivo y, en el caso de la sintomatología ansiosa, todos los

participantes presentaron una mejoría clínicamente significativa (García *et al.*, 2012).

Si bien en la terapia cognitiva-conductual se ha enfatizado la importancia de los pensamientos en el mantenimiento o la activación de los estados de ánimo negativos, recientemente se ha destacado la necesidad de considerar el papel de procesamiento emocional, no como algo que hay que suprimir o limitar, sino como parte ineludible de la experiencia humana. Se han desarrollado modelos de tratamientos que se centran en las emociones como parte transversal del procesamiento de la información en diferentes situaciones. Más que considerarla una consecuencia, esto busca un tratamiento integral de los problemas en el proceso terapéutico. La terapia de esquemas emocionales y la terapia de aceptación y compromiso comparten que la emoción no es el problema principal, sino la interpretación y las estrategias que se usan. Además de la habilidad para reaccionar a esas emociones, se destaca el papel de la evitación emocional en su exacerbación y descontrol (Leahy, 2018).

Modelo de esquemas emocionales

Desde la perspectiva de esquemas emocionales, en el proceso de la terapia cognitiva es importante tener en cuenta la interacción entre los esquemas emocionales y las estrategias de evitación de los pacientes, y cumplir tres objetivos: ejecutar estrategias específicas para eliminar o disminuir los esquemas emocionales desadaptativos y reemplazarlos por otros más adaptativos y funcionales, superar la resistencia en el proceso terapéutico y trabajar la evitación emocional mediante técnicas cognitivas y conductuales (Manríquez y Aguado, 2006).

La terapia de esquemas emocionales es diferente a otros modelos de la tercera ola de terapia cognitiva-conductual, con una perspectiva en la cual se enfatiza la interpretación individual de las emociones más que sólo aceptar la emoción o practicarla con atención plena. Aunque esas estrategias son muy útiles, este tipo de terapia intenta clarificar una teoría específica de las emociones, modificarla y promover estrategias

más adaptativas de regulación, con énfasis en la validación y la normalización, además de la unión entre emociones y valores, la modificación de las creencias sobre la duración de las emociones y el aumento de la aceptación de los sentimientos encontrados. A continuación, se explicarán con mayor profundidad la terapia de esquemas emocionales y los beneficios reportados en diferentes escenarios (Leahy, 2018).

El modelo de esquemas emocionales propone que cada persona tiene una teoría diferente sobre las emociones y la regulación emocional. De esas teorías personales se desarrollan las estrategias problemáticas para afrontar las emociones; es decir, es un modelo en el cual se explica cómo cada persona percibe, interpreta, evalúa y responde a sus emociones y a las de otras personas. Las interpretaciones son sobre eventos externos e internos; es decir, también se interpreta la experiencia interna. Una vez que la emoción se activa, se echan a andar las creencias relativas a los esquemas sobre duración, necesidad de control, comprensión, consenso con las emociones de otros, culpa o vergüenza sobre la emoción, capacidad de tolerar emociones encontradas, racionalización, aceptación, expresión emocional y percepción de validación que obtiene cada persona

Al tratarse de un modelo que describe la teoría sobre las emociones que tiene cada persona, parecido al modelo metacognitivo, las interpretaciones problemáticas sobre la emoción hacen que las emociones se experimenten como intrusivas y no deseadas. En este modelo, la experiencia emocional se vuelve el centro de la terapia (Leahy, 2018). Dichas teorías sugieren que el desarrollo de los esquemas emocionales surge como respuesta a las experiencias de vida individuales y en el contexto de las relaciones interpersonales. Los esquemas emocionales también tienen contexto en la teoría de la metaemoción, la cual se refiere a las reacciones secundarias sobre las experiencias emocionales y a las implicaciones de los esquemas sobre la autorregulación (Edwards y Wupperman, 2019).

Desde la propuesta metacognitiva, Wells propone que las metacogniciones son responsables del control —saludable o no— de la mente. Son una gama de factores interrelacionados que se compone del conocimiento o procesos cognitivos involucrados en la interpretación, monitoreo o control de los pensamientos. Wells usa la metáfora de una orquesta, en la cual su funcionamiento representa el pensamiento. Se necesita una partitura y un director, la metacognición es ambos, es decir, se monitorea, controla y evalúa el producto y el proceso de la mente. La metacognición va dando forma a aquello a lo que se presta atención e influye en las estrategias que se usan para regular pensamientos y emociones (Garay y Keegan, 2016). El modelo metacognitivo de Wells está directamente relacionado con el modelo de esquemas emocionales, con una estructura similar, sólo que en este último se hace énfasis en las emociones, mientras que en el modelo metacognitivo se enfatizan los pensamientos en general. Ambos modelos comparten el vínculo con los valores y el funcionamiento interpersonal (Leahy, 2011).

La metacognición refleja cómo se responde o se regulan los procesos cognitivos, mientras que la metaemoción abarca las reacciones secundarias a las experiencias emocionales. Las teorías de metacognición y metaemoción sugieren que los esquemas emocionales son un tema central en el funcionamiento psicoemocional e influyen en los procesos de la emoción, la regulación emocional y la conducta. Es importante enfatizar que, si las emociones se aceptan y validan, es más probable que se usen estrategias adaptativas de regulación emocional, pero cuando las emociones se viven como anormales o se invalidan, se utilizan estrategias de regulación poco adaptativas.

Leahy *et al.* (2018) llevaron a cabo un estudio que proponía que los procesos metacognitivos tienden a activarse si la persona tiene creencias negativas sobre la experiencia emocional. El propósito del estudio era examinar la relación entre los factores metacognitivos de la preocupación y los esquemas emocionales, para determinar la contribución de cada uno a la ansiedad y a la depresión. A 425 personas

se les aplicó el cuestionario de metacognición, la escala de esquemas emocionales de Leahy y los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Los resultados indicaron que los procesos metacognitivos y las creencias sobre la emoción contribuyen a la depresión y ansiedad. Por su parte, la preocupación parece ser una estrategia que se usa para afrontar las creencias sobre la emoción.

Algunas sugerencias para la práctica en esquemas emocionales incluyen que el terapeuta debe evaluar los esquemas emocionales durante el tratamiento, desafiar los esquemas desadaptativos y fomentar los esquemas adaptativos. Se pueden abordar los esquemas a través de diferentes estrategias, como psicoeducación, reestructuración cognitiva, experimentos conductuales y diálogo socrático, entre otras. Todo lo anterior teniendo en cuenta los aspectos generacionales y culturales de la población que se estudie (Edwards y Wupperman, 2019).

En el estudio de Tirsch *et al.* (2012) se utilizó el cuestionario de metacogniciones para identificar creencias positivas sobre la preocupación, creencias negativas sobre preocupaciones incontrolables y sus peligros, baja confianza cognitiva, creencias negativas sobre pensamientos y autoconocimiento cognitivo. Las creencias negativas sobre las emociones tuvieron una relación significativa con cada uno de los cinco factores de metacognición y con ansiedad y depresión. Casi todos los 14 esquemas emocionales se relacionaron con los factores metacognitivos de la preocupación; es decir, hay creencias negativas sobre las emociones a través de diferentes dimensiones que predisponen la activación de la preocupación. Los análisis sugirieron que lo incontrolable de la preocupación mediaba de manera parcial en la relación entre las creencias negativas de la emoción y los síntomas de ansiedad y, por otra parte, lo incontrolable de la preocupación y la confianza cognitiva mediaban de manera parcial en la relación entre las creencias negativas sobre la emoción y los síntomas depresivos. (Tirsch *et al.*, 2012).

Esos resultados dan soporte a los modelos metacognitivo y de esquemas emocionales; indican que el proceso metacognitivo y las creencias sobre la emoción contribuyen de forma separada a la depresión y ansiedad mientras que la preocupación es una estrategia que se utiliza para afrontar las creencias negativas sobre la emoción (Leahy *et al.*, 2018). Por su parte, el modelo de esquemas emocionales podría explicar las dimensiones metacognitivas de la experiencia de ansiedad y enfatizar la aplicación de los procesos basados en evidencia que se involucran en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La terapia entrena al paciente para evaluar sus esquemas emocionales; es decir, las creencias, respuestas y reacciones cuando experimenta alguna emoción. Esto con el objetivo de que tenga una relación adaptativa con su experiencia emocional (Tirch *et al.*, 2012).

Terapia de esquemas emocionales

La terapia de esquemas emocionales es un tipo de terapia cognitivo-conductual que enseña al paciente a reconocer, nombrar y modificar emociones; cambiar la forma de interpretarlas y juzgarlas, además la forma en la que se manejan. Gracias a eso, el paciente puede tomar ventaja para lograr sus objetivos, tener una vida satisfactoria y buenas relaciones sociales (Kolyaie *et al.*, 2016). En la terapia de esquemas emocionales las emociones se perciben como el resultado de la interacción entre predisposiciones biológicas, experiencias de socialización y la construcción social de las emociones (Leahy, 2015).

De acuerdo con Leahy (2017), la terapia de esquemas emocionales puede ayudar de diversas formas; por ejemplo, se pueden aprender cuáles son los esquemas emocionales específicos y cómo los esquemas afectan la capacidad de disfrutar la vida; también se puede aprender la forma en la que dichos esquemas se mantienen o se refuerzan mediante elecciones, cómo se aprendieron esos esquemas, cómo modificar los que son poco adaptativos y se puede aprender a desarrollar esquemas nuevos, más funcionales y adaptativos. Según Leahy (2019), los esquemas emocionales reflejan las teorías sobre la emoción, es decir, la

experiencia emocional, creencias sobre qué tan legítimas son las emociones y las estrategias de afrontamiento, por otro lado, LeDoux y sus colegas se refieren a los esquemas emocionales como la información recopilada sobre una emoción, recuerdos, respuestas conductuales y sensaciones corporales ante éstas.

Los esquemas emocionales son *paquetes* o *algoritmos* de creencias que se tienen sobre una emoción o sobre una experiencia emocional; por ejemplo, algunas creencias que favorecen la regulación emocional son las siguientes: las emociones son breves, temporales y necesarias, son válidas, se parecen a las emociones de otras personas y están relacionadas con los valores. La interpretación sobre las emociones determina cómo van a ser experimentadas. Quienes tienen interpretaciones desadaptativas sobre la emoción tienen estrategias problemáticas para regularse. Algunas formas no adaptativas son las conductas de escape, evitación, rumiación, preocupación y culpar a otros o a ellos mismos (Leahy, 2016).

También se pueden definir los esquemas como patrones de procesamiento de información que sesgan la atención, memoria e interpretación de los diferentes estímulos; es decir, son un componente de otras reglas que conducen a respuestas cognitivas rápidas cuando la información es limitada. Esto es importante porque el procesamiento es automático, los esquemas que se aprenden con la familia y las figuras importantes pueden contribuir a esos esquemas y éstos se convierten en la forma habitual en la que se percibe el mundo. También los esquemas afectan la memoria: hay una tendencia a recordar las cosas que apoyan los esquemas personales y a olvidar aquellas cosas que no son tan consistentes con dichos esquemas (Leahy, 2017).

Para ejemplificar los esquemas desadaptativos tempranos, Calvete y Orue (2012) reportaron que los esquemas de culpa son un predictor en el trastorno de fobia social. Hakan *et al.* (2008) reportaron que en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo los esquemas predominantes son aislamiento, estándares poco realistas e hipercrítica,

entre otros. De manera que los esquemas desadaptativos son pautas estables asociadas a los procesos emocionales, a las creencias centrales que surgen en la adolescencia y que se mantienen a través de los años.

El modelo de esquemas emocionales incluye dos estilos de afrontamiento de las emociones. El primero es un estilo en el cual las emociones se normalizan; el otro es un estilo en el cual las emociones se afrontan de manera patológica. Si se normalizan las emociones desagradables, se pueden aceptar y expresar de manera adecuada; son una experiencia de duración corta y reflejan los valores de cada persona. En el estilo patológico, las emociones desagradables se perciben como algo peligroso, que dura mucho y que es una experiencia única para quien está sintiéndolas; de ahí viene la necesidad de reprimirlas (Sirota *et al.*, 2018). La interpretación sobre las emociones determina cómo va a ser la experiencia de las mismas. El concepto individual sobre las emociones se relaciona con las interpretaciones sobre la legitimidad, las causas, la duración, el control, el peligro y la regulación de las emociones globales y personales (Leahy, 2009).

Leahy propone que hay catorce esquemas para el procesamiento emocional (2015, p. 47):

1. Validación. Se refiere a la sensación de que alguien comprende las emociones que se experimentan. Permite que la persona no crea que va a perder el control cuando experimenta alguna emoción, promueve el consenso con las emociones de otros, reduce el entumecimiento emocional, culpa y vergüenza; además, se relaciona con menor duración y mayor aceptación de la emoción.

2. Comprensibilidad. Es la capacidad de identificar la relación que existe entre las emociones y creencias. Es poder darle sentido a las emociones que experimenta. Se relaciona con casi todas las dimensiones, es un elemento central en el procesamiento emocional. Quienes experimentan la comprensibilidad no tienen miedo a perder el control ni creen que sus emociones van a durar mucho tiempo; ven a otras personas como

validadores de lo que sienten, obtienen mayor validación, se perciben como alguien que acepta sus emociones y tienden menos a culpar a otros y a rumiar.

3. Culpa. Esta dimensión se refiere a la creencia de que no deberían tenerse algunas emociones. Cuando una persona no se siente validada, es más propensa a culpar a los demás y a criticarse a sí mismo. Reporta más culpa sobre la emoción, no se identifica alguna relación entre su emoción y sus valores, además de que perciben menor control sobre las emociones, enfatizan ser racionales y tienden a rumiar con mayor frecuencia.

4. Visión simplista de la emoción. Se trata de la incapacidad de comprender que se pueden experimentar emociones encontradas sobre uno mismo y sobre los demás. La visión sobre las emociones complejas facilita el procesamiento emocional. Se puede obtener una visión más amplia a través de tolerar emociones ambivalentes. La dificultad se relaciona con la percepción de que, si la persona no puede validar emociones encontradas, sus emociones son incomprensibles.

5. Conexión con valores. La terapia de esquemas emocionales propone que los valores ayudan a organizar el significado de las acciones y experiencias para así tener claro lo que verdaderamente le importa a la persona y, de esa manera, darle profundidad a las circunstancias difíciles e inevitables de la vida.

6.- Control. Se refiere a las creencias sobre el control de la emoción; por ejemplo, la creencia de que el control sobre las emociones se relaciona con menor ansiedad y depresión. Por otro lado, la creencia de que se necesita hacer casi cualquier cosa para controlar la emoción puede generar temor a la emoción en sí misma. La percepción de que las emociones se pueden salir de control es un predictor de otras creencias disfuncionales sobre las emociones, como ansiedad y depresión.

7. Adormecimiento emocional. Según la terapia de esquemas, el adormecimiento es una consecuencia de la evitación cuyo objetivo es

inhibir la experiencia emocional. Sin experimentar la emoción, no se puede aprender que las emociones son tolerables y que no serán incapacitantes ni durarán para siempre. El adormecimiento puede ser una defensa cognitiva ante el afecto intenso que viene antes del procesamiento emocional.

8. Racionalización: Quienes prefieren la racionalización que vivir la experiencia emocional tienen la creencia de que ser racionales es una forma de funcionamiento superior. Creen también que las emociones deben ser eliminadas y eso puede inhibir su validación, expresión, aceptación y autocomprensión.

9. Duración. Con esta dimensión se evalúan las creencias sobre la duración de las emociones. Se pueden percibir como experiencias temporales y situacionales, o bien como algo que puede sostener el sufrimiento. Percibir que las emociones son de larga duración se relaciona con la depresión y con una visión simplista sobre las mismas.

10. Consenso. Es la creencia de que otras personas comparten las mismas emociones. La normalización de las emociones es un componente importante en el tratamiento cognitivo de la ansiedad. En el modelo de esquemas emocionales, reconocer que otros tienen emociones similares es una forma de validación que podría reducir la ansiedad y depresión.

11. Aceptación. Se refiere al reconocimiento de lo que es. La aceptación ideal es sin juicio, control ni miedo sobre la experiencia emocional ni sobre alguna circunstancia. La aceptación permite experimentar el mundo, incluyendo las emociones, como una parte de la realidad.

12. Rumiación. Es una estrategia de afrontamiento problemática para pensamientos y emociones no deseados, en la cual mediante el discurso interno se está repitiendo de manera constante lo que genera el malestar. Promueve la sensación de estar estancado en una emoción o experiencia en la que gran parte del tiempo se está evocando lo incómodo de la emoción y eso impide aceptar la naturaleza inesperada, poco simple o desagradable de las emociones.

13. Expresión. El deseo de experimentar y expresar emociones refleja la aceptación de que son importantes y mediante eso se puede ampliar el entendimiento sobre lo que se sabe de las mismas.

14. Culpar a otros. Se refiere a la creencia de que alguien más causó las emociones que la persona experimenta. Es probable que se sientan provocados, tratados de manera injusta, ignorados o simplemente no comprendidos. Ésas son respuestas comunes a sus propias emociones desagradables.

El modelo de esquemas emocionales describe que una vez que se activa alguna emoción, lo que se interpreta de ésta determina cómo se reacciona a la emoción y la forma en la que se regula; es decir si la emoción se mantiene, escala o disminuye (Leahy, 2015, p. 56). Greenberg y Pavio (1997) proponen que los esquemas emocionales dan a cada persona un sentido integrado de él mismo y del mundo. Los esquemas emocionales no se basan únicamente en la emoción, sino que son una síntesis compleja de pensamientos, motivación, acción y afecto.

Los esquemas emocionales se pueden observar en la ansiedad, en la depresión y en otras formas de psicopatología. Ciertos esquemas emocionales tienden a ser más predictivos que otros en algunos padecimientos. Por ejemplo, en un estudio realizado con 295 participantes, en el cual se exploró la relación de los esquemas emocionales, la flexibilidad psicológica y la atención plena en personas con ansiedad elevada, se reportó que 10 de las dimensiones de los esquemas emocionales —baja validación y comprensibilidad, culpa, visión simplista de la emociones, control, duración, bajo consenso y aceptación, rumiación y culpar a otros— tuvieron una correlación positiva con el puntaje del inventario de ansiedad de Beck. Eso mostró relaciones altamente significativas entre esquemas emocionales poco adaptativos y altos valores de ansiedad, específicamente sobre los síntomas físicos de ansiedad.

Esa correlación se observó en síntomas tanto físicos como cognitivos. Por otro lado, cuatro de las dimensiones de los esquemas emocionales —adormecimiento, racionalización, expresión y conexión con valores— no se relacionaron de manera significativa con la ansiedad porque tienen poco que ver con la evitación de la misma, probando así la hipótesis de que hay esquemas emocionales que se relacionan más que otros con la evitación de la ansiedad. Los dos esquemas emocionales que estaban más correlacionados con la ansiedad son el control y duración —de la experiencia emocional—; ambos esquemas representan las interpretaciones que se hacen sobre la experiencia emocional y pueden contribuir a desarrollar la motivación para evitarlas (Tirch *et al.*, 2012).

El análisis de esas correlaciones podría no determinar de manera definitiva una relación causal, pero las pruebas sugieren que los esquemas son una parte importante del procesamiento emocional. Por ejemplo, como lo reportaron Tirch *et al.* (2012), el control, la flexibilidad psicológica reducida y las creencias sobre la duración excesiva de las emociones son buenos predictores de ansiedad en el inventario de ansiedad de Beck. Por otro lado, los esquemas de culpa, control, rumiación y validación son predictores de depresión en el inventario de depresión de Beck.

La ansiedad se relaciona con mayor culpa sobre la emoción, visión simplista, más rumiación, menos aceptación, la creencia de que las emociones no son controlables, con menor aceptación y con la percepción de que las emociones que se experimentan, no son compartidas por otros (Leahy, 2002). La ansiedad también se caracteriza por esquemas sobre amenazas y miedo a fallar (Leahy, 2017, p. 396).

Por su parte, la depresión se caracteriza por esquemas sobre pérdida, privación y fallas (Leahy, 2017, p. 396). La depresión se relaciona con mayor culpa sobre la emoción, la expectativa de que la emoción dure mucho, mayor rumiación y menor comprensión de las emociones, y una visión más simple sobre las mismas y la creencia de que son menos controlables (Leahy, 2002).

Para identificar los procesos que contribuyen a la depresión, Leahy *et al.* (2012) hicieron un estudio sobre la relación entre aversión al riesgo, esquemas emocionales y flexibilidad psicológica en 425 adultos que tomaban psicoterapia y se evaluaron con el cuestionario de aversión al riesgo, la escala de esquemas emocionales y el cuestionario de aceptación y acción. Los resultados se discutieron en términos de cómo contribuyen las creencias sobre la experiencia emocional y la tolerancia al riesgo como procesos que afectan la depresión y la flexibilidad psicológica². Los resultados del estudio mostraron que hay una relación fuerte entre la visión negativa de las emociones y la flexibilidad cognitiva. Eso sugiere que quienes son menos flexibles tienen una visión más negativa sobre sus emociones.

Las 14 dimensiones de los esquemas emocionales se relacionaron con la flexibilidad cognitiva. Los esquemas emocionales desadaptativos más predictivos fueron la invalidación, falta de consenso, culpa, falta de valores elevados e incomprendibilidad. Eso conlleva un punto importante: las creencias negativas sobre las emociones dan menos apertura y flexibilidad a las experiencias desafiantes de la vida.

Según los autores Leahy *et al.* (2012), si bien la correlación no determina causalidad, es prudente asumir que la habilidad para tolerar y estar abierto a experiencias difíciles resulta en un estilo de pensamiento con menor aversión al riesgo. Las creencias negativas sobre la emoción predijeron una mayor generalización de la pérdida, poca habilidad para percibir ganancias, necesidad de tener certeza, percibir que se tienen pocos recursos y evitación de manera general. La regresión múltiple indicó que la rumiación, la culpa, la menor conexión con valores, la visión simplista de la emoción y la percepción de la duración fueron predictores de la aversión al riesgo. Esos esquemas emocionales reflejan

² Según Hayes *et al.* (2006), la flexibilidad cognitiva se entiende como la habilidad de estar en el momento presente, tolerar pensamientos y emociones incómodos y sin necesidad de defenderse, además sostener la búsqueda flexible de objetivos valiosos.

la creencia de que es poco útil tomar decisiones arriesgadas con respecto a la regulación emocional.

Según Wells (2009), si se tienen en cuenta las metacogniciones, estos resultados apoyan el modelo de metacognición en el cual las creencias sobre la duración, control y peligro de la emoción son relevantes en la depresión. Particularmente, la aversión al riesgo es una estrategia que usa quien está deprimido para minimizar la pérdida, quienes tienen aversión al riesgo son pesimistas con los resultados, requieren resultados positivos inmediatos, sufren más las pérdidas en comparación con lo que disfrutaban las ganancias, consideran que cuentan con pocos recursos actuales o futuros y es más probable que generalicen lo negativo. Y como se ha mencionado, los esquemas emocionales proponen que cada persona conceptualiza, evalúa y experimenta las emociones según sus estrategias de regulación emocional.

Esquemas emocionales en estudiantes universitarios

Para este trabajo resulta importante analizar cómo son los esquemas emocionales en estudiantes universitarios. Un estudio de esquemas emocionales realizado con 451 estudiantes de universidades públicas y privadas en Lima tuvo el objetivo de identificar la relación entre los esquemas emocionales y la dependencia emocional. Se utilizó la escala de esquemas emocionales de Leahy, adaptada por Aguirre *et al.* (2017) y la escala de dependencia emocional-ACCA. El estudio mostró que sí existen diferencias significativas en esquemas de control, valores, aceptación, validación y comprensión de emociones. Eso da como resultado que hubo estudiantes que pudieron percibirse con mayor capacidad de control y asociarlo a sus valores, en comparación con otros estudiantes que no se perciben de esa manera.

El análisis de esquemas emocionales se realizó con estudiantes de distintas universidades de Lima, las diferencias fueron de acuerdo a la edad (adolescencia tardía, adultez temprana y adultez tardía) y a la universidad de procedencia. Los estudiantes de mayor edad (adultez

tardía) presentaron mayor control emocional y valores altos (específicamente aceptación - validación y comprensión de las emociones) en contraste con los estudiantes del rango de adolescencia tardía y adultez temprana, siendo los de adolescencia tardía quienes tuvieron la puntuación menor frente a dichos esquemas.

De acuerdo con los autores, las diferencias entre los grupos de edad surgen debido a la percepción de control de las emociones que se relaciona con valores referente a la edad, es decir, asumen que el aprendizaje que se da a lo largo de la vida, nos lleva a mejor el entendimiento de distintas situaciones y de nuestras emociones. Según la variable de dependencia emocional, 87% de la población universitaria mostró tendencia a la misma.

Identificar las diferencias significativas en esquemas de control, valores, aceptación, validación y comprensión de emociones es muy importante, ya que la percepción de control de las emociones se relaciona con manifestaciones de ansiedad. Si los estudiantes reconocen sus valores al evocar una emoción, pueden clarificar aspectos importantes de las metas que tienen. También se encontró que algunos tienen mayor disposición a aceptar y validar sus emociones. Con respecto a la rumiación y a la visión simple de las emociones, no encontraron diferencias.

Con respecto al sexo, hubo diferencias significativas sólo en el esquema de insensibilidad presentada en varones con puntuación promedio de 6.07 mientras que las mujeres obtuvieron 5.83. Se observó que la correlación entre los esquemas y la dependencia emocional fue de baja magnitud y la mayoría negativa, pero altamente significativa; es decir, a mayor inestabilidad emocional y rigidez mental, se presentará mayor dependencia emocional; en otras palabras, quienes presentan esquemas emocionales adaptativos podrían mostrar mayor nivel de flexibilidad psicológica en el futuro. De acuerdo con las edades –adolescencia tardía, adultez temprana y adultez intermedia– para los esquemas de control, valores, aceptación, validación, comprensión de las emociones

e insensibilidad, hay diferencias significativas. En las medias de la adultez intermedia, de 9.50; con respecto a la adolescencia, con 13.24; y la adultez temprana, con 13.47. La dependencia emocional es más fuerte durante la adolescencia y primeros años de adultez, y decrece en la adultez media.

Se concluye que los universitarios que no comprenden sus emociones tendrán dificultad para afrontarlas de manera adecuada y clarificar sus valores cuando tienden a la necesidad de afecto. Cabe recordar que quienes tienen la percepción de que no controlan sus emociones manifiestan mayor ansiedad y, cuando los estudiantes reconocen sus valores al experimentar sus emociones, pueden clarificar metas (Aguirre *et al.*, 2017).

Otra investigación se hizo con estudiantes de medicina, quienes según los autores, son un grupo vulnerable (Dyrbye y Thomas, 2006). Es importante recordar que el éxito académico en la universidad requiere la capacidad de procesamiento emocional de los estudiantes, quienes en un periodo corto deben procesar una gran cantidad de información, lidiar con el estrés y responsabilidad por cuidar la vida de otras personas, además de desarrollarse en un ambiente competitivo. Todo lo anterior puede resultar en sintomatologías ansiosa y depresiva. Participaron 400 estudiantes de la Universidad Estatal de Medicina y Odontología de Moscú. Se utilizaron la Lista de comprobación de síntomas-90-Revisada (versión rusa, Tarabrina) y la escala de esquemas emocionales Leahy II (la versión rusa, adaptada por los autores y por Kochetkov). El objetivo de esa investigación era observar signos de ansiedad y depresión en estudiantes de medicina y su dependencia de la intensidad de los esquemas emocionales disfuncionales. Los estudiantes de medicina se dividieron en dos grupos: quienes mostraron altos y bajos esquemas disfuncionales.

Esta investigación demostró que quienes muestran esa sintomatología tienden a estrategias cognitivas poco adaptativas para procesar las

experiencias emocionales. Los resultados principales señalaron lo siguiente:

El grupo de estudiantes que normalizó las emociones mostró niveles más bajos de esquemas disfuncionales; es decir, percibían sus emociones como algo normal y significativo, mostraron niveles más bajos de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, somatización y sensibilidad interpersonal. El segundo grupo de estudiantes afrontaba las emociones de forma patológica, seguía reglas estrictas y poco adaptativas con sus experiencias emocionales y tendía a pensar que otros devaluarían o ignorarían sus emociones, mostrando signos de ansiedad, depresión, obsesión compulsión y somatización. Los estudiantes de este último grupo tuvieron baja tendencia a expresarse y alta tendencia en pensamientos intrusivos y compulsividad. Los resultados de la investigación mostraron que los estudiantes emocionalmente vulnerables tienden a sentirse tensos, preocupados, con depresión y dificultad para resolver problemas de manera constante. Por último, los autores sugieren que la incapacidad de comprender las emociones es una forma importante de vulnerabilidad cognitiva (Sirota *et al.*, 2018).

En una investigación realizada con 290 estudiantes iraníes, se exploró el papel de los esquemas emocionales en la predicción de la preocupación patológica (Kamali *et al.*, 2013). Se utilizó el cuestionario de preocupación Penn State para evaluar la tendencia a engancharse con la preocupación excesiva e incontrolable, y la escala de esquemas emocionales en su versión persa. Según los resultados, los esquemas de incontrolabilidad, autoconciencia, expresión y visión simplista de las emociones predijeron la preocupación patológica. El hallazgo del esquema de falta de control fue consistente con el modelo metacognitivo de Wells (1995), el cual señala que quien experimenta ansiedad sostiene un conflicto entre el miedo de que la preocupación es incontrolable y la creencia de que la preocupación lo protege.

De forma paralela, el estudio muestra que la expresión de la emoción también puede predecir preocupación patológica; esto tiene sustento con el modelo de esquemas emocionales de Leahy (2007), en el que expresar la emoción le permite al paciente comprobar la creencia de que la ansiedad escala, mas no lo lleva a perder el control, al colapso mental ni al daño físico. Quien está preocupado no expresa la emoción, así que ésta se mantiene.

Por último, es importante mencionar que la preocupación patológica se relacionó con el esquema de visión simplista de las emociones de la siguiente manera: quienes estuvieron preocupados percibieron situaciones inciertas y ambiguas como experiencias estresantes e incómodas y, como resultado, se preocupaban. Los autores sugieren que los resultados se examinen en formatos diferentes para que puedan establecerse inferencias causales (Kamali *et al.*, 2013).

Sobre la efectividad de la terapia de esquemas emocionales en estudiantes con depresión: por ejemplo, la investigación cuasi experimental con 38 participantes iraníes cuyo objetivo era evaluar el efecto de la terapia de esquemas emocionales en la reducción de la depresión en mujeres adolescentes, quienes recibieron el tratamiento en esquemas emocionales y adoptaron estrategias adaptativas para identificar y modificar los esquemas poco funcionales. Eso les permitió aceptar y expresar sus emociones para conectarlas con sus objetivos, mejorar su vida y sus relaciones personales (Kolyaie *et al.*, 2016).

Uno de los conceptos clave que puede favorecer el adecuado desempeño académico en los estudiantes es la incomodidad constructiva, que se refiere a tener la voluntad de participar de manera persistente en comportamientos incómodos como un medio para lograr objetivos valiosos (Leahy, 2017). La disposición a dicha incomodidad se logra gracias a la reestructuración cognitiva, que permite al estudiante aprender que cambiando las interpretaciones de los eventos se pueden modificar las respuestas emocionales. Esto da una sensación grata de su eficacia cuando experimentan una emoción no deseada. El terapeuta,

mediante el concepto de incomodidad constructiva, puede alentar al paciente a aprender a tolerar dificultades y a lograr el progreso en los objetivos que se plantean, por ejemplo, a participar en clase, exponer o resolver un examen. (Leahy, 2016).

Es relevante mencionar que también se ha probado la efectividad de la terapia de esquemas emocionales en el entorno grupal. En una investigación con el propósito de someter a prueba la efectividad de la terapia grupal de esquemas emocionales sobre la regulación emocional, los esquemas emocionales y la ansiedad social se llevó a cabo un diseño cuasiexperimental de prueba previa y posterior con un grupo de control en lista de espera. Participaron 24 mujeres de 18 a 35 años de edad con el diagnóstico de ansiedad social. La mitad de ellas fue asignada al azar a un grupo de tratamiento y tuvo diez sesiones de terapia grupal de esquemas emocionales; se les evaluó con el cuestionario de regulación emocional, el cuestionario de pensamientos ansiosos de Wells y la escala de esquemas emocionales de Leahy.

Los resultados en comparación con las participantes del grupo de control fueron que la terapia de esquemas emocionales disminuyó los síntomas de ansiedad, incluida la ansiedad por la salud y la ansiedad social; disminuyó también la supresión de las emociones y redujo significativamente los esquemas emocionales negativos —culpa, visión simplista de las emociones, entumecimiento, racionalización, rumiación, duración y culpar a otros—. Con respecto a los esquemas emocionales positivos, aumentó la validación, comprensión, valores, control, consenso, aceptación y expresión (Morvaridi *et al.*, 2018).

Identificar los esquemas emocionales da la posibilidad de dirigir el tratamiento, además de que se generan opciones para prevenir el desarrollo de psicopatologías. El objetivo de la terapia de esquemas emocionales es enseñar diferentes estrategias de regulación y modificar las creencias o teorías sobre las emociones cuando éstas son poco funcionales. Con lo anterior, tal vez se pueda construir un marco teórico más completo de esquemas emocionales y así mejorar la investigación

de un constructo que constituye la base una gran gama de psicopatologías.

Escala de esquemas emocionales

La herramienta mediante la cual se evalúan los esquemas emocionales es la escala de esquemas emocionales de Leahy —LESS II por sus siglas en inglés—. Se desarrolló con base en el modelo de esquemas emocionales previamente explicado (Leahy, 2012) y se enfoca en cómo el paciente piensa y responde a sus emociones. Está conformado por 14 dimensiones: validación, comprensibilidad, culpa, visión simplista de las emociones, conexión con valores, control, adormecimiento, racionalización, duración, culpar a otros, consenso, aceptación y rumiación (Leahy, 2015, p. 63).

La escala se ha estudiado en diferentes poblaciones; por ejemplo, en un estudio en el que se evaluaron y adaptaron las propiedades psicométricas de la escala de esquemas emocionales de Leahy II a población rusa, con 200 participantes y una edad media de $20,1 \pm 3,3$. La escala obtuvo fiabilidad test re-test comparable y consistencia interna a la versión original de la escala de Leahy. Los esquemas emocionales presentaron la totalidad de las interpretaciones y creencias con respecto a las emociones de cada persona y las emociones de otros. Se confirmó que los esquemas emocionales se vincularon con la gravedad de síntomas psicopatológicos, los esquemas desadaptativos tempranos y las estrategias de regulación emocional desadaptativas. Por último, los resultados del análisis de regresión mostraron que los esquemas emocionales tienen un papel fundamental en el desarrollo de síntomas psicopatológicos (Sirota *et al.*, 2016).

Todavía no hay una versión de LESS II en castellano, pero se hizo una investigación en nuestro país con el objetivo de hacer una adaptación y obtener las propiedades psicométricas del cuestionario. Participaron 289 personas de población general y se obtuvo la validez convergente con las escalas de ansiedad y depresión de Beck y un coeficiente alfa de 0.85,

por lo cual se considera una herramienta útil para evaluar los esquemas emocionales (Velázquez *et al.*, 2020). Sin embargo es necesario señalar que en los estudios señalados no se presentan datos sobre la estructura del instrumento como factores, o la confiabilidad de cada uno de ellos, es decir no reporta valores alfa de cada una de las dimensiones que propone, el respaldo empírico es sobre la correlación con otros inventarios como el Inventario de Depresión de Beck así como el de ansiedad.

Se realizó un estudio con el propósito de hacer una traducción y validación de la escala de esquemas emocionales de Leahy para población mexicana con 409 estudiantes de la Facultad de Contaduría y Administración de la UNAM. Participaron 225 mujeres y 184 hombres. En el análisis factorial exploratorio la prueba quedó conformada por 32 reactivos, mientras que la original era de 50, éstos tienen adecuada consistencia interna con $\alpha = 0.808$. Se dividió en dos áreas y se agruparon de una forma distinta a la propuesta por Leahy. Según los datos de ese estudio se propuso:

Tabla 2

Resultados del análisis factorial de los esquemas emocionales

Bienestar emocional	Malestar emocional
Comprensibilidad, con 7 reactivos $\alpha = 0.817$	Culpa o vergüenza, con 5 reactivos $\alpha = 0.749$
Validación, con 5 reactivos $\alpha = 0.682$	Culpar a otros por mis emociones, con 4 reactivos $\alpha = 0.742$
Expresión, con 3 reactivos $\alpha = 0.783$	Control, con 3 reactivos $\alpha = 0.606$
Aceptación, con 2 reactivos (se toma como indicador pero no	Necesidad de ser racional, con 3 reactivos (también estos reactivos

arrojaron valores aceptables de consistencia) $\alpha = 0.4$	se consideran como indicadores del área) $\alpha = 0.551$
--	--

La prueba en general se considera confiable aunque la estructura no suele ser estable y hubo áreas que no se conformaron adecuadamente, por lo que sería conveniente seguir trabajando en el instrumento (López, 2021).

A partir de la investigación se ha construido un marco teórico más universal para los esquemas emocionales, es decir, la investigación ha sugerido que los esquemas están asociados a normas culturales, la historia de la socialización y el funcionamiento emocional, todo eso se ha integrado en la literatura con el objetivo de mejorar la capacidad de investigar y apuntar terapéuticamente a un constructo que podría ser la base de una amplia gama de patologías (Edwards y Wupperman, 2019).

Indicadores psicofisiológicos

A continuación, se dará contexto al uso de los indicadores psicofisiológicos que se registraron en este estudio. La literatura de investigación ha examinado las asociaciones entre las construcciones emocionales y las diferentes medidas fisiológicas al respecto de problemas emocionales (Hastings *et al.*, 2014).

La emoción se entiende como un conjunto de procesos. No es suficiente llamarla *experiencia*, ya que la emoción es el resultado de la combinación de la cultura, los valores y los pensamientos. Las emociones son fenómenos temporales que alcanzan un pico de intensidad y luego decaen. La diferencia entre una emoción y un estado de ánimo es la duración de cada uno. La duración se relaciona con la amplitud de lo que se compone cada uno; lo emocional se limita a la respuesta fisiológica y los sentimientos tienen mayor amplitud porque incluyen el aspecto cognitivo. Así, una emoción puede aparecer de nuevo porque el pensamiento la vuelve a activar y, dependiendo de cuánto invertimos en lo que pensamos, una emoción se puede transformar a un estado de ánimo. Un estado de ánimo es más duradero y la mayoría de las veces no se vincula con una reacción o algún evento externo al individuo (Leahy, 2017).

Si emociones como la ansiedad se vinculan con alguna reacción, incluyen activación, sensación, intencionalidad, sentimiento, conducta motora y, en muchos casos, un componente interpersonal (Leahy *et al.*, 2011). La ansiedad puede experimentarse por un evento trascendente, una situación desconocida o ante la presencia de eventos que evoquen el recuerdo de situaciones traumáticas. Cuando la ansiedad es moderada y hay una relación con el estímulo que la provoca, se experimenta de forma normal porque alerta o protege a quien la está procesando; pero, si causa sufrimiento e invalida socialmente a quien la padece, se vuelve disfuncional.

Biológicamente, la ansiedad es una respuesta adaptativa del sistema de alarma que prepara a la persona para defenderse de un peligro potencial. Su modulación es la consecuencia de la actividad neuronal presente en las regiones cerebrales que participan en regularla y se da a través de la liberación de los neurotransmisores (Pérez, 2003).

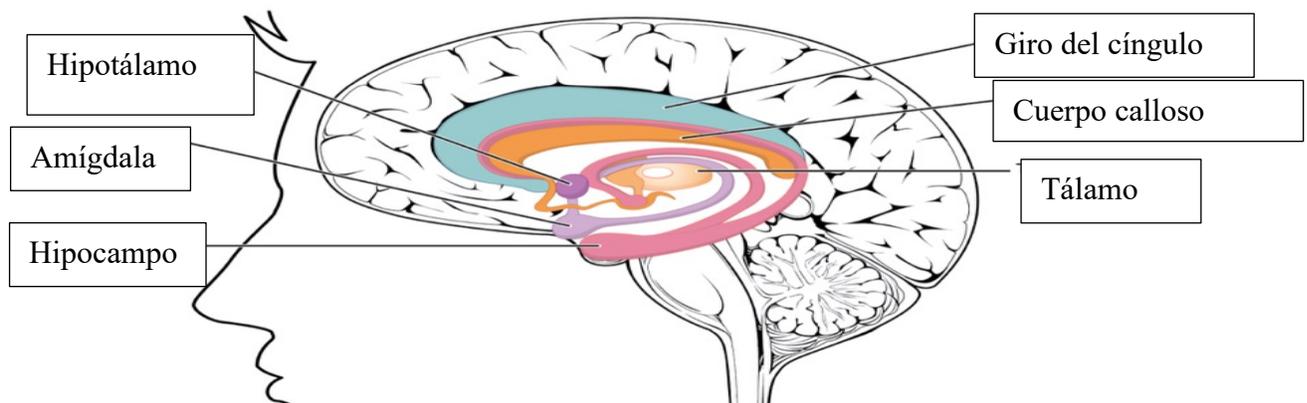
PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO EN LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

El sistema nervioso central recibe información de lo que ocurre en el organismo y en el mundo fuera de él. La información se procesa para generar diversas reacciones fisiológicas que se manifiestan en cambios en la presión arterial, frecuencia cardíaca, tensión muscular, sensación de inquietud, aprehensión, dificultad para concentrarse y síntomas autonómicos, como sudoración, falta de aliento o molestias digestivas. En casos extremos, hay sensación de irrealidad, desmayos y miedo a morir (Pérez, 2003).

En el cerebro hay varias regiones encargadas de integrar la ansiedad, varios centros nerviosos que la producen y la modulan. Algunas de esas regiones cerebrales corresponden al sistema límbico (que recibe información de la corteza frontal y prefrontal): amígdala, hipocampo, hipotálamo, sustancia gris pericaudal y, finalmente, núcleo del rafe dorsal y *locus coeruleus*, localizadas en el tallo cerebral.

Figura 1

Regiones encargadas de integrar la ansiedad

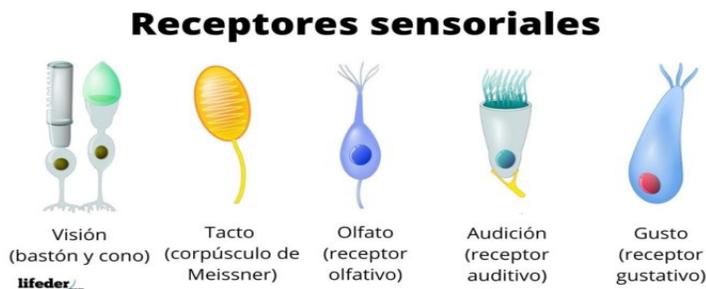


Nota: Recuperado de: <https://akirelax.es/bienestar/sistema-limbico-cerebro-emocional-celulas-emocionales-sistema-neuronal-hay-que-ejercitar-y-desarrollar-la-flexibilidad-y-la-tolerancia/>.

Para que la ansiedad se integre de una forma adaptativa, se requiere la información del medio ambiente que rodea a la persona, como la información de su medio interno y el procesamiento de ambos. La información se recoge por los órganos de los sentidos mediante diferentes receptores, los cuales informan al cerebro del estado de sus órganos y sistemas.

Figura 2

Receptores sensoriales



Nota: Parada, R. (2020) Receptores sensoriales: clasificación, fisiología, características. Lifeder. Recuperado de <https://www.lifeder.com/receptores-sensoriales/>.)

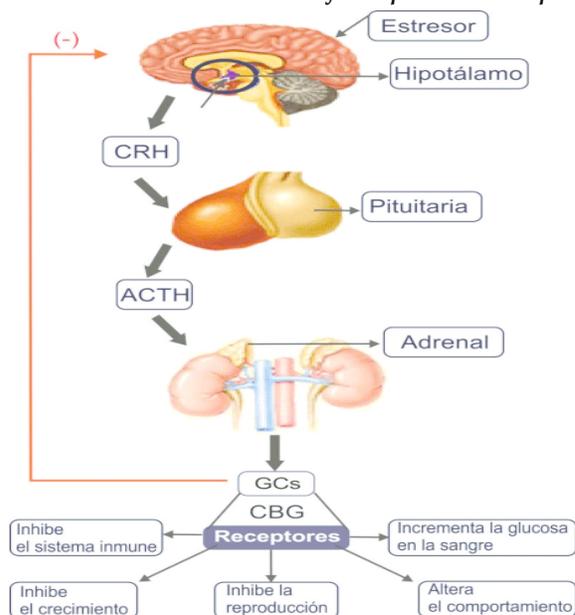
Esta información pasa por vías nerviosas específicas y se dirige a regiones especializadas de la corteza cerebral, donde, con la información ya procesada, se envía a las regiones que integran la ansiedad, como la corteza prefrontal, la corteza insular, el hipotálamo, la amígdala, el tallo cerebral, el hipocampo y la sustancia gris periacueductal. Las características y la codificación de los disparos de neurotransmisores de las neuronas explican la modulación de la ansiedad y sus mecanismos de acción. Conocer los mecanismos biológicos detrás de las emociones y estados de ánimo permite desarrollar estrategias que enseñen a regularlos (Pérez, 2003).

Sobre la depresión se ha demostrado que es un trastorno biológico que depende de factores ambientales y sustratos biológicos que van determinando alteraciones en las funciones cerebrales. En términos fisiológicos, se han propuesto modelos neuroanatómicos que engloban la corteza prefrontal, la interacción entre la amígdala y el hipocampo, el tálamo, los ganglios basales y las conexiones entre esas estructuras (Escobar y Zhang, 2009).

Uno de los factores que intervienen en el desarrollo del estado depresivo es el estrés. Los cambios fisiológicos y hormonales que acompañan al estado depresivo están asociados al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Escobar y Zhang, 2009). Eso se vuelve relevante para la presente investigación cuando se asocia con las demandas situacionales que afrontan los estudiantes universitarios, descritas anteriormente.

Figura 3

Ruta de activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal



Nota: Chávez Cedeño, P. 2016. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Ruta-de-activacion-del-eje-hipotalamo-pituitaria-adrenal-HPA-desde-que-es_fig8_298807968

La disciplina científica que se incluye en el entendimiento y la modificación de la relación entre la conducta y las funciones fisiológicas es la psicofisiología mediante diferentes métodos que incluyen medidas fisiológicas no invasivas. La psicofisiología aplicada abarca la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento. Se pueden incluir evaluaciones e intervenciones que incluyan el objetivo de comprender o generar un cambio que promueva el funcionamiento psicofisiológico saludable (Schwartz y Andrasik, 2017). Labrador y colaboradores (2001) señalan que “La evaluación psicofisiológica es un procedimiento de observación que permite obtener información de los procesos psicofisiológicos y procesos psicológicos encubiertos” (p. 182). El interés en este tipo de evaluaciones en esta investigación está en los parámetros más reactivos a la actividad psicológica.

La evaluación fisiológica implica medir la actividad fisiológica dejando aparte las condiciones psicológicas y es asituacional. Por su parte, la evaluación psicofisiológica es un proceso situacional en el cual lo importante es analizar la relación existente entre las condiciones psicológicas y la actividad fisiológica. En este estudio se realizó un registro psicofisiológico. Uno de los campos de aplicación de la evaluación psicofisiológica es el de los trastornos psicológicos con correlatos fisiológicos, como la ansiedad y la depresión (Labrador *et al.*, 2001).

Para los trastornos de ansiedad, las alteraciones más comunes son el incremento general del tono muscular, mayor actividad del sistema gastrointestinal, frecuencia cardíaca elevada, sudoración cutánea, disminución de la secreción salivar, dilatación de las pupilas e incremento en diuresis. Sobre la depresión se ha encontrado aumento en la frecuencia cardíaca, aumento en el tono muscular, disminución de la conductancia de la piel y reducción de la secreción salivar (Labrador *et al.*, 2001).

Según Labrador *et al.* (2001), para evaluar de la manera correcta los cambios en dichos parámetros, se deben crear las condiciones necesarias

en las que no se alteren o distorsionen las respuestas fisiológicas en sí, ni las conductas habituales de las personas. Es importante mencionar que hay algunos principios que guían la evaluación e interpretación del registro psicofisiológico. Uno de esos principios es la activación, que se refiere a la relación entre el nivel de actividad fisiológica y los cambios en el comportamiento. La literatura de investigación refiere tres formas diferentes de activación: la activación cortical, la autonómica y la comportamental. El complemento de la activación es la habituación, la cual se refiere a la disminución de las respuestas como resultado de la presentación constante de los mismos estímulos.

También es importante mencionar que existen tres tipos de actividades psicofisiológicas. La primera es la actividad espontánea, se refiere a las respuestas no específicas; es decir, no se relacionan con algún estímulo desencadenante conocido, es el índice del grado de activación de una persona y a mayor activación, mayor número de respuestas espontáneas. La segunda actividad es la fásica, se refiere a las respuestas psicofisiológicas específicas que fueron provocadas por un estímulo específico conocido y controlado, por ejemplo, con respecto a los latidos cardiacos por minuto, una respuesta fásica ante un sonido intenso como el de una explosión, sería el número de latidos que aumenta después de la explosión; esta actividad está mediada por los niveles de actividad previos. Por último, la actividad tónica, que se refiere al nivel absoluto de una actividad determinada, las valoraciones tónicas se asocian a condiciones que tienen un efecto mayor en el tiempo en comparación con la respuesta puntual a un estímulo. Las valoraciones tónicas se realizan en valores absolutos pero no se interpretan de forma independiente de los valores de línea base, conllevan una medida basal que se registra durante una línea base previa y que debe durar lo mismo que el periodo de evaluación. Por ejemplo, los efectos del entrenamiento en relajación sobre la actividad electromiográfica de músculos frontales se podrían realizar registrando los últimos minutos del entrenamiento y el valor medio de la actividad en ese periodo comparándose con los

niveles de esa misma actividad en el periodo de línea base, donde el participante no debe realizar ninguna actividad (Labrador *et al.*, 2001).

Hay cuatro elementos que se utilizan en la evaluación psicofisiológica:

- ✓ Las respuestas que se detectan de los participantes del estudio: pueden provenir del sistema somático; es decir, respuestas del sistema musculoesquelético que dependen del control voluntario de cada persona y son mediadas por la intervención del sistema nervioso central. Las respuestas detectadas también pueden ser del sistema nervioso autónomo, que regula las actividades viscerales y glandulares. El sistema nervioso autónomo se divide en simpático y parasimpático e influye en diferentes subsistemas como el cardiovascular, cutáneo y gástrico, entre otros. Por último, las respuestas pueden venir del sistema nervioso central; es decir, la actividad neuropsicológica.
- ✓ Instrumentos que se usan para medir variables y la cuantificación de las mismas. Los instrumentos deben ser de medidas no invasivas, deben hacer mediciones continuas y deben darnos valores calibrados; es decir, los resultados deben estar en magnitudes físicas estandarizadas.
- ✓ Condiciones y situaciones a las que se someten los participantes para observar los efectos sobre sus sistemas fisiológicos, la evaluación psicofisiológica en un ambiente controlado permite a su vez un mayor control de variables, registrar un mayor número de respuestas fisiológicas y un menor número de datos, y facilita la interpretación de los resultados.
- ✓ Interpretación de los patrones de respuesta que se registraron, depende del sistema fisiológico que se estudia y se analiza la activación o fallo en el mecanismo (Labrador *et al.*, 2001).

El registro psicofisiológico se lleva a cabo con un equipo que procesa la información biológica en cuatro pasos. El primer paso en el procedimiento general de retroalimentación biológica es la detección de la señal para el registro biológico que emite la persona registrada; dicha señal depende del objetivo del estudio. El segundo paso es la amplificación: la señal que se captó se procesa y analiza; la amplificación se hace según la magnitud de la respuesta fisiológica (Schwartz y Andrazik, 2003).

El tercer paso es el procesamiento y filtrado de la señal; se simplifica la señal de retroalimentación para acumular y promediar conjuntos de señales aisladas que se producen en un periodo determinado. Ya que se tiene el registro de la señal, se deben cuantificar los resultados. Se amplifica la señal para promediar conjuntos de señales aisladas que se producen en un periodo determinado (Schwartz y Andrazik, 2003).

Para la cuarta fase, que es el cómputo y análisis de datos, se usa un convertidor analógico digital, cuyo objetivo es tomar una señal continua y convertirla en pasos discretos. La tasa de muestreo es la velocidad a la que se registran las muestras de las señales fisiológicas y los datos se analizan cuantitativa y cualitativamente. La variable del registro es continua pero se puede dividir el análisis en ventanas de tiempo de acuerdo al objetivo del estudio (Schwartz y Andrazik, 2003).

Fases de la evaluación psicofisiológica

El registro psicofisiológico procesa la información a través de las diferentes fases que se describen a continuación (Schwartz y Andrasik, 2003):

Adaptación. Esta fase permite que los participantes se aclimaten a las condiciones del laboratorio antes de presentar cualquier instrucción. Es importante, sobre todo si condiciones ambientales como la temperatura difieren en gran medida.

Línea base. Es un periodo breve en el que la respuesta psicofisiológica se estabiliza. El objetivo de esta fase es observar y medir la respuesta

fisiológica basal en estado de reposo; después se pueden comparar las mediciones de la línea base con las mediciones de la fase de estimulación. La línea base incluye condiciones como ojos abiertos, ojos cerrados, permanecer sentado o de pie.

Fase de estimulación. Puede incluir estrés cognitivo o emocional, y el objetivo es que el participante lleve a cabo las actividades que se le piden para registrar los cambios asociados a los estímulos específicos. Para esta investigación se utilizaron estresores de naturaleza cognitiva y emocional.

Fase de recuperación después del estresor. Se dan instrucciones para relajarse o soltar la tensión. El objetivo es evaluar la capacidad del paciente para relajarse después de presentar un estresor.

El registro psicofisiológico es una aplicación clínica que se utiliza por su asociación con reacciones emocionales, tiene como objetivo evaluar la capacidad del paciente para recuperarse de un evento estresante y regresar a su nivel de línea base. Es un indicador de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo y se considera una valoración fundamental cuando se realizan intervenciones en psicofisiología aplicada (Thompson, 2003).

Hay seis modalidades de registro de actividad fisiológica y retroalimentación que se utilizan con frecuencia: electromiografía (los músculos frontal, masetero, trapecio y esternocleidomastoideo son los que se monitorean con mayor frecuencia), conductancia de la piel o respuesta galvánica (registran la actividad de las glándulas sudoríparas), temperatura, respiración, frecuencia cardíaca y ondas cerebrales. La retroalimentación sobre respiración y relajación muscular, que son estrategias de manejo somático, pueden ser muy útiles para motivar a los pacientes y proporcionarles la experiencia de dominio sobre sus reacciones. El registro psicofisiológico es una herramienta útil en el tratamiento de distintos padecimientos y está documentado para los trastornos psicológicos de ansiedad e insomnio, se puede dar una

demostración de la conexión entre pensamientos y sentimientos (Brauer y Barlow, 1999).

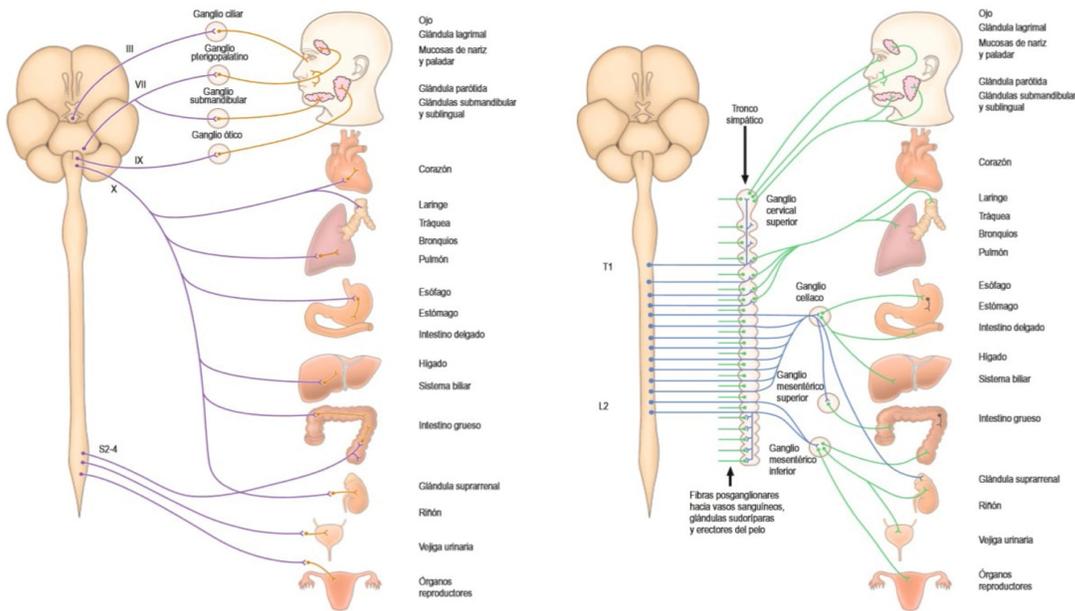
La temperatura periférica se usa por su manejo cómodo y porque tiene relativa facilidad para aprender a controlarse, en estados de tensión o estrés el flujo sanguíneo se dirige a grupos musculares grandes y la temperatura disminuye, a medida de la relajación, el flujo sanguíneo se dirige a las extremidades elevando la temperatura nuevamente. En el intercambio psicológico - fisiológico la comunicación es bidireccional entre los órganos periféricos y el Sistema Nervioso Central, por ejemplo, los circuitos neurales que comunican al cerebro con el corazón permiten comportamientos protectores de lucha/huída o una disminución en la respuesta de frecuencia cardiaca puede dar paso a interacciones sociales empáticas o compasivas (Granados, 2017).

PARTICIPACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO EN LA REGULACIÓN DE LAS VARIABLES FISIOLÓGICAS RELACIONADAS CON LOS ESTADOS EMOCIONALES.

Organización del sistema nervioso autónomo

Figura 4

División simpática y para simpática de Sistema Nervioso Autónomo



Nota: Recuperado de: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/division-simpatica-y-parasimpatica-del-sistema-nervioso-autonomo>

VARIABLES FISIOLÓGICAS

El sistema nervioso autónomo se encarga de regular la actividad visceral que está relacionada con el sistema límbico, así que las emociones modifican esa actividad; es decir, se analizan las respuestas fisiológicas ocasionadas por estímulos emocionales. Las variables psicofisiológicas comúnmente estudiadas son: frecuencia cardíaca, respuesta electrodérmica, temperatura de la piel y frecuencia respiratoria (Delgado, 2009). El sistema nervioso autónomo está formado por una

interacción compleja entre el sistema simpático y el parasimpático; por ejemplo, en el reflejo de lucha-huida que se activa ante el estrés psicológico se activa la rama simpática y se suprime la parasimpática; por su parte, la activación parasimpática ocurre durante estados de relajación (Gevirtz *et al.*, 2017). Cuando se sostienen estados emocionales positivos, el ritmo cardiaco incrementa la coherencia³ entre los ritmos de presión sanguínea, ritmos respiratorios y ritmo cardiaco (Binnun *et al.* 2010).

La ansiedad y la depresión comparten vías fisiológicas y bioquímicas. Ante la exposición a alguna vivencia amenazante —incluso de origen psicológico—, se activa el eje simpático (Sánchez *et al.*, 2014). Así que las respuestas fisiológicas se modifican con los cambios emocionales; dichas respuestas se pueden mejorar con el entrenamiento y hay que recordar que la activación fisiológica interactúa con aspectos cognitivos que propician los estados emocionales; por ejemplo, la frecuencia cardiaca se acelera ante estímulos temidos y los estresores de la vida cotidiana pueden incrementar la actividad cardiovascular, pero el apoyo social percibido modula dicha actividad (Andreassi, 2013).

Frecuencia cardiaca

Hay evidencia que muestra que el corazón tiene influencia significativa en la actividad neurológica y en la modulación de funciones cognitivas, el aumento en la coherencia del ritmo cardiaco produce un mejor rendimiento cognitivo. La actividad cardiaca es un marcador fisiológico sensible a los cambios en los estados emocionales. Hay una asociación diversa entre la coherencia de los sistemas corporales y las emociones; por ejemplo, las emociones positivas como la apreciación y el amor propician mayor coherencia fisiológica, y las emociones que se experimentan como desagradables propician la incoherencia fisiológica (McCraty *et al.*, 2006).

³ La coherencia se usa para describir la sincronización entre distintos sistemas que operan a la misma frecuencia; por ejemplo, la respiración y los ritmos cardiacos (McCraty y Childre, 2010).

La coherencia fisiológica hace referencia a este nivel de sincronización entre dos o más sistemas corporales oscilatorios (McCraty & Shaffer, 2015) y describe el funcionamiento ordenado de los sistemas corporales, implicando que las funciones de los sistemas se realicen de manera óptima. Un estado de alta coherencia fisiológica se ha relacionado con un buen flujo de los procesos vitales (McCraty & Shaffer, 2015) y se ha caracterizado por una sensación general de bienestar y mejoría en el rendimiento cognitivo, social y físico (McCraty & Childre, 2010).

Las principales características de altos niveles de coherencia fisiológica son: un patrón acompañado del ritmo cardíaco, el aumento de la actividad parasimpática, el aumento de la sincronización entre los sistemas fisiológicos, y el funcionamiento eficiente y armonioso de los sistemas cardiovascular, nervioso, hormonal e inmune (McCraty, 2015). Se ha reportado que la coherencia a corto y largo plazo tiene efectos en la coordinación ojo-mano, la velocidad y precisión, la coordinación en algunos deportes, y en tareas asociadas a la corteza frontal como la concentración, la resolución de problemas, la autorregulación y el pensamiento abstracto (McCraty & Childre, 2010). El aplicar técnicas que induzcan la coherencia fisiológica genera mejorías en pacientes con hipertensión, arritmias, enfermedades autoinmunes, trastornos de sueño, adicción a drogas y alcohol, ira, fallo cardíaco, dolor crónico, fibromialgia, fatiga crónica, trastornos de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, trastornos de atención y trastornos alimenticios (McCraty, 2015).

La medición de la coherencia fisiológica generalmente se hace a partir del espectro de frecuencias de la variabilidad cardíaca (McCraty & Shaffer, 2015), en el cual se refleja como un incremento de la potencia de la banda de bajas frecuencias y un decremento de las bandas de muy bajas frecuencias y altas frecuencias de dicho espectro (McCraty & Childre, 2010).

De las pautas de variabilidad de la frecuencia cardiaca se puede obtener información sobre la dinámica cardiovascular y su regulación autónoma central y periférica. La variabilidad de la frecuencia cardiaca se debe al control parasimpático asociado con la respiración y se utiliza como un índice de control vagal del corazón. Existen diversas formas de evaluar la variabilidad de la frecuencia cardiaca. Una de ellas es el dominio del tiempo; otra manera es con el dominio de la frecuencia. El dominio del tiempo incluye medidas de la varianza entre los periodos cardiacos y la varianza de diferencia entre los periodos, entre otras. El dominio del tiempo más sencillo se calcula con la desviación estándar de los intervalos de un latido normal a otro; para ese dominio, se calculan periodos de tiempo fijos. También se puede utilizar el dominio del tiempo basado en la variación de las diferencias del periodo cardiaco latido a latido (Cacioppo, 2007, p. 182).

La variabilidad de la frecuencia cardiaca podría tener utilidad en la evaluación de la carga de trabajo cognitivo. El rango de frecuencias cardiacas va de 35 a 120 latidos por minuto (García y Roa, 2001, p. 200). La variabilidad de la frecuencia cardiaca se usa para medir el equilibrio autónomo, la capacidad de regulación personal y el equilibrio entre el sistema nervioso simpático y el parasimpático. La investigación ha demostrado que el nivel de activación cardiaca puede modificarse con relación al desempeño motor, actividad cognitiva, atención, percepción, reacciones emocionales, motivación y factores de personalidad. Los niveles de activación normal en reposo son, en adultos hombres, 70 latidos por minuto, y en mujeres, 76 latidos por minuto (Andreassi, 2013, p. 693).

La frecuencia cardiaca se eleva durante procesos de aprendizaje verbal, particularmente si son exitosos, pero puede darse la respuesta de habituación ante un estímulo repetido constantemente. También se eleva en la resolución de problemas y puede disminuir en tareas que requieren menor estimulación mental. La respuesta cardiovascular

muestra consistencia a través de diferentes estresores para niños y adultos.

Actividad eléctrica de la piel

La piel tiene la función de proteger el organismo de la entrada de bacterias, parásitos y productos nocivos, pero también tiene una función importante en la regulación de la temperatura que se produce cuando se dilatan los vasos sanguíneos de la piel y aumenta la sudoración. Como resultado, disminuye la temperatura del cuerpo y de la piel. La constricción de los vasos sanguíneos ayuda a mantener el calor corporal y regula la piloerección (Andreassi, 2013).

La activación de las glándulas sudoríparas se refleja como cambios en el potencial y la conductancia de la piel a través de diferentes situaciones, incluidas las que tienen activación emocional; por ejemplo, las glándulas écrinas de las palmas de las manos se activan frente a estímulos psicológicos y sensoriales que producen miedo o ansiedad (Andreassi, 2013). Las glándulas écrinas del sudor están distribuidas en todo el cuerpo, hay mayor densidad de glándulas écrinas en la palma de la mano, por eso se recomienda hacer el registro en esa zona (Vila, 1996).

El sistema electrodérmico se usa para medir la actividad del sistema nervioso simpático a través de las glándulas écrinas. Existen tres formas para detectar y medir esta actividad: mediante la conductancia, la resistencia o el potencial de la piel. La conductancia se mide con dos electrodos que se colocan en la cara interna de las falanges medias de los dedos índice y anular; registran la actividad de las glándulas sudoríparas. La unidad de medida que se usa es el micromho (μ) y se emplea para identificar la amplitud de la respuesta. El rango de la conductancia en actividad tónica es de 2 a 100 μ mhos y en actividad fásica va de 0,05 a 5 μ mhos. Los trastornos que se asocian con la activación simpática elevada pueden tener efectos beneficiosos de la retroalimentación biológica de la respuesta electrodérmica (Labrador *et*

al., 2001). La amplitud de la respuesta de conductancia depende del tamaño de los electrodos, pueden variar aproximadamente de 0.05 μmho a 5 μmho , el nivel tónico puede ir de 2-20 μmhos y la actividad fásica puede tener un incremento de 0.2-1.0 μmhos sobre la actividad tónica. El registro de la actividad eléctrica en la piel se puede realizar de forma directa en la conductancia y el potencial, pero también se puede registrar de manera indirecta a través de la resistencia de la piel. Las respuestas que están sujetas a estímulos no esperados, a la preocupación y a la actividad cognitiva pueden incrementar la actividad de las glándulas sudoríparas écrinas (Andreassi J., pg. 523).

Temperatura

La temperatura se mide con termistores en los dedos que miden los cambios en la vasoconstricción en el flujo de sangre periférico. La temperatura periférica mide la actividad vasomotora. Para población normal, la temperatura de la mano en reposo se registra de forma bimodal en rangos de entre 25 y 27 °C, y de entre 32 y 34 °C. La temperatura depende en parte del riego sanguíneo de la zona estudiada y la circulación periférica depende del nivel de activación simpática; es decir, a mayor activación, mayor vasoconstricción; eso se traduce en menor temperatura. Los trastornos que implican cambios vasomotores, como la cefalea, pueden verse beneficiados por el uso de la retroalimentación biológica (Labrador *et al.*, 2001).

Bajo condiciones de estrés, la temperatura disminuye debido a que el flujo sanguíneo se dirige a los grupos musculares más extensos y, a medida que el cuerpo se relaja, el flujo sanguíneo se dirige a las extremidades, elevando la temperatura (Rangel, 2017). El flujo sanguíneo necesario para regular la temperatura se modifica según los cambios metabólicos de cada persona y según la temperatura del ambiente (Simón y Amenedo, 2001).

Los dispositivos de retroalimentación biológica no pueden medir los cambios en el diámetro de los vasos sanguíneos periféricos. Los vasos

dilatados conducen más sangre caliente que los vasos que están constreñidos, por lo cual el tejido se calienta o enfría según el diámetro vascular. Los indicadores muestran la vasoconstricción periférica de manera indirecta; por ejemplo, los cambios en manos y pies son pronunciados porque el tejido circundante se calienta o enfría rápidamente en respuesta al suministro de sangre. (Schwartz y Andrasik, 2017, p. 37).

Los procesos de calentar o enfriar las manos se realizan por separado. Cuando la activación simpática aumenta con la ansiedad e hipervigilancia, se puede producir enfriamiento en las manos por la vasoconstricción. En el registro psicofisiológico se pueden monitorear varias áreas para visualizar la tendencia del flujo sanguíneo en una extremidad. Se puede entrenar uno o varios sitios de la misma extremidad para fomentar la vasodilatación generalizada. Se puede complementar el análisis de la temperatura con el volumen del pulso sanguíneo que mide el flujo sanguíneo relativo con ayuda de un sensor de fotopletimografía que se coloca con una banda de velcro sobre la piel. El volumen del pulso sanguíneo es útil si la temperatura muestra cambios mínimos. Cuando una fuente de luz infrarroja se trasmite a través del tejido, es detectada por un fototransistor y se cuantifica, se capta más luz cuando el flujo sanguíneo es mayor (Moss y Shaffer, 2017).

Frecuencia respiratoria

El circuito del sistema respiratorio comienza en las fosas nasales, que toman oxígeno que se dirige a la tráquea y se transmite a través de conductos cada vez más delgados, como los alveolos pulmonares, hasta llegar a la sangre, donde se recuperan gases residuales como el dióxido de carbono. Dicho proceso se lleva a cabo en los pulmones, que no tienen músculos dentro de sí para respirar, pero el diafragma es el músculo que cumple esa función. Cuando el oxígeno cruza los alveolos, se libera el oxígeno a través de la hemoglobina. El diafragma es un músculo en forma de lámina que va desde la columna hasta la parte frontal del tórax y forma una base flexible para los pulmones; cuando se contrae, se

realiza la inhalación, desplaza y expande al abdomen, de manera natural cuando se extiende, ocurre la exhalación (Schwartz y Andrasik, 2017, p. 85).

El mecanismo entre los pulmones, el diafragma y las vías respiratorias facilita el intercambio de gases con la sangre, el oxígeno que se inhala del aire pasa a través de los alveolos y el dióxido de carbono se difunde en la sangre para expulsarse en la exhalación (Cacioppo, 2007, p. 1). La actividad respiratoria mide los cambios en el volumen torácico que van con la inspiración y expiración se mide con una banda extensión métrica situada a la altura del tórax. Se detectan los picos en el ciclo respiratorio para identificar su frecuencia y se cuantifican el número de respiraciones por minuto y la amplitud respiratoria. El rango de la frecuencia respiratoria oscila entre dos y 30 respiraciones por minuto (Labrador *et al.*, 2001, p. 198).

El registro psicofisiológico y la retroalimentación biológica se pueden realizar con pacientes diagnosticados con trastornos como ansiedad, asma, hipertensión o estrés (Moss y Shaffer, 2017).

En las condiciones ideales, la respiración parece estar bajo control voluntario, pero bajo periodos de estrés o patologías, el control voluntario ya no se siente de esa manera. Como es necesario mantener los sistemas fisiológicos del organismo ventilados para que funcionen de manera adecuada, la alteración en la respiración puede producir una serie de complicaciones en todo el cuerpo, incluyendo los efectos psicológicos. Las emociones tienen efectos sobre la respiración; por ejemplo, las tendencias de respiración se modifican si una persona se expone a imágenes con efectos positivos, la respiración adquiere ciclos de inspiración más cortos. Y si la persona es expuesta a escenas de asco, se propician pausas respiratorias que conducen a frecuencias respiratorias bajas (Cacioppo, 2007, p. 231).

De acuerdo con Yuan *et al.* (2013), las tasas respiratorias en reposo promedio son: del nacimiento a las 6 semanas, de 30 a 60 respiraciones

por minuto; a los 6 meses, de 25 a 40 respiraciones por minuto; a partir de los 3 años, entre 20 y 30 respiraciones por minuto; a los 6 años, de 18 a 25 respiraciones por minuto, a los 10 años, entre 15 y 20 respiraciones por minuto; y para los adultos se estiman de 12 a 20 respiraciones por minuto (Yuan *et al.*, 2013).

Estudios con perfiles psicofisiológicos

Como se ha mencionado, las variables descritas se utilizan para realizar un perfil psicofisiológico. A dicho perfil se le considera una herramienta útil en la práctica clínica, durante el diagnóstico y para monitorear la evaluación del tratamiento (Crocetti *et al.*, 2010). Esta herramienta puede ser útil para evaluar el estrés psicofisiológico en estudiantes, ya que el rendimiento académico puede verse afectado por diversos factores incluyendo el estrés.

En un estudio en el que se analizaron las diferencias en los marcadores de estrés psicofisiológico, el comportamiento y el rendimiento académico en estudiantes rurales y urbanos, los resultados mostraron valores significativamente más elevados en la modulación parasimpática y en los grados de activación física en estudiantes rurales en comparación con estudiantes de la ciudad (Mendoza-Castejón y Clemente-Suárez, 2020).

La muestra fue de 181 niños de entre 7 y 10 años de escuelas primarias. Se analizaron el rendimiento académico subjetivo, la variabilidad del ritmo cardíaco, la ansiedad estado, los hábitos alimenticios y de actividad física. Los niños que viven en la ciudad mostraron niveles más altos en la ansiedad estado, pero no hubo diferencias significativas en las calificaciones promedio entre ambos grupos. Se hallaron algunas correlaciones positivas entre el rendimiento escolar y el estrés; es decir, un mayor desempeño en las tareas escolares se relaciona con altos niveles de estrés. Todo lo anterior sugiere que la ubicación de la escuela puede afectar el estado de estrés y ansiedad, los hábitos nutricionales y

la actividad física de los estudiantes (Mendoza-Castejón y Clemente-Suárez, 2020)..

Esto es relevante para esta investigación porque los estudiantes universitarios provienen de entornos urbanos y están sujetos a actividades formativas que pueden propiciar la ansiedad, como las prácticas en algunas materias, o bien pueden desarrollar ansiedad anticipatoria. La angustia es un problema común. En la preadolescencia la región prefrontal de la corteza aún no está bien desarrollada y las situaciones que causan estrés y ansiedad pueden desencadenar la disminución de habilidades cognitivas como la atención y memoria. Los estudiantes de primaria, como los de la investigación previamente mencionada, son muy sensibles a cambios externos, mientras que los niveles de ansiedad y estrés parecen aumentar con los años académicos y cada estudiante contribuye a crear un clima en el aula, y el rendimiento académico podría verse afectado por el estado fisiológico de los estudiantes (Mendoza-Castejón y Clemente-Suárez, 2020).

Es importante analizar las diferencias entre el perfil de algún paciente sano y el de un paciente con características psicopatológicas. En una investigación (Crocetti *et al.*, 2010) en la que el objetivo era evaluar la posibilidad de usar un perfil de estrés psicofisiológico como una herramienta útil para comprender la condición del paciente y encontrar las diferencias entre participantes sanos y participantes con características psicopatológicas, se demostró que hay diferencias entre ambos grupos. Participaron 20 personas en cada grupo. No podían participar quienes tuvieran epilepsia, operaciones en la cabeza ni abuso de drogas. De entre quienes conformaban el grupo de personas con algún diagnóstico clínico podían participar aquéllos que recibieron el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, ataque de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de la personalidad.

El perfil de estrés psicofisiológico se hizo con el siguiente formato: dos minutos de referencia, estímulo táctil —punta blanda en el antebrazo derecho—, un minuto sin estímulos, estímulo de amenaza —un clavo, con

la información de que el investigador podría usarlo para lastimar al sujeto—, un minuto de descanso, estímulo doloroso —tocar al sujeto con una aguja—, un minuto de descanso, cálculo mental —resta en serie del número 1013 al número 17— por dos minutos, un minuto de descanso y, por último, hiperpnea —respiración rápida— durante 2 minutos.

Se registraron las variables de actividad electrodérmica, frecuencia cardíaca y electromiografía. Para el registro de electromiografía, se usaron electrodos en la frente y, para la respuesta galvánica, se usaron electrodos cubiertos de oro en las huellas digitales de la mano no dominante. La frecuencia cardíaca se midió con electrodos colocados en las muñecas.

Los resultados mostraron diferencias entre cada grupo. Hubo diferencias para la respuesta galvánica, en la frecuencia cardíaca y en los estímulos de cálculo visual, doloroso y mental. En la comparación entre participantes sanos y quienes recibieron diagnóstico, se encontraron diferencias en la respuesta galvánica más intensa sobre la línea base, estímulos visuales, dolorosos y de cálculo.

En el canal de frecuencia cardíaca se observaron diferencias. La línea base de la frecuencia cardíaca del grupo de personas sanas fue de 72.5 latidos por minuto, mientras que para el grupo con características psicopatológicas fue de 89.5 latidos por minuto. Y sobre el canal de electromiografía, las diferencias se registraron sobre el estímulo visual, doloroso e hiperpnea, todas fueron significativas.

En las comparaciones de sujetos sanos con quienes tenían trastorno de la personalidad, las respuestas en frecuencia cardíaca fueron diferentes en todas las condiciones. Los valores de la frecuencia cardíaca y los estímulos visuales en el canal de electromiografía fueron diferentes entre sujetos sanos y quienes padecían trastorno depresivo mayor, la media de la frecuencia cardíaca del grupo de personas sanas en línea base fue de 72.5 mientras que quienes tenían trastorno depresivo mayor tuvieron una media en línea base de 94 latidos por minuto. También en

línea base el valor de la media del grupo de personas sanas fue de 8,2 en el canal de electromiografía y la media para el grupo con patologías fue de 12.73. (Crocetti *et al.*, 2010).

Quienes padecían ataques de pánico mostraron diferencias en la respuesta galvánica y la frecuencia cardiaca en comparación con sujetos sanos, pero quienes tenían ataque de pánico y quienes tenían trastorno de personalidad sólo fueron diferentes en la línea base y el estímulo táctil de la respuesta galvánica. Los participantes con trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor tuvieron resultados diferentes sólo en la respuesta galvánica y en la frecuencia cardiaca (Crocetti *et al.*, 2010).

Para concluir esta sección, ya que se revisaron el modelo de esquemas emocionales, la terapia de esquemas emocionales propuesto por Leahy y su efectividad sobre síntomas de ansiedad y depresión con diversas poblaciones, se concluye que podría tener un efecto positivo sobre la modificación de los esquemas emocionales en el tratamiento de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios.

La intervención en estudiantes universitarios con terapia de esquemas emocionales parece una alternativa útil, en la cual los estudiantes puedan aprender cuáles son sus esquemas específicos, cómo los aprendieron, de qué manera afectan su habilidad para disfrutar la vida, cómo se mantienen esos esquemas a través de las elecciones y experiencias que viven, pero también pueden aprender a desarrollar esquemas más adaptativos y a tomar elecciones saludables que se construyan sobre sus valores (Leahy, 2011). Aunado a la intervención psicológica, se vuelve relevante realizar un perfil psicofisiológico antes y después de la intervención para analizar las respuestas psicofisiológicas como indicador de la efectividad del cambio psicológico en pacientes con síntomas de ansiedad y depresión.

Fundamentación del estudio

Se ha documentado la relación entre el desempeño de los estudiantes y la salud mental, con la depresión, la fobia social y el trastorno de estrés postraumático como los padecimientos que generan mayor pérdida de días laborales (Lara, 2007). En nuestro país, el comienzo de los padecimientos de salud mental con mayor prevalencia oscila entre los 18 y los 27 años; es decir, en el periodo universitario (Riveros, 2018).

El deterioro ocasionado por la ansiedad en los estudiantes se manifiesta en la adaptación escolar, el rendimiento académico, las relaciones interpersonales y la maduración (Martínez-Otero, 2014). Por su parte, el deterioro ocasionado por depresión en jóvenes se asocia con otras conductas, como adicciones, suicidio y violencia (Wagner *et al.*, 2012).

La primera opción de tratamiento es la terapia cognitiva-conductual, en la cual, mediante diversos procedimientos, se busca la modificación de pensamientos disfuncionales y de conductas desadaptativas. Adicionalmente, con el equipo adecuado, se busca la posibilidad de que los pacientes puedan observar en tiempo presente su reactividad fisiológica con el apoyo del terapeuta. Lo anterior permite cambios en su pensamiento, emociones y comportamiento, demostrándole que puede controlar la respuesta que tiene frente a eventos estresantes (González *et al.*, 2006).

Se ha estudiado que la intensidad de síntomas somáticos aumenta a la par que aumentan la ansiedad y depresión (González *et al.*, 2006). Así que, en función del efecto de esos cambios emocionales y fisiológicos en estudiantes, conviene hacer investigaciones dirigidas a analizar el efecto de la terapia cognitiva-conductual, teniendo en cuenta estrategias para la regulación de las sintomatologías ansiosa y depresiva, y la activación fisiológica.

Propósito

El propósito de este estudio fue evaluar la terapia de esquemas emocionales con indicadores psicofisiológicos en población universitaria, corroborando cambios a través de las variables de ansiedad, depresión y un perfil psicofisiológico.

Objetivos generales

1. Evaluar el efecto de la terapia de esquemas emocionales en estudiantes universitarios con sintomatologías de ansiedad y depresión.
2. Determinar el efecto fisiológico de la terapia de esquemas emocionales dirigida a universitarios.

Preguntas de investigación

¿La terapia de esquemas emocionales genera un cambio (disminuye) en las sintomatologías ansiosa y depresiva en estudiantes universitarios?

¿Los indicadores psicofisiológicos se modifican mediante la terapia de esquemas emocionales?

Método

Participaron nueve estudiantes universitarios de la Facultad de Contaduría y Administración, en Ciudad Universitaria (UNAM, México). Los participantes asistieron al Centro de Orientación Educativa y a través de llenar un formato en el que explicaron los motivos por los que pedían apoyo psicológico, se fueron tomando los casos que cumplían con criterios de inclusión para realizar el presente estudio.

Tabla 3*Características de los participantes*

Estu- diante	Sexo	Edad	Semestre	Carrera	Turno	Promedio
1	Femenino	19	2°	Adminis- tración	V	9.3
2	Femenino	20	2°	Contaduría	M	6.2
3	Femenino	24	6°	Adminis- tración	M	8.7
4	Femenino	23	8°	Adminis- tración	V	8.3
5	Femenino	21	8°	Adminis- tración	V	8.5
6	Masculino	18	2°	Adminis- tración	V	8.1
7	Masculino	29	5°	Contaduría	M	8.0
8	Masculino	22	8°	Adminis- tración	V	9.2
9	Masculino	41	2°	Contaduría	V	9.3

Criterios de inclusión: participantes con sintomatologías ansiosa y depresiva —leves, moderadas o graves—, y acudieran al Centro de Orientación Educativa a pedir el servicio psicológico.

Criterios de exclusión: estudiantes de otra facultad o que estén tomando tratamiento psiquiátrico. Si presentaban síntomas de ansiedad y depresión, eran aceptados en el estudio pero no había manera de saber que había alguna otra sintomatología porque de inicio, sólo se evaluaron esas dos.

Diseño

Se trata de un diseño intrasujetos ($n=1$) con nueve réplicas individuales, con evaluación pretest post test. La terapia de esquemas emocionales se

realizó de manera grupal mientras que los registros psico fisiológicos se realizaron de manera individual. Se enfatiza lo del tratamiento individual después del tratamiento completo en esquemas emocionales y del último registro psicofisiológico de cada uno en caso de que la sintomatología o malestar individual no haya mejorado con suficiente eficacia.

Instrumentos y materiales

Las variables dependientes —sintomatologías de ansiedad y depresión, y los esquemas emocionales— se evaluaron antes y después de la intervención mediante:

- Inventario de depresión de Beck —BDI—, compuesto por 21 reactivos de opción múltiple, los cuales evalúan síntomas comunes de depresión ($\alpha=.87$) (Jurado *et al.*, 1998).
- Inventario de ansiedad de Beck —BAI—, también compuesto por 21 reactivos de opción múltiple, los cuales evalúan síntomas comunes de ansiedad ($\alpha=.83$) (Robles *et al.*, 2001).
- Escala de esquemas emocionales de Leahy ($\alpha=0.874$). En su versión original consta de 50 reactivos de opción múltiple, los cuales evalúan 14 dimensiones. En este estudio se usó una versión conocida y validada en población mexicana (López, 2021), la cual evalúa:

Bienestar emocional. Está conformada por 17 reactivos divididos en cuatro áreas ($\alpha= 0.826$):

- 1) Comprensibilidad ($\alpha= 0.817$)
- 2) Validación ($\alpha= 0.682$)
- 3) Expresión ($\alpha= 0.783$)
- 4) Aceptación ($\alpha= 0.4$)

Malestar emocional. Está conformada por 15 reactivos divididos en cuatro factores ($\alpha= 0.729$):

- 1) Culpa o vergüenza ($\alpha= 0.749$)
- 2) Culpar a otros por mis emociones ($\alpha= 0.742$)
- 3) Control ($\alpha= 0.606$)
- 4) Racionalización ($\alpha= 0.551$)

Perfil psicofisiológico. Para este estudio se analizaron la temperatura periférica –Temp–, la conductancia de la piel –SC–, la frecuencia cardiaca –HR– y la frecuencia respiratoria –Resp– con el equipo BioGraph Infiniti para registro de hasta ocho canales activos.

Materiales y formatos para el desarrollo de cada módulo (ver anexos II Procedimiento de la intervención y III Manual del terapeuta).

PROCEDIMIENTO

La intervención psicológica se llevó a cabo en una sala del Centro de Orientación Educativa de la Facultad de Contaduría y Administración, y los registros psicofisiológicos se hicieron en la Facultad de Psicología. La estructura de las sesiones quedó de la siguiente manera:

Figura 5.

Estructura de las sesiones de la intervención



La intervención se dividió en módulos de dos horas y se ejecutó de manera grupal. La estructura de los módulos y de las sesiones está organizada de la siguiente manera:

Tabla 4

Organización de la Intervención

Módulos	Contenido
1. Nombrar y normalizar emociones	Objetivo: identificar emociones y reconocer sus características, como cualidad, respuesta fisiológica, evaluación y cogniciones. Comprenderá su desarrollo en el ciclo vital y logrará dar sentido a sus emociones.
2. Aceptación	Objetivo: detectar y disminuir la evitación emocional y favorecer la disposición a experimentar emociones de forma activa y consciente.
3. Control	Objetivo: entender y aplicar las estrategias que le permiten comprender y manejar sus emociones y su papel en la interacción con otras personas.
4. Conexión con valores	Objetivo: emplear las emociones para clarificar valores y metas.
5. Validación	Objetivo: brindar estrategias que permitan validarse a sí mismo y conseguir la validación de otros, además de desarrollar respuestas más adaptativas ante la invalidación.
6. Registro psicofisiológico antes y después de la intervención:	Objetivo: evaluar la capacidad para recuperarse después de un evento estresante y regresar a niveles de línea base (Thompson, 2003).

- **Sesión 1**

Se estableció el encuadre, se aplicaron los instrumentos de evaluación y se llevó a cabo el registro psicofisiológico inicial.

- **Sesión 2.**

- Módulo 1: nombrar y normalizar emociones**

- ✓ Identificar el papel evolutivo de las emociones en la conducta social.
 - ✓ Identificar el origen de las emociones en el desarrollo del participante y los esquemas emocionales actuales.
 - ✓ Establecer la teoría personal sobre las emociones.
 - ✓ Modelo sobre las emociones.
 - ✓ Función y características de la emoción.
 - ✓ Nombrar y diferenciar emociones.
 - ✓ Observar y describir sus emociones.
 - ✓ Normalizar la emoción.
 - ✓ Identificar la emoción como temporal.

- **Sesión 3**

- Módulo 2: aceptación**

- ✓ Aceptar la emoción.
 - ✓ Permanencia sin prejuicios mediante la emoción.
 - ✓ Tolerar sentimientos encontrados.
 - ✓ Experimentar la emoción como una ola.

- **Sesión 4**

- Módulo 3: control.**

- ✓ Explorar emociones como metas.
 - ✓ Inducir una emoción.
 - ✓ Hacer espacio para la emoción.

- ✓ La evitación de la emoción como fuente de malestar.
- ✓ Estrategias de autorregulación.
- **Sesión 5**
 - Módulo 4: conexión con valores.**
 - ✓ Reconocer valores personales.
 - ✓ Congruencia entre su comportamiento y sus valores..
 - ✓ Subir la escalera de un mayor significado
- **Sesión 6**
 - Módulo 5: validación.**
 - ✓ Resistencia a la validación.
 - ✓ Examinar el significado de la invalidación.
 - ✓ Superar la invalidación de sí mismo.
 - ✓ Autovalidación compasiva.
 - ✓ Identificar respuestas problemáticas a la invalidación.
 - ✓ Desarrollar estrategias adaptativas para manejar la invalidación.
 - ✓ Cómo ayudar a otros a validarte.
 - ✓ Construir mejores amistades.
 - ✓ Cierre.
- **Sesión 7**
 - Aplicación final del registro psicofisiológico.

A los participantes se les invitó al taller de Esquemas emocionales a través de una infografía expuesta afuera del Centro de Orientación Educativa, quienes estaban interesados se registraban en una lista de participantes y se les explicaba en qué consistía el procedimiento así como las distintas fases del mismo, incluido el perfil psicofisiológico de

estrés. Se conformó un grupo de 10 participantes con la deserción de una participante porque no pudo continuar con las sesiones.

Al inicio de cada una de las sesiones se les explicaba el objetivo de la misma y a partir de la sesión 2 se revisaban los ejercicios de la sesión anterior. Al finalizar la sesión 1 y 7, es decir, las del perfil de estrés era necesario quedarse unos minutos más para desconectarlos del equipo y para que al finalizar su línea base, estuvieran tranquilos y no salieran de la sesión con alguna de las variables fisiológicas con respuestas fuera de lo normal, aún después de la recuperación.

Para finalizar la intervención se despidió a los participantes con una constancia de participación emitida por el Centro de Orientación Educativa con valor curricular.

Perfil de estrés psicofisiológico

La evaluación psicofisiológica se llevó a cabo en la Facultad de Psicología, en el cubículo de Psicofisiología Aplicada, Coordinación de Medicina Conductual. Es un consultorio adecuado para el trabajo con los pacientes y cuenta con el equipo para hacer el registro.

El registro es una forma de evaluación objetiva en el cual se observan a través de una pantalla las respuestas fisiológicas y los procesos psicológicos encubiertos. Se lleva a cabo con registros de actividad fisiológica antes, durante y después de uno o diversos estímulos en condiciones específicas. La información obtenida determina si hubo cambios en el funcionamiento fisiológico y sirve para hacer un análisis conductual.

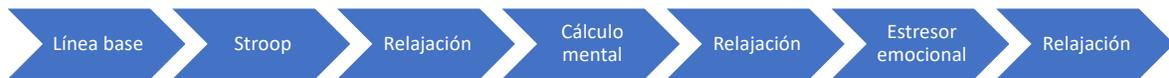
El perfil psicofisiológico se realizó antes y después de la intervención psicológica; la duración del procedimiento fue de 28 minutos y a lo largo del perfil el paciente fue expuesto a fases de estrés y de relajación de manera alternada, con ayuda de estresores previamente establecidos.

Se usaron tres tipos de estresores de manera estándar para todos y en el mismo orden. Los dos primeros fueron de naturaleza cognitiva y el

último, de naturaleza emocional; en el último se le pidió al paciente que describiera una situación que le causó malestar emocional. Se realizaron siete fases en las que se alternaron distintos tipos de estresores con fases de relajación natural. Cada fase duró cuatro minutos, conformando así un perfil de 28 minutos.

Figura 6

Estructura del registro psicofisiológico



Instrumentación y colocación de sensores

1. Temperatura periférica: se registró con ayuda de un termistor colocado en la yema del dedo medio de la mano no dominante. Se limpió la superficie antes de colocar el sensor con una torunda impregnada de alcohol. Una vez limpia y seca la superficie, se ajustó con tela adhesiva.
2. Conductancia de la piel —respuesta electrodérmica—: se registró con ayuda de electrodos colocados en la segunda falange de los dedos índice y anular de la mano no dominante. Eran electrodos circulares de plata-cloruro de plata y previamente se limpiaba la zona de registro con agua, con el fin de no modificar el funcionamiento de las glándulas écrinas.
3. Frecuencia cardíaca: se colocó un fotopletismógrafo en la yema del dedo índice de la mano dominante. Se registró mediante el volumen del flujo sanguíneo —BVP—. El fotopletismógrafo proyecta luz infrarroja sobre la piel y mide la cantidad de luz reflejada. Para colocarlo, se limpiaba la zona con alcohol y, una vez limpia, se secaba la superficie y se ajustaba el sensor con la banda de velcro.
4. Frecuencia respiratoria: se colocó una banda elástica de respiración a la altura del abdomen, sobre la ropa del paciente, siempre

y cuando permitiera que el sensor quedara ajustado para registrar el movimiento abdominal.

Tabla 5

El perfil psicofisiológico se desarrolló de la siguiente forma:

Evaluación	Tiempo	Instrucciones
Línea base	4 minutos	“Durante los siguientes minutos iniciará el registro psicofisiológico, así es que le pediremos que se mantenga sentado(a) de manera cómoda y permanezca quieto(a) y relajado(a) con sus ojos cerrados hasta que yo le indique”.
Stroop ⁴	4 minutos	“Durante los siguientes cuatro minutos aparecerá en la pantalla una lista de palabras escritas en diferentes colores. Su tarea consistirá en decir en voz alta el color en el que están escritas las palabras. No lea la palabra. Solamente dígame el color. Hágalo lo más rápido posible”.
Relajación	4 minutos	“Ahora, nuevamente le pediremos que se mantenga sentado de manera cómoda y permanezca quieto y relajado con los ojos cerrados hasta que yo le indique”.
Cálculo mental	4 minutos	“Durante los siguientes cuatro minutos le pediremos que lleve a cabo una tarea de cálculo mental. Su tarea consistirá en ir restando de 7 en 7 a partir del 1 081; usted irá diciendo en voz alta el resultado tratando de hacerlo lo más rápido posible. Si se equivoca, le diremos el número correcto para que continúe con el cálculo mental”.
Relajación	4 minutos	“Ahora, nuevamente le pediremos que se mantenga sentado de manera cómoda y

⁴ La tarea de Stroop es estresante porque requiere la respuesta a estímulos que varían en dos dimensiones, de las cuales solamente una es relevante para la tarea (Cacioppo, 2007, p. 414). Se considera un medio útil para analizar la capacidad de los participantes para seleccionar o ignorar las dimensiones de la tarea y los parámetros de interferencia de la misma. Se trata de presentar palabras que nombran un color, pero el color de las letras no coincide con el color que nombra la palabra. Debe llevarse a cabo con la mayor velocidad posible (Vega y González, 2017).

		permanezca quieto y relajado con los ojos cerrados hasta que yo le indique”.
Estresor emocional	4 minutos	“Durante los siguientes minutos le pediremos que recuerde un evento estresante de su vida. A medida que lo recuerda, trate de focalizarse en las emociones que experimentó durante dicho evento, así como en cada detalle de la situación elegida”.
Relajación	4 minutos	“Ahora, nuevamente le pediremos que se mantenga sentado(a) de manera cómoda y permanezca quieto(a) y relajado(a) con los ojos cerrados hasta que yo le indique”. ⁵

⁵ Se les explicó a los participantes cómo relajarse únicamente a través de practicar la respiración diafragmática.

Resultados

A continuación, se mostrarán los cambios individuales acerca de los esquemas emocionales, las sintomatologías de ansiedad y depresión, y el registro de los perfiles psicofisiológicos, ordenados de mayor a menor beneficio con respecto a la intervención psicológica aunada a los registros.

Participante 5

Femenino de 21 años que cursa el 8vo semestre de la carrera de Administración en el turno vespertino además de realizar el servicio social. El motivo de consulta de la participante consistió en dificultades en la relación con su madre —reportó que se sentía enojada por los comentarios de desaprobación sobre su desempeño— y en su relación con su pareja, además de sentir presión escolar y la indecisión para irse de intercambio académico. Estas situaciones le ocasionaban ansiedad elevada con síntomas como mareo, dificultad para respirar y la sensación constante de no ser suficiente.

Figura 7

Esquemas emocionales



En los esquemas de malestar emocional (culpa o vergüenza, culpar a otros, control y necesidad de ser racional) se espera reducción mientras que en los de bienestar emocional (comprensibilidad, validación,

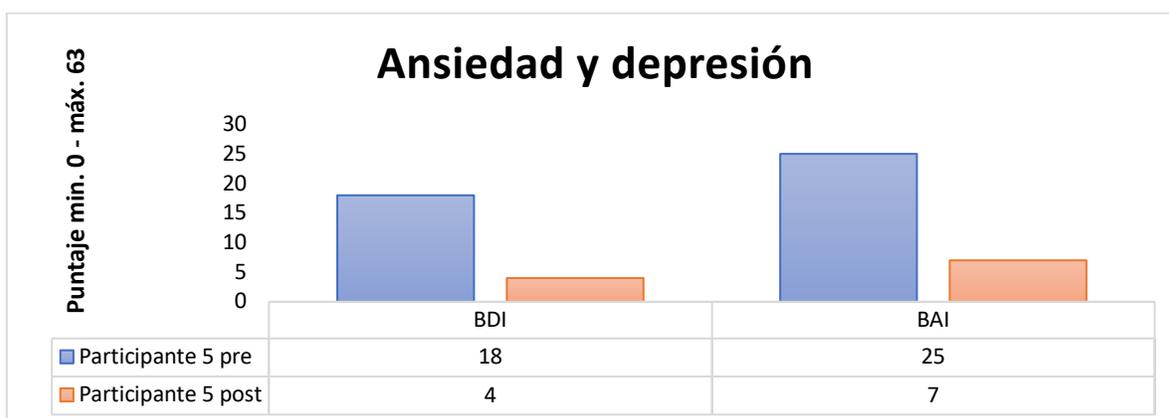
expresión y aceptación) se espera un aumento. La participante tuvo cambios favorables en todos los esquemas emocionales, excepto en la dimensión de control. Reportó desvelarse mucho en el servicio social y que los comentarios de su mamá sobre “calificaciones mediocres” eran constantes. De modo que, aunque mejoró la expresión emocional con su mamá, el mismo contexto familiar y el desgaste escolar, la cronicidad de las condiciones podría haber afectado su necesidad de control, que, aunado a la vulnerabilidad de no descansar, requerirían de más tiempo para su mejora. Cabe destacar que antes de la intervención parecía candidata para buscar tratamiento en conjunto con Psiquiatría y reducir la sintomatología de ansiedad, que hacia el final de intervención mostró mejoría importante.

Después de la intervención, la participante notaba los cambios en la ansiedad principalmente al saberse validar y cómo reaccionar ante las invalidaciones de sus familiares —su madre y sus tíos—.

Notó la sensibilidad que presentaba a las señales fisiológicas como cambios en su respiración, particularmente ante situaciones que detonaban la ansiedad, como la escuela, y es coherente con el hecho de que, en casi todas las variables fisiológicas, una de sus respuestas más elevadas fue con el estresor de operación aritmética y mostró cambios positivos en la fase de relajación.

Figura 8

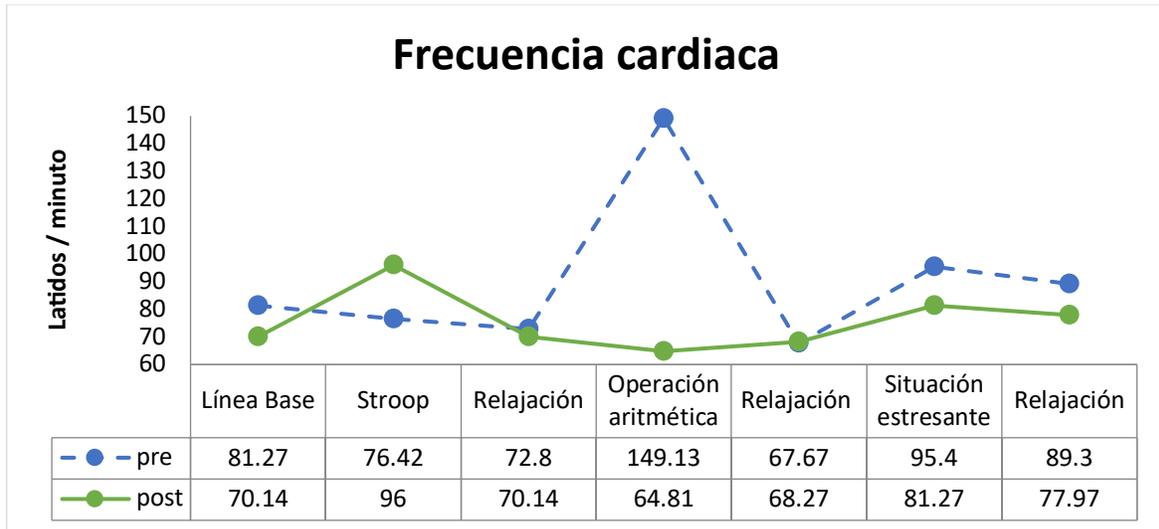
Ansiedad y depresión



Uno de los cambios más notables antes y después de la intervención fue sobre la frecuencia cardiaca.

Figura 9

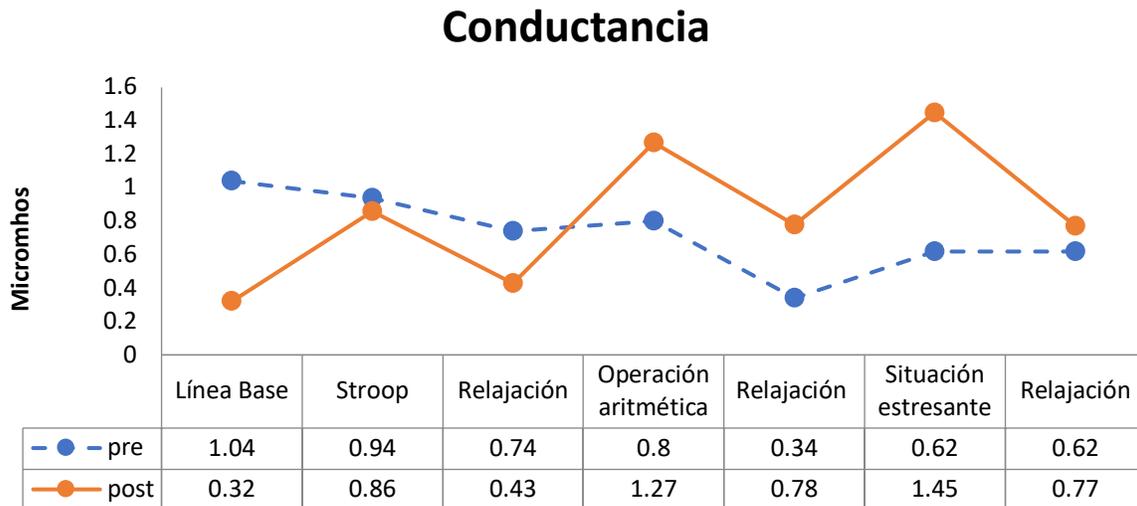
Frecuencia cardiaca



Los cambios en cada una de las fases del registro posterior a la intervención fueron favorables; es decir, se activó durante las fases de estrés cognitivo y emocional y se redujo la activación de la conductancia durante las fases de relajación.

Figura 10

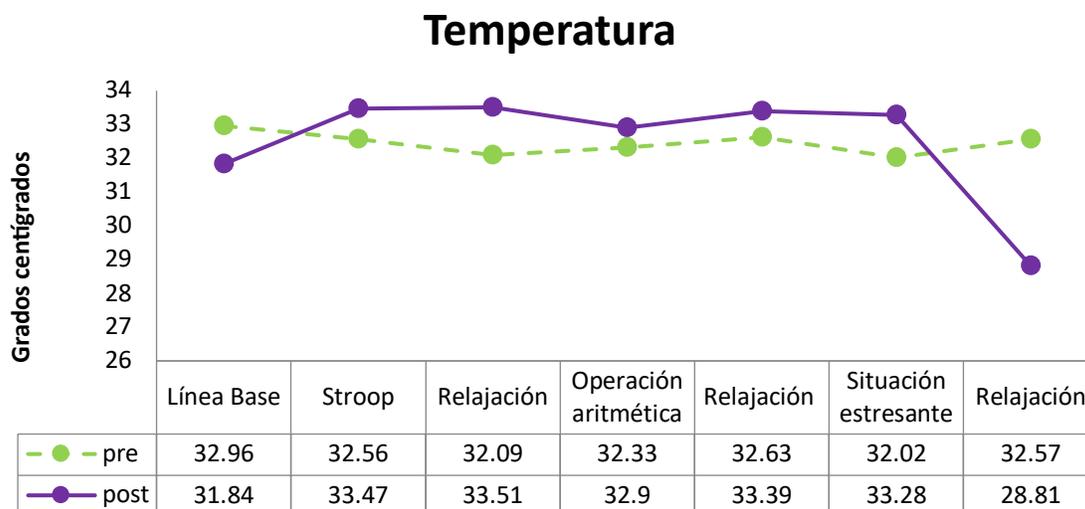
Conductancia de la piel (respuesta electrodérmica)



Los cambios en cada una de las fases del registro posterior a la intervención fueron favorables; es decir, se activó durante las fases de estrés cognitivo y emocional y se redujo la activación de la conductancia durante las fases de relajación.

Figura 11

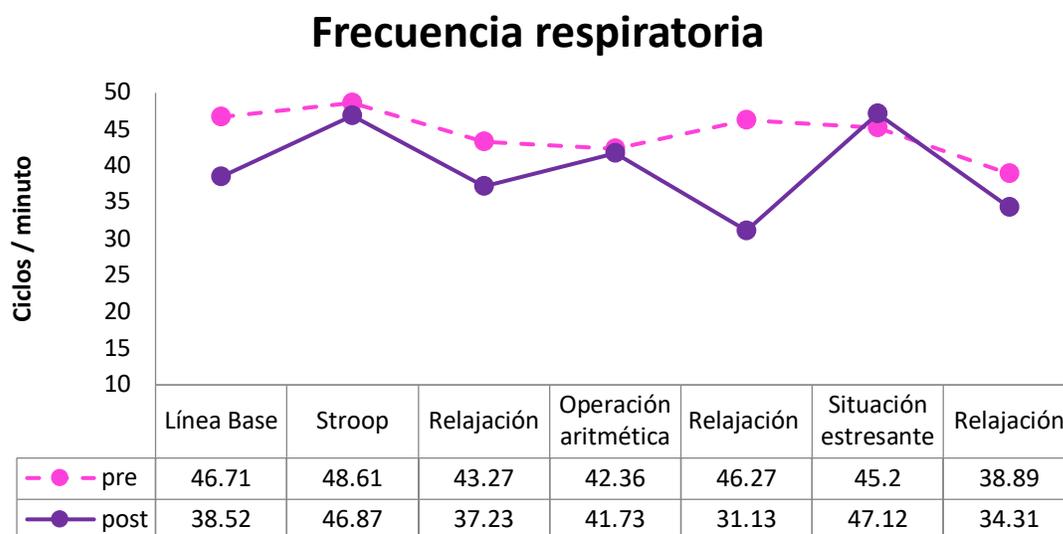
Temperatura distal periférica



Es difícil explicar la caída en la fase de relajación durante el registro posterior a la intervención, ya que la temperatura es una de las variables fisiológicas más constantes y, en condiciones normales —reposo—, oscila entre 32 y 35 °C (King y Montgomery, 1980). La respuesta anormal en la temperatura podría estar mediada por alguna condición médica desconocida para la participante y para la investigación. Se ha reportado que uno de los principales mecanismos para regular la temperatura se da con la secreción de tiroxina de la glándula tiroidea (Picón-Jaimes *et al.*, 2020) y no se tienen datos de que la participante se haya hecho algún estudio tiroideo.

Figura 12

Frecuencia respiratoria



Esta respuesta fisiológica es la que presenta mayor activación. Aunque no parecía verse alterada durante los registros, su frecuencia es el doble de lo normal. Los ciclos por minuto en adultos normalmente constan de entre de 12 y 20 respiraciones (Yuan *et al.*, 2013) y la participante parece tener el doble de manera constante. Eso demostraría que continúa con estrés incluso en la fase de relajación y, aunque haya experimentado cambios favorables en esquemas emocionales, su cuerpo aún no muestra lo mismo. Es posible que al paso del tiempo, con la práctica de las estrategias aprendidas continúe su mejoría, sin embargo es un elemento a vigilar sobre la posibilidad de buscar apoyo médico en Psiquiatría.

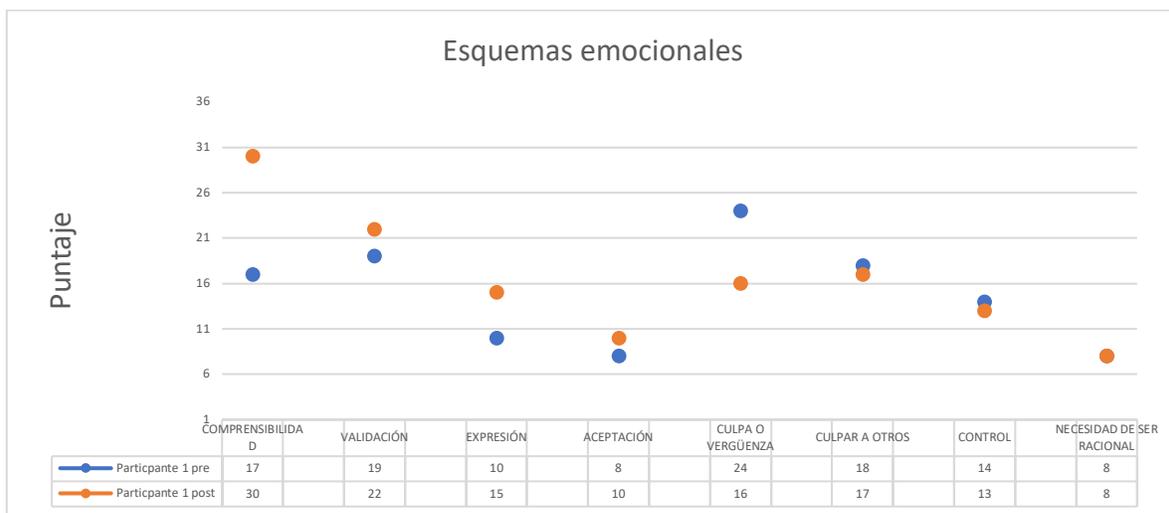
Participante 1

Femenino de 19 años que cursaba el segundo semestre de la carrera de Administración en el turno vespertino. Solicitó apoyo psicológico porque no podía concentrarse, se sentía desmotivada, insatisfecha y reportó dificultades con sus padres —estaba enojada por una etapa dolorosa en la cual sufrió abuso sexual y también dijo que sentía culpa por sentirse enojada—; además, entre ellos hay discusiones que generan un ambiente hostil en casa.

Es importante mencionar que tuvo una complicación antes de llegar a la facultad el día del registro psicofisiológico posterior a la intervención. El metrobús en el que viajó tuvo un choque y, aunque no fue grave, ella se sintió asustada. Se realizó el registro ese día porque por sus actividades escolares difícilmente podría volver a acudir durante el resto del semestre poniendo en riesgo su evaluación.

Figura 13

Esquemas emocionales

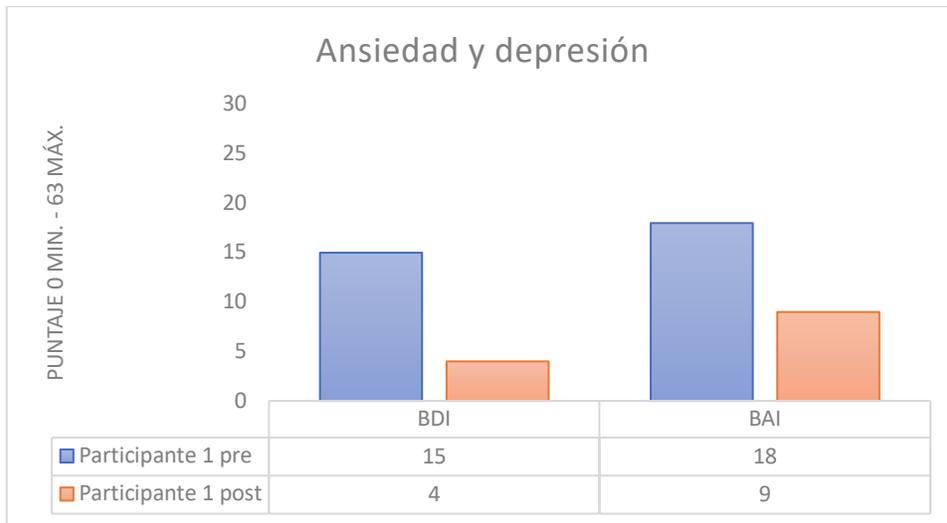


Hubo cambios favorables en todos los esquemas emocionales y el único que quedó con la misma puntuación fue necesidad de ser racional aunque su puntuación fue baja desde el inicio. Hubieron cambios muy ligeros en los esquemas de aceptación, control y culpar a otros. Esto tiene sentido por los comentarios que hizo en los que reportaba perder

espontaneidad y dirigirse de una manera *robótica* hacia los chicos. Podría ser que, desde la perspectiva inicial de *comprensibilidad*, su gama de emociones era limitada y la rumiación podría favorecer vergüenza, que mostró un descenso importante, y coincide con su mejoría en expresión.

Figura 14

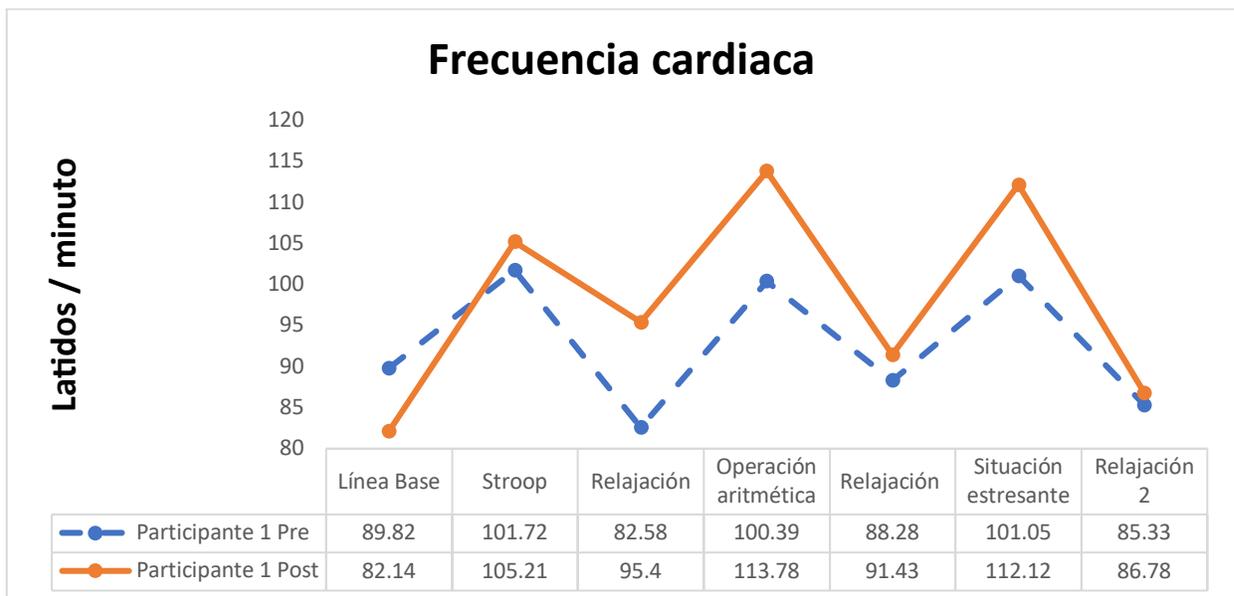
Ansiedad y depresión



Ambos puntajes redujeron, quedando la depresión en la categoría diagnóstica mínima y la ansiedad en leve.

Figura 15

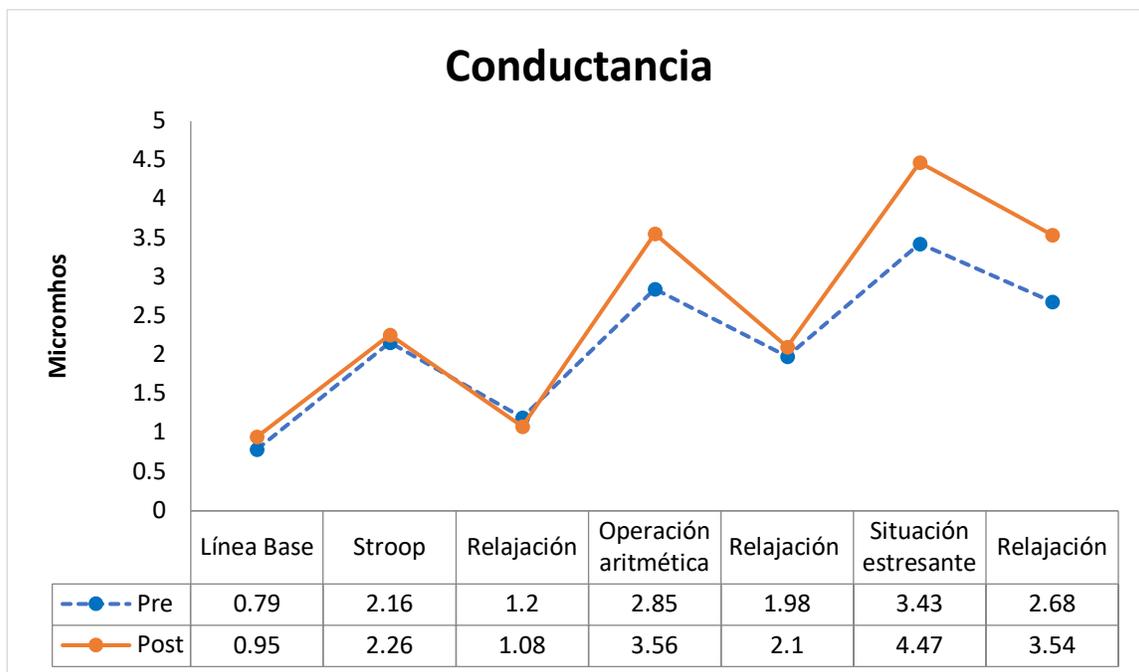
Frecuencia cardiaca



En ambos registros presenta actividad por encima de lo esperado en mujeres: 76 latidos por minuto en promedio (Andreassi, 2007). Pese a eso, sus respuestas tienden a relajación en todas las fases correspondientes, aunque nunca recupera frecuencias como las de su línea base inicial; es decir, aunque se activa y se relaja, parecería que tiende a un estado de estrés sostenido, que podría ser efecto de la atención a sus síntomas físicos.

Figura 16

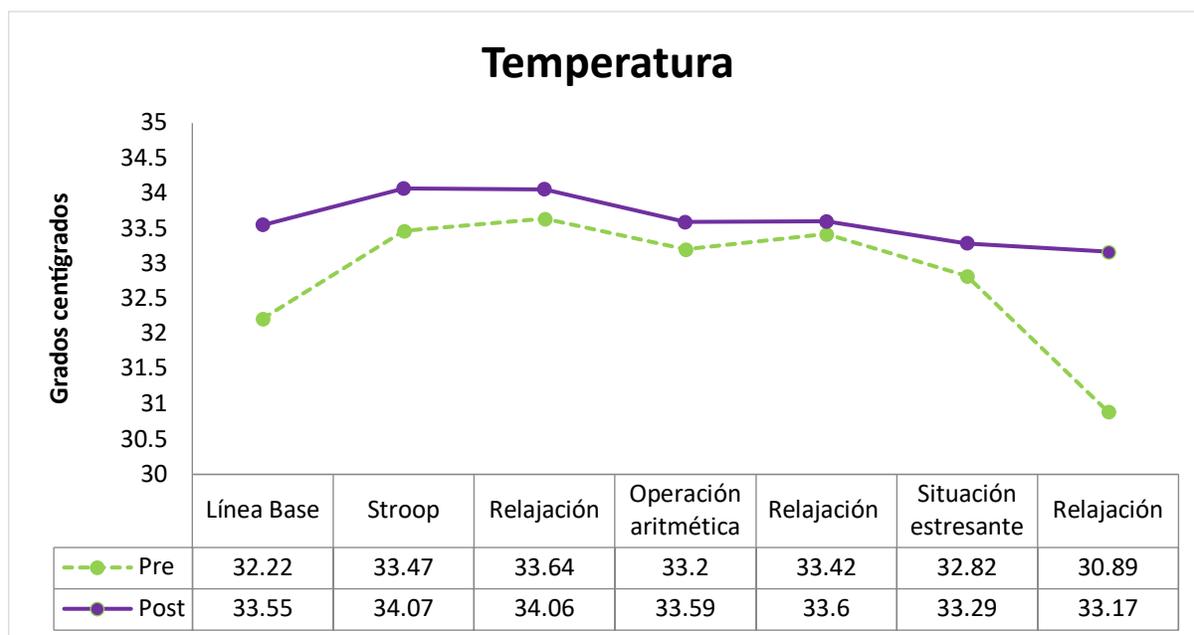
Conductancia (Respuesta electrodérmica).



Aun con el choque del metrobús, sus respuestas están dentro del promedio. La situación emocional fue el estímulo que provocó mayor activación y parece que logra recuperarse parcialmente, en ambos registros se observa una tendencia ascendente en las distintas fases del registro. El aumento en la conductancia se manifiesta cuando incrementa la actividad simpática, se relaciona con las emociones y en este caso es un indicador de estrés.

Figura 17

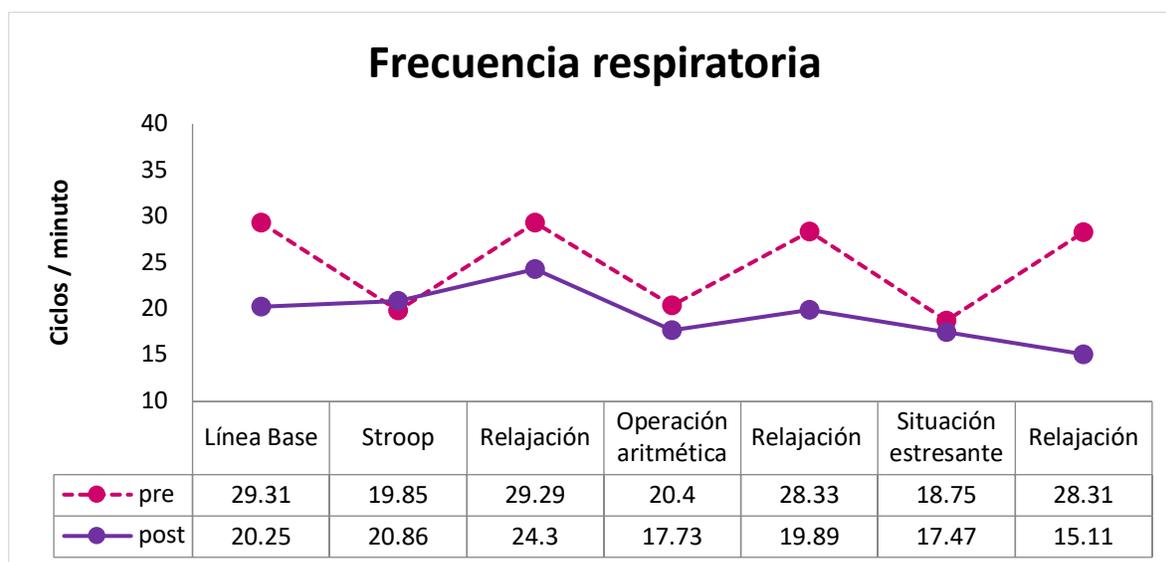
Temperatura



Fue la variable más constante antes y después de la intervención. En ambos registros hay una disminución de la temperatura en la última fase de relajación. En el registro posterior es menos abrupta que en el registro inicial, en el cual parece estar fuera del parámetro de lo normal.

Figura 18

Frecuencia respiratoria



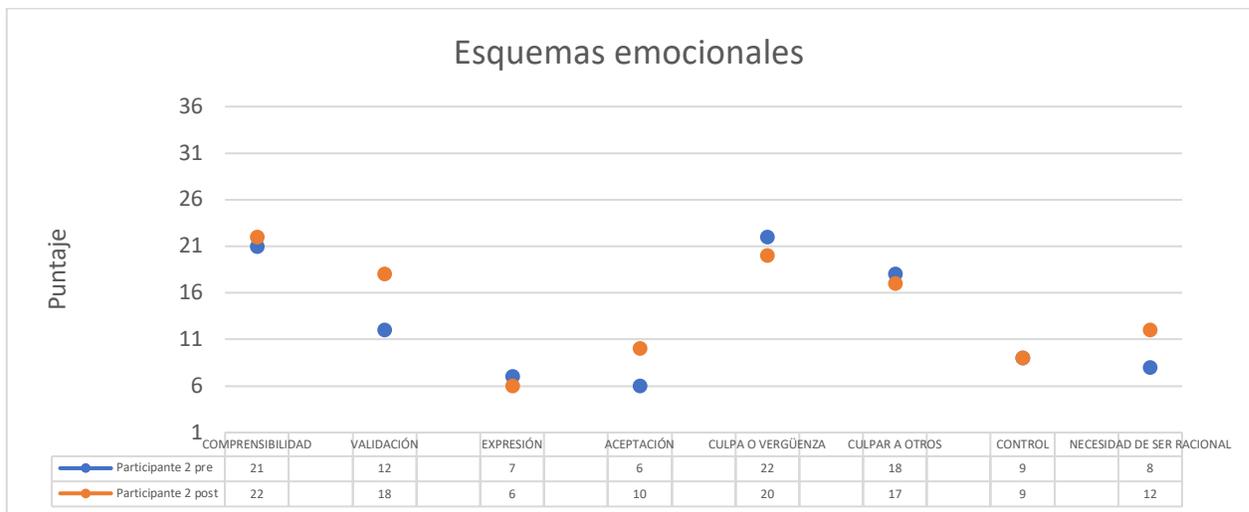
En el registro inicial se observaron más ciclos por minuto que el promedio; en el registro posterior los ciclos de respiración se encuentran en los parámetros promedio y los cambios en cada fase muestran un mejor control frente a situaciones estresantes.

Participante 2

Femenino de 20 años que cursa 2º semestre de la carrera de Contaduría en el turno matutino. Buscó apoyo psicológico porque tenía bajas calificaciones, además de que reportó sentirse muy ansiosa por dificultades en casa. La sintomatología de ansiedad y depresión estuvieron muy elevadas desde el comienzo. Se consideró candidata para buscar apoyo en Psiquiatría, sin embargo, debido a que recibir cita inicial en hospitales de tercer nivel en la Ciudad de México lleva al menos 15 días, decidimos proceder con el protocolo de intervención.

Figura 19

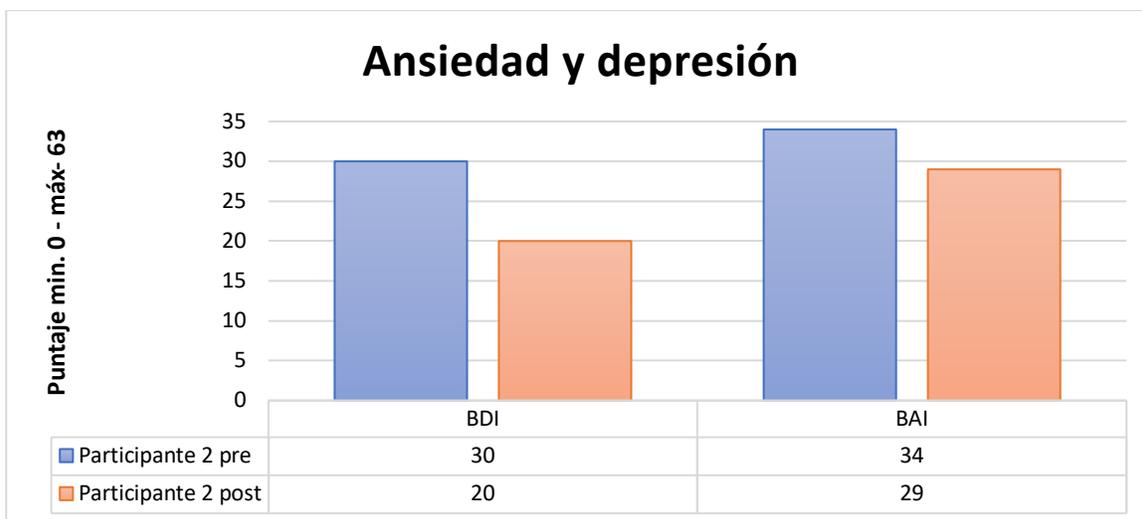
Esquemas emocionales



Tres de los esquemas tuvieron resultados contradictorios. Aunque hay una mayor validación, parece expresar un poco menos después de la intervención. El esquema control no tuvo cambios y necesidad de ser racional aumentó. En el resto de los esquemas se observan cambios coherentes, como que bajó la sensación de culpa y culpar a otros, y aumentó su comprensión emocional y aceptación.

Figura 20

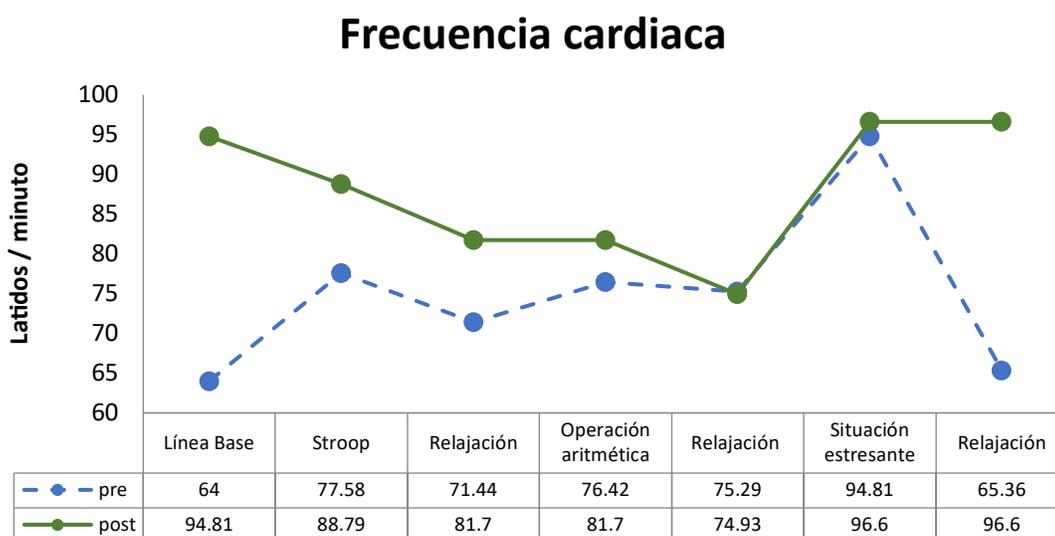
Ansiedad y depresión



Los elevados puntajes en ansiedad y depresión refieren sintomatología grave y, aun cuando bajaron después de la intervención, la reactividad fisiológica en la frecuencia respiratoria confirma la necesidad de buscar apoyo de tipo medicamentoso para reducir la ansiedad.

Figura 21

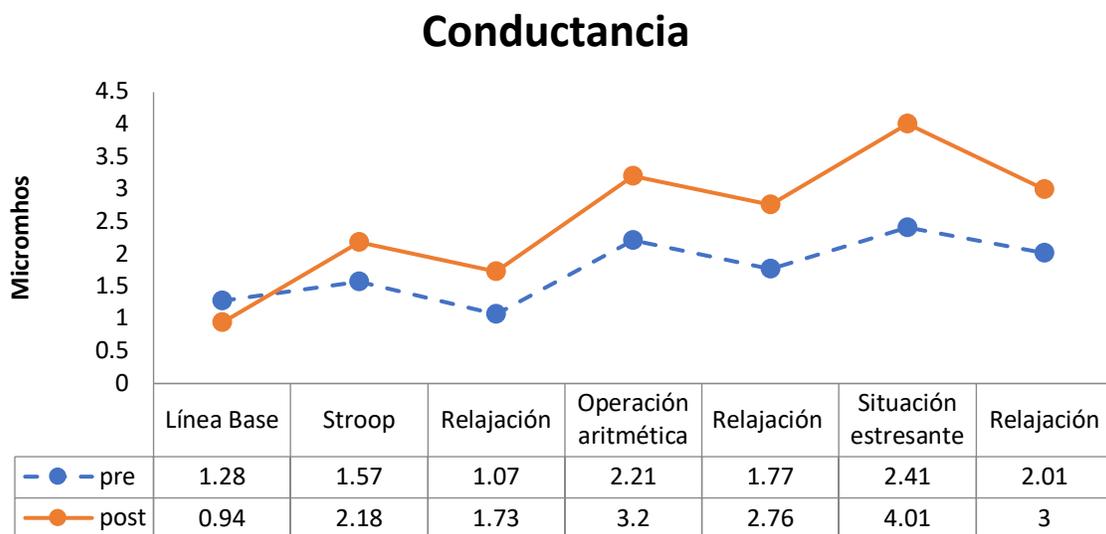
Frecuencia cardiaca



Durante el primer registro, la línea base tuvo el menor nivel de activación, mientras que la situación estresante fue la que presentó mayor activación. En el registro posterior, la mayoría de sus respuestas, excepto en la segunda fase de relajación, tienen valores elevados en comparación con el nivel de activación normal en reposo; es decir, no pareció tener una buena adaptación ante el estrés, especialmente después de reportar la situación emocional que le causaba malestar, lo cual es congruente con lo reportado en los inventarios de ansiedad y depresión.

Figura 22

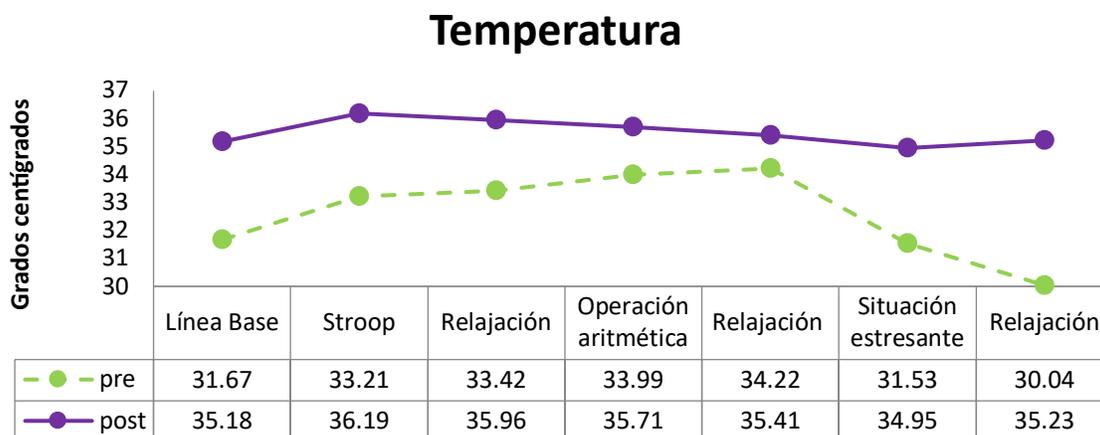
Conductancia



En esta variable, todas las respuestas están dentro del promedio, pero en el registro posterior tuvo mayor activación en comparación con el primero y las respuestas tienden a valores gradualmente ascendentes.

Figura 23

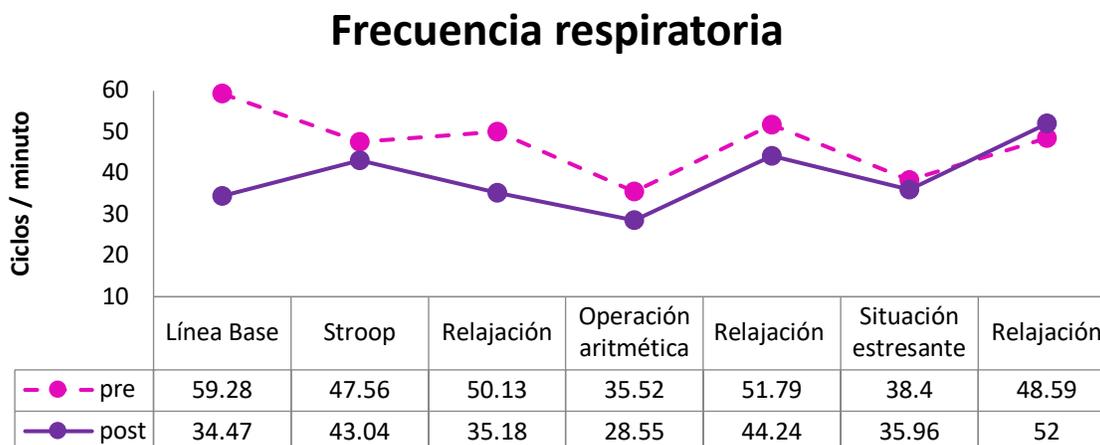
Temperatura



En esta variable también la línea base y la última fase de relajación en el registro previo presentaron valores menores que el promedio, mientras que en la fase de Stroop se presentaron valores por encima de lo normal. Todas las demás respuestas están en el rango de activación normal. Es la tercera participante que presenta un descenso en la temperatura durante la fase de relajación durante el pre, pero en el post logra un ligero aumento en la relajación final.

Figura 24

Frecuencia Respiratoria



Fue la respuesta con mayor activación, con respuestas mucho más elevadas que los valores promedio, presentó gran activación en ambos registros. Podría tratarse de un síntoma de despersonalización⁶, el cual se ha asociado con patologías como ansiedad y depresión, o bien de pánico. Según los resultados, es propicio hacer un entrenamiento focalizado en respiración diafragmática, ya que la respiración lenta y prolongada ha probado su utilidad para reducir síntomas de estrés al reducir los niveles de cortisol medido en saliva (Cea *et al.*, 2015).

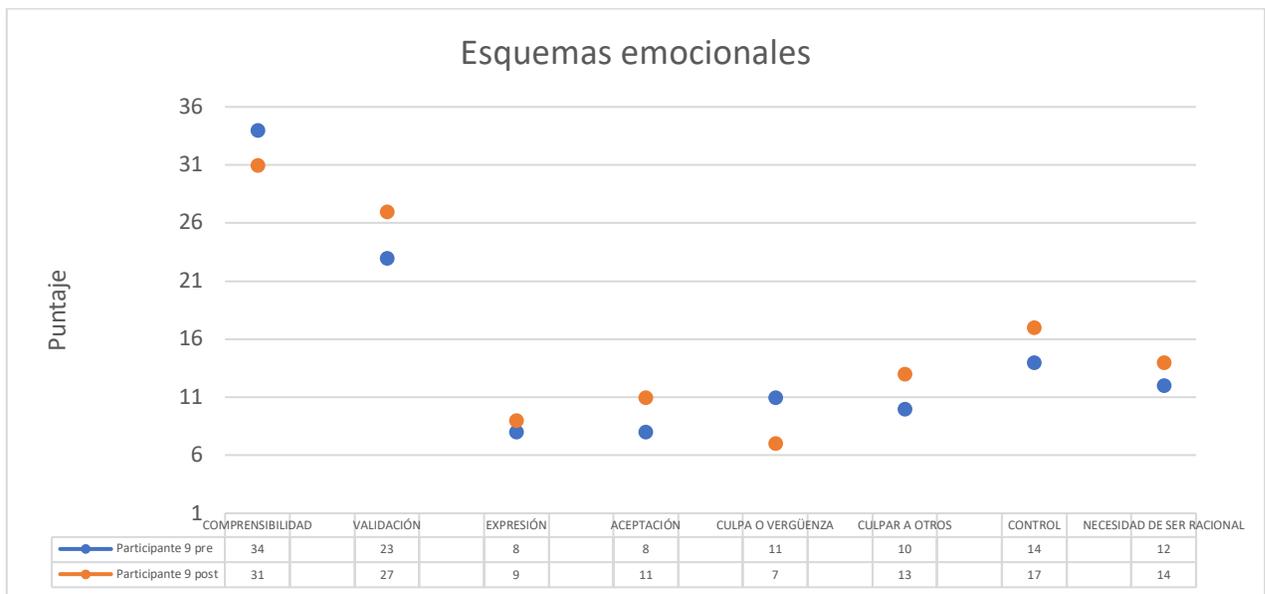
⁶ La despersonalización permite a la persona alejarse emocionalmente de aquello que le causa malestar, aunque podría tratarse también de la despersonalización como un trastorno. La APA lo define como una alteración de la percepción o la experiencia de uno mismo, de tal manera que la persona se siente separada de los procesos mentales o del cuerpo, como si uno fuese un observador externo a los mismos (Marsollier, 2013).

Participante 9

Masculino de 41 años que cursa 2º semestre de la carrera de Contaduría en el Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), tiene dos hijos y los fines de semana labora. Buscó apoyo psicológico porque tenía dificultades interpersonales, principalmente discusiones con su pareja, con su padre y con su hijo; además, dijo que se sentía estresado por la carga entre la universidad, el trabajo —laboraba los fines de semana— y se hacía cargo de las ocupaciones en casa con su hija pequeña.

Figura 25

Esquemas emocionales

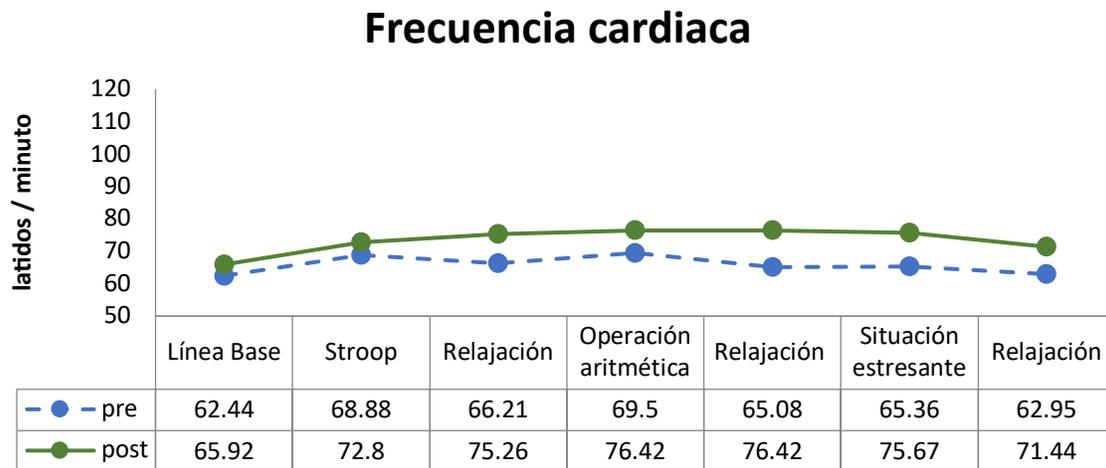


Se nota una mejoría en la mayoría de los esquemas. Sin embargo, disminuyó la comprensión de las emociones y aumentaron los esquemas culpar a otros y necesidad de ser racional. Por otro lado, el esquema validación fue el que presentó mayor beneficio; esto es relevante porque las interpretaciones negativas inhiben la expresión y la validación (Manrique y Aguado, 2006) que también mejoraron. El participante comentó interpretaciones negativas sobre su esposa, como sentir que él ya no le gustaba a su pareja y que ella no se atrevía a decirlo,

las cuales aumentaban su sensación de tristeza, inseguridad e incertidumbre; con el aumento en expresión, aceptación y reducción de vergüenza, después de la intervención se encuentra más capacitado para buscar formas de comunicación distintas a las que usaba y así reducir el malestar emocional. Aunque al inicio de la intervención los puntajes eran de sintomatología leve, presentó una mejoría al final de la intervención y quedó con síntomas mínimos.

Figura 27

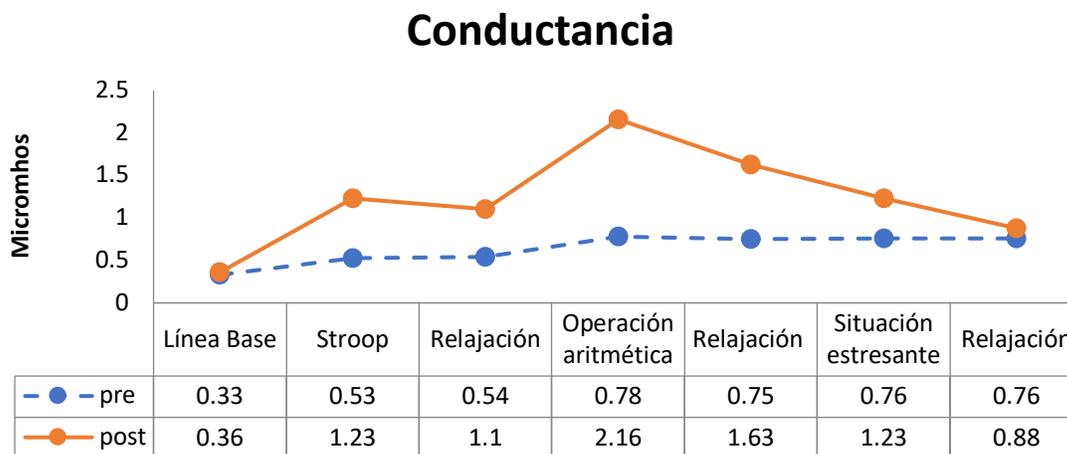
Frecuencia cardiaca



Éste parece ser el caso con las variables más estables sobre la frecuencia cardiaca: en el registro inicial estaba por debajo del parámetro normal de 70 latidos por minuto en el caso de los hombres. En el registro posterior, aunque estaba ligeramente arriba del parámetro, no se alejó demasiado del mismo y, en la fase de relajación, después de la operación aritmética en ambos registros, prácticamente no tuvo cambios, lo cual es relevante para un estudiante de contaduría.

Figura 28

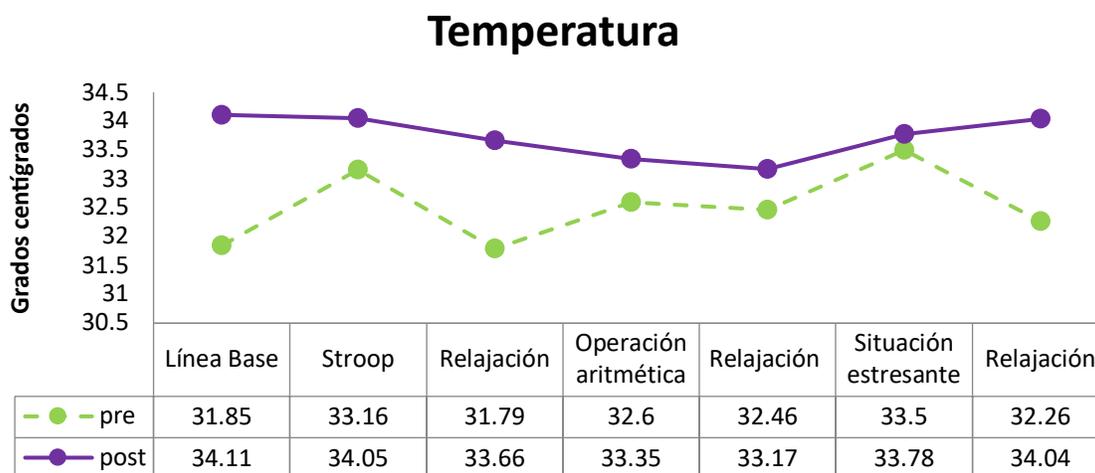
Conductancia (Respuesta electrodérmica).



En la respuesta de conductancia sucedió lo mismo en la fase de relajación después de la operación aritmética. Le costó trabajo relajarse en el registro previo a la intervención; posterior a ésta, en la fase de relajación después de los tres estresores, la conductancia se redujo de manera favorable.

Figura 29

Temperatura

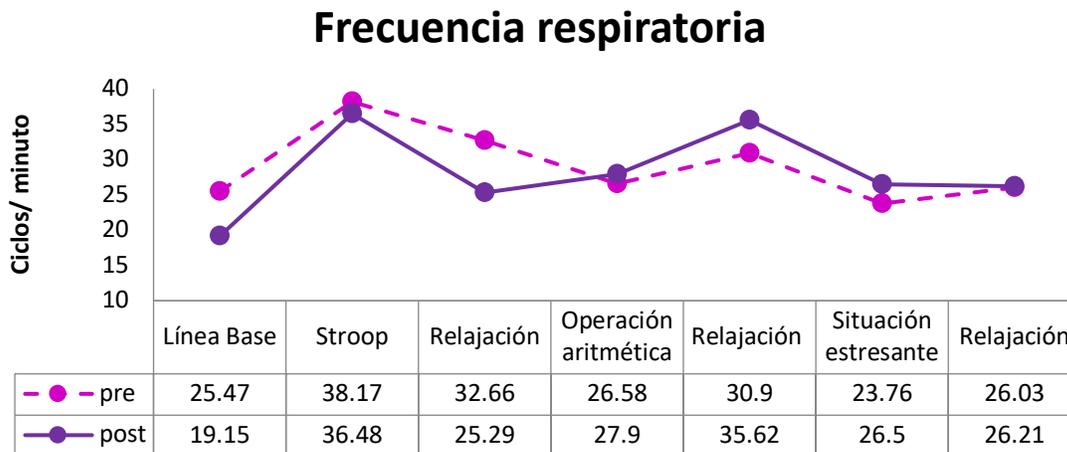


En el primer registro están invertidas las respuestas, subió su temperatura en los estresores y bajaba en la relajación, en el registro

posterior casi todas las respuestas se encontraron en el rango normal de temperatura.

Figura 30

Frecuencia respiratoria



Se presentó la mayor activación con los estresores cognitivos y, como hay más ciclos de respiración después de esos estresores —excepto en la última fase de relajación—, se concluye que hay una ligera dificultad para adaptarse al estrés.

Participante 3

Femenino de 24 años que cursa 6º semestre de la carrera de Administración en turno matutino del Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), tiene una hija pequeña y su madre le ayuda a cuidarla. La participante buscó apoyo psicológico por problemas de pareja y discusiones frecuentes en casa con su mamá y su hermano, quienes han tenido críticas repetidas hacia ella por el papá de su hija —quien se encuentra privado de su libertad y no es su pareja actual—. Reportó ser muy complaciente con los demás y el desagrado de sentirse sola.

Figura 31

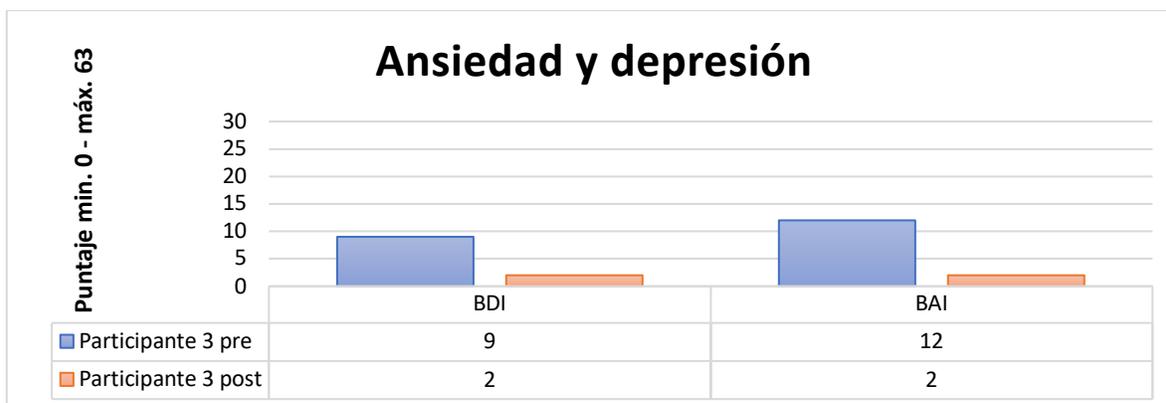
Esquemas emocionales



Los esquemas que no reportaron cambio fueron validación y expresión, mientras que aceptación, control y necesidad de ser racional presentaron ligeros empeoramientos. Al parecer comprensión de las emociones, sentir culpa y culpar a otros necesitan más dedicación, lo cual tiene sentido al ver los reportes de la participante de sentir culpa por poner límites a su pareja y a su mamá —de quien recibió críticas desde hace un par de años por ser mamá joven y soltera—.

Figura 32

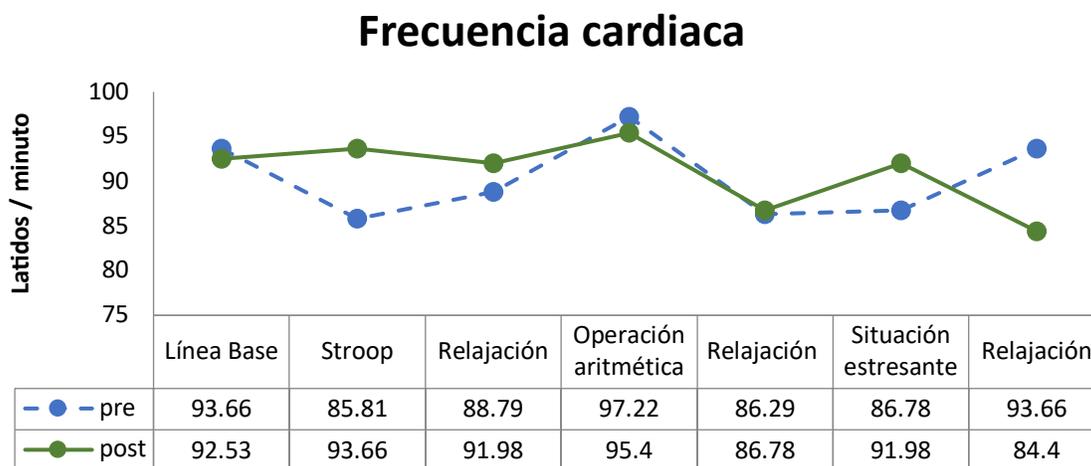
Ansiedad y depresión



Al comienzo, las puntuaciones eran leves; después de la intervención, presentó puntuaciones mínimas.

Figura 33

Frecuencia cardiaca

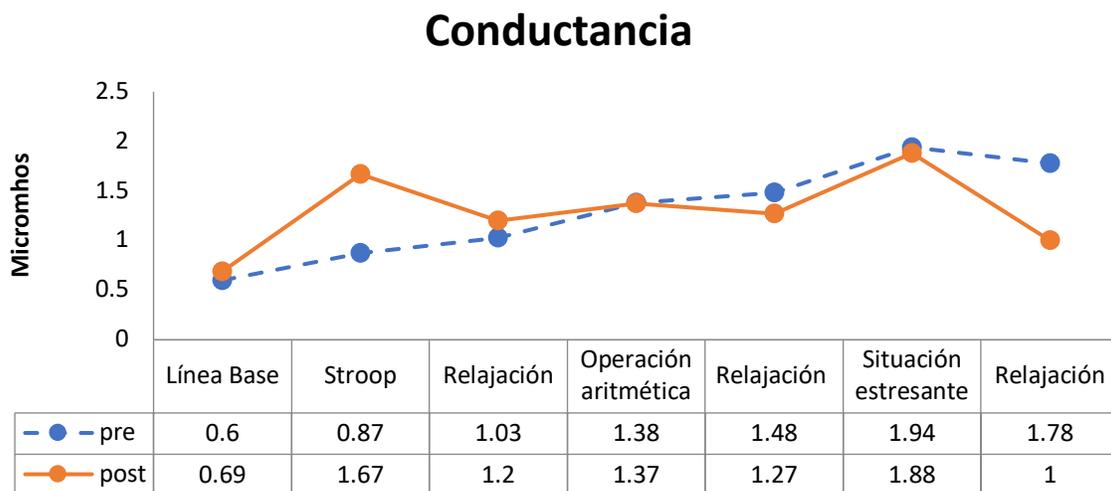


Desde el comienzo del primer registro, sus niveles de activación estuvieron elevados, aunque reflejaron activación frente a los estresores y desactivación en las fases de relajación; es decir, se comportan según lo deseable pero con indicadores más elevados que el parámetro normal. Es importante mencionar que en estudiantes la regulación emocional se ha vinculado con un afrontamiento adaptativo al estrés, mientras que la

dificultad en la regulación emocional explicaría cambios en la presión arterial (Cabanac *et al.*, 2017). Algunos autores reportan que la activación simpática crónica se correlaciona directamente con el desarrollo de ansiedad y depresión —no es necesariamente el caso— (Streeter *et al.*, 2012).

Figura 34

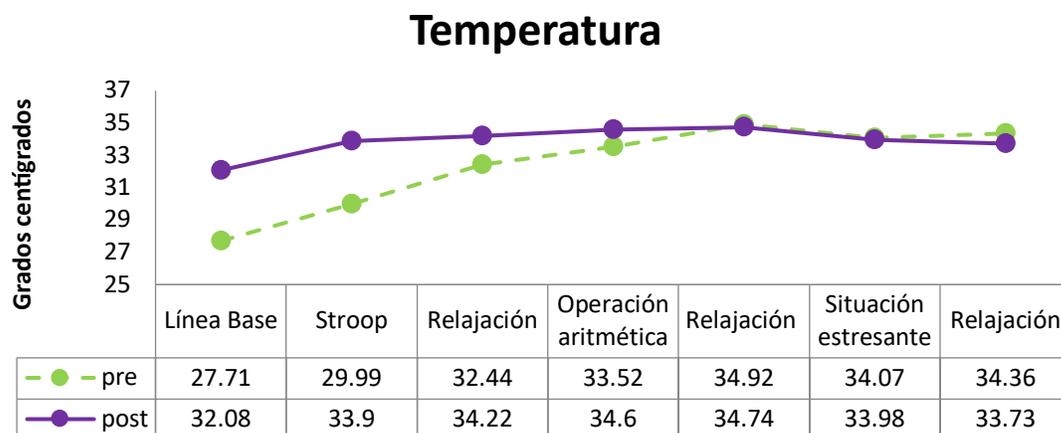
Conductancia (Respuesta electrodérmica).



Durante el primer registro, la única fase en la que presentó desactivación fue en la última relajación, mientras que en el segundo sí se presentó la activación con los estresores y la reducción de la conductancia en las fases de relajación.

Tabla 35

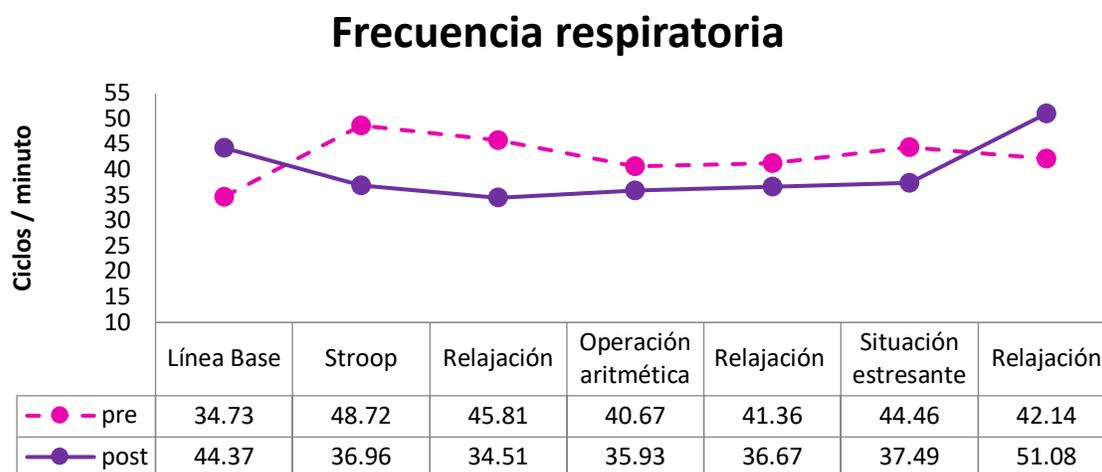
Temperatura



Al comienzo del primer registro, en las dos primeras fases, presentó valores por debajo de lo normal. A partir de la primera relajación su temperatura se elevó y durante el segundo registro las respuestas se encontraron dentro de los parámetros normales.

Figura 36

Frecuencia respiratoria



Todas las respuestas están fuera del rango normal de ciclos de respiración por minuto. Posteriormente a la intervención, la respuesta

se apega más a lo normal, excepto por la última relajación, en la cual tuvo la respuesta más elevada.

Participante 4

Femenino de 23 años que cursaba 8° semestre de Administración en el turno vespertino. Eligió buscar apoyo psicológico porque quería mejorar su relación familiar. Comentó que se sentía juzgada por su familia, amenazada por su jefe y etiquetada por un profesor, quien dijo que estaba “destinada a fracasar”.

Figura 37

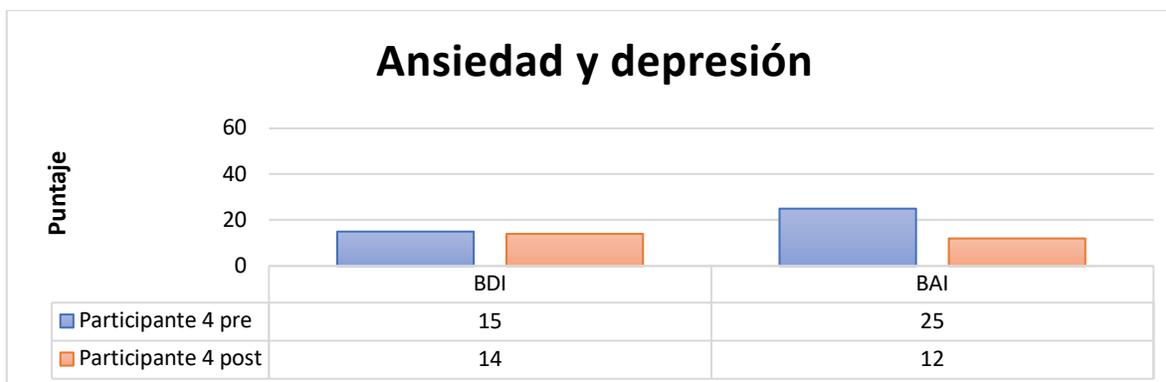
Esquemas emocionales



Los esquemas en los que reportó cambio fueron los siguientes: aumento de puntuaciones en expresión y aceptación, y menor puntuación en necesidad de ser racional y en culpa o vergüenza. Se considera necesario reforzar en otras sesiones los esquemas comprensión de las emociones, validación y control, ya que la dificultad en normalizar las emociones empeora los síntomas de ansiedad y, a su vez, la invalidación impide encontrarle sentido a sus emociones y en muchos casos añade autocríticas y condenas que repercuten en síntomas de depresión (Leahy 2015). La puntuación que aumentó en el esquema culpar a otros es coherente con el malestar que reporta hacia su mamá, en el cual experimentaba con frecuencia enojo, tristeza y culpa por sus comentarios y por tener respuestas poco asertivas.

Figura 38

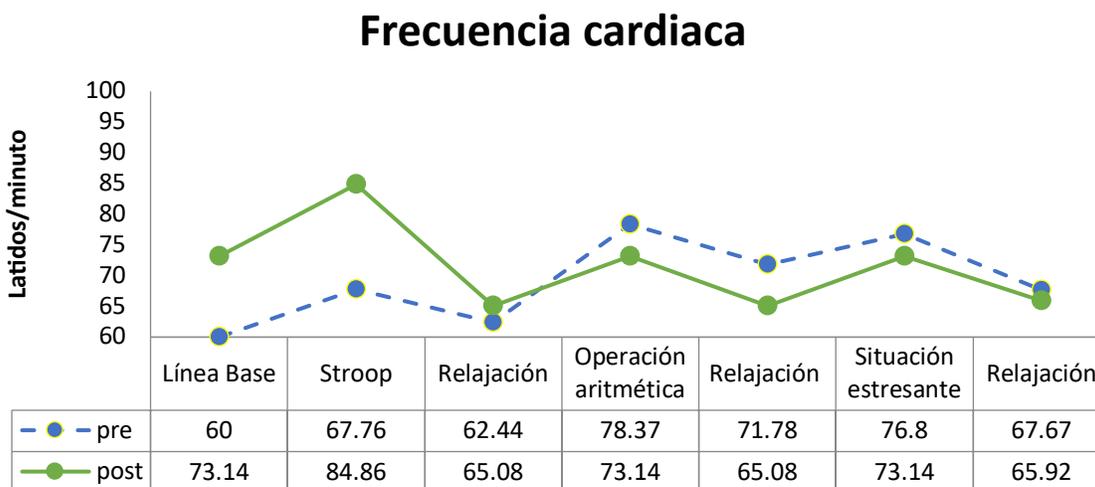
Ansiedad y depresión



Aunque se presentaron cambios después de la intervención, no hubo disminución a niveles mínimos de esta sintomatología en ambas variables, pero en ansiedad sí hubo un cambio en la categoría diagnóstica, de moderada a leve.

Figura 39

Frecuencia cardiaca

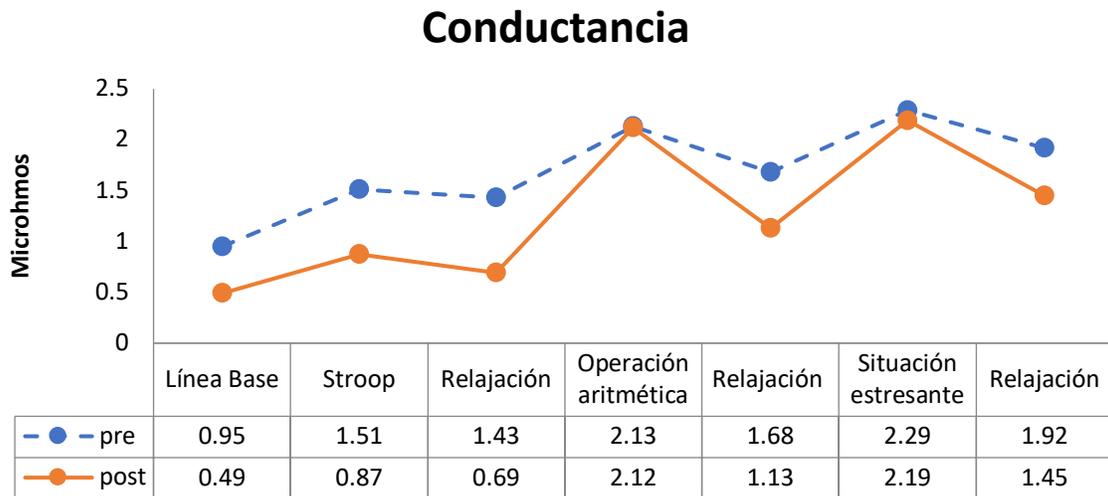


En esta variable, el estresor de operación aritmética y la situación estresante tuvieron el mismo puntaje de activación, con menor puntuación en la relajación del estresor de operación aritmética. Una de las molestias principales de la participante eran los comentarios de un profesor, así que esta respuesta es relevante porque parece haber un

cambio favorable en relajación durante el registro posterior a la intervención, frente a estímulos como la operación aritmética.

Tabla 40

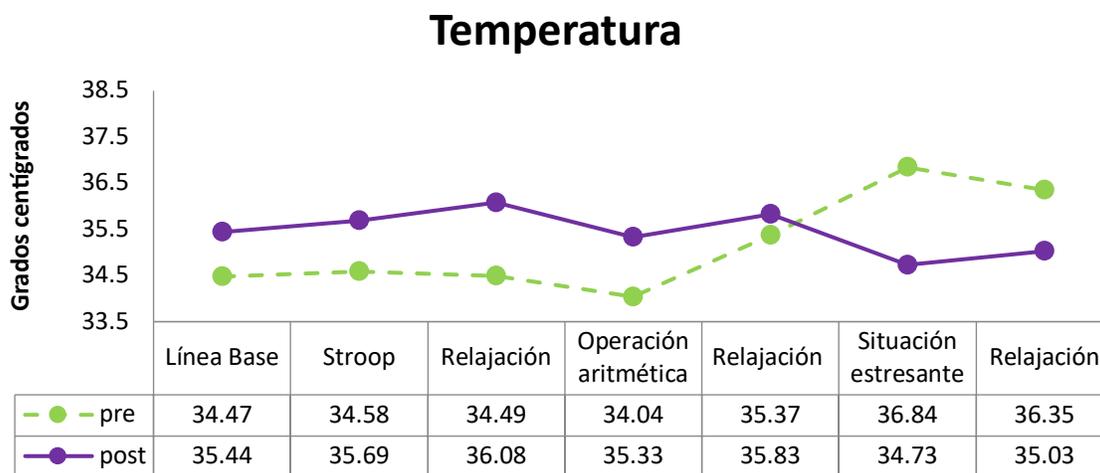
Conductancia (Respuesta electrodérmica).



Todas las respuestas están en el rango de los parámetros normales y la conductancia aumentó frente a los estresores; el estresor emocional fue el que más la activó y se redujo en cada fase de relajación, sin embargo no alcanza los niveles de línea base.

Tabla 41

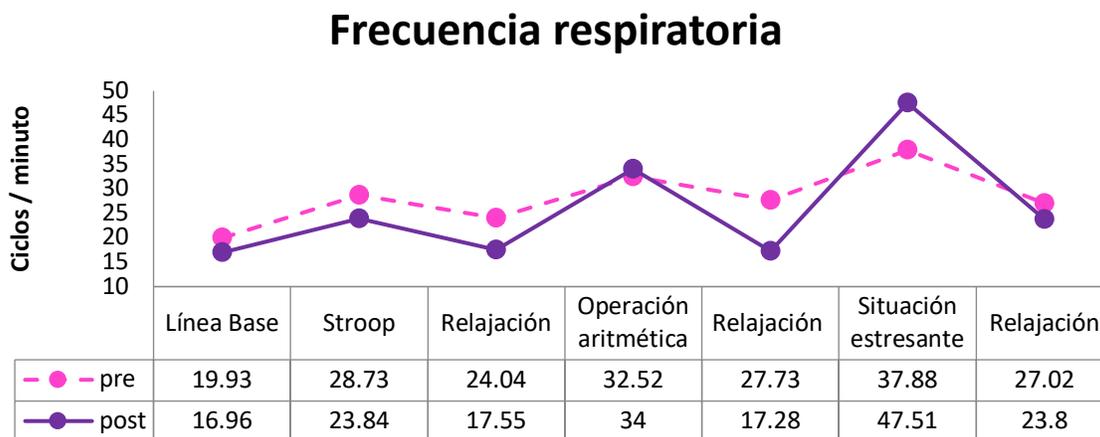
Temperatura



Sus resultados están dentro del parámetro normal, en el registro previo tres mediciones estuvieron por encima de 35 y en el registro posterior, seis de siete mantuvieron esa temperatura aunque en la última relajación no logra una recuperación notable.

Tabla 42

Frecuencia respiratoria



El estresor emocional en ambos registros presentó mayor activación de la frecuencia respiratoria, seguido de la operación aritmética y, por último, el Stroop. La frecuencia aumentó frente a cada estresor, pero en

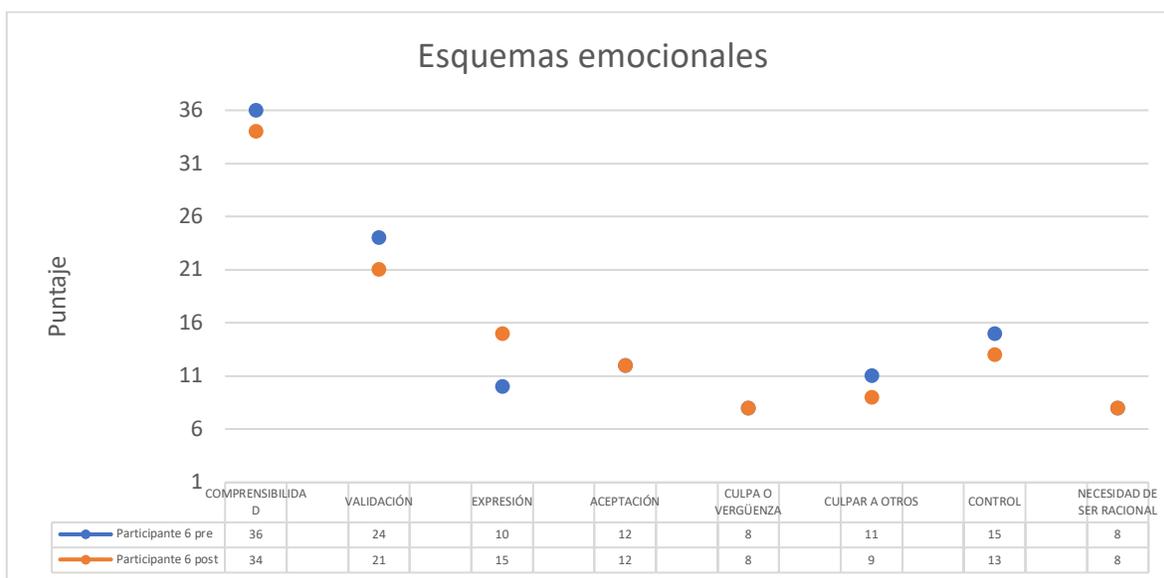
las fases de relajación la participante no logró relajarse con la misma frecuencia que en su línea base; es decir, no presentó adaptación, aunque sí un descenso de la actividad respiratoria. Se ha reportado alta probabilidad de que los estudiantes de los últimos semestres presenten niveles de actividad autonómica mayores porque combinan sus actividades escolares con otras obligaciones (Kornguth *et al.*, 1984).

Participante 6

Decidió buscar apoyo psicológico porque se sentía estresado, ya que cursaba la carrera de música por las mañanas y la de administración por las tardes. Comentó que trataba de evitar la preocupación por todas las cosas que tenía por hacer y la ansiedad por la saturación de actividades.

Tabla 43

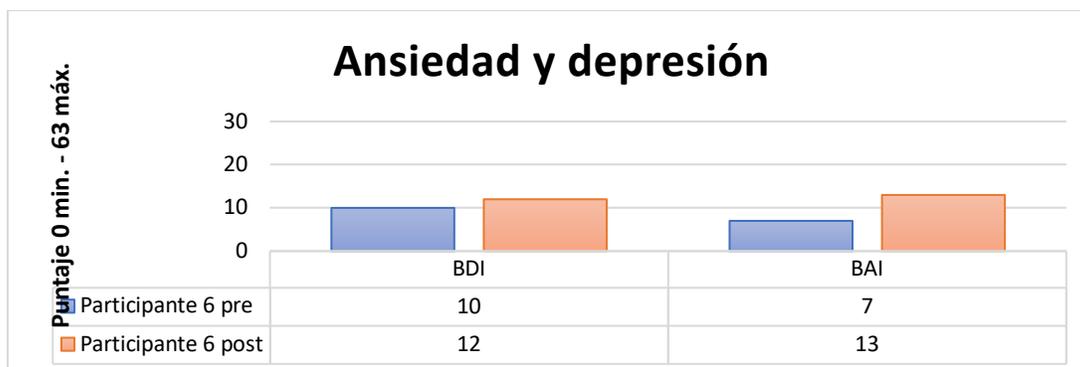
Esquemas emocionales



Los esquemas sin cambio fueron aceptación, culpa y necesidad de ser racional; los esquemas con cambios favorables fueron mayor expresión y reducción en culpar a otros y control. Las puntuaciones en comprensión de las emociones, validación y control disminuyeron. En algunas ocasiones aumentan las puntuaciones en los inventarios y escalas, eso se debe a que el participante tiende a evitar poner atención a contenidos emocionales, por lo que aparentemente empeora al reducir la evitación, pero eso no significa que así sea. En concordancia, sus respuestas fisiológicas son buenas.

Tabla 44

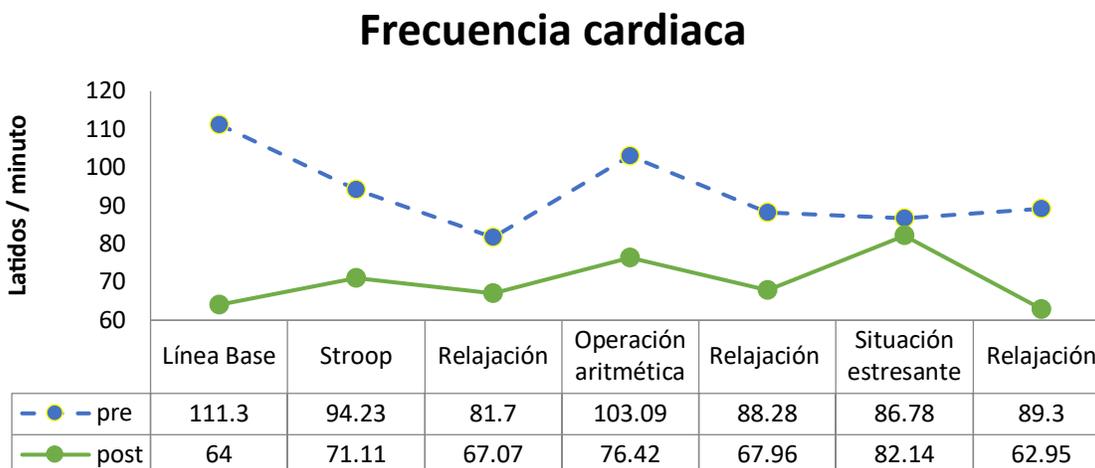
Ansiedad y depresión



En ambos inventarios, las puntuaciones se elevaron. Esto confirma la hipótesis de que este participante evitaba las emociones y en ambos queda con puntuaciones leves.

Figura 45

Frecuencia cardiaca

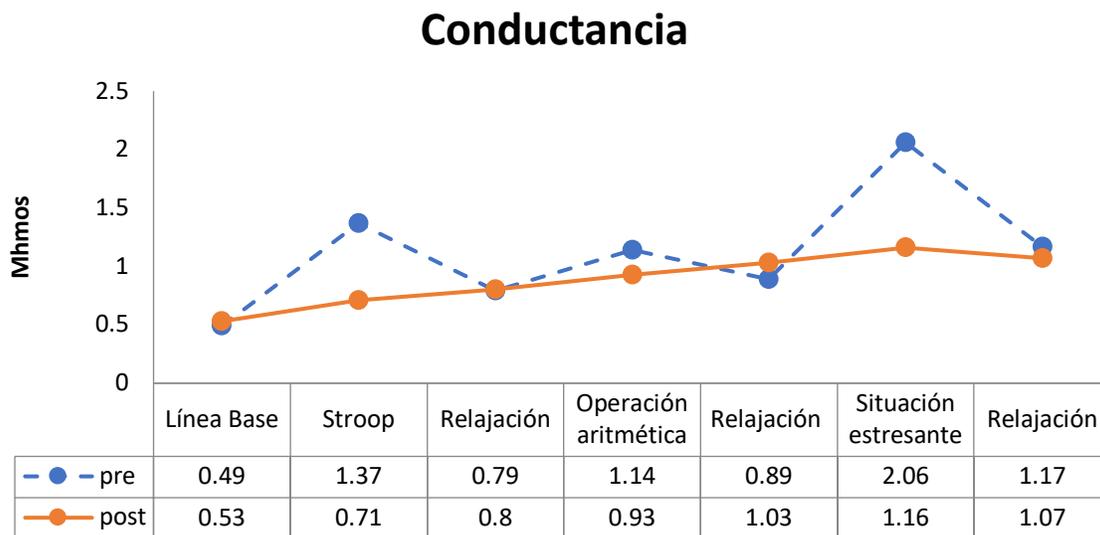


En el registro inicial, todas las puntuaciones estuvieron por encima del nivel de activación normal de hombres adultos, pero se activaban ante los estresores y se desactivaban en las fases de relajación; incluso las tres fases de relajación estuvieron por debajo de su línea base, esto podría ser un indicador de tener buena capacidad evitando emociones y que su

estado habitual de cierta ansiedad latente que podría no notar. En el segundo registro, todas las puntuaciones estuvieron muy cerca del parámetro normal de 70 latidos por minuto; y en la última relajación la puntuación estuvo por debajo de la línea base. Ese cambio podría deberse directamente a la intervención.

Figura 46

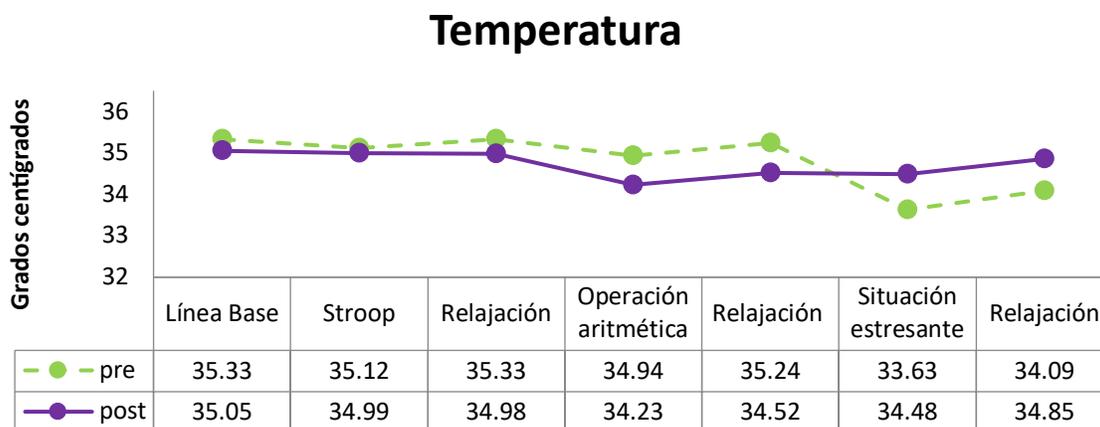
Conductancia (Respuesta electrodérmica).



Fue una de sus variables más estables. Todas las respuestas estuvieron dentro del parámetro, se activaron frente a los estresores y se desactivaron en las fases de relajación, podría deberse a la posibilidad de que el participante tenga reactividad particular frente a esta variable. Es probable que la reactividad en conductancia tenga que ver con el hecho de que el participante estudia la carrera de música, se ha demostrado que los estímulos musicales se involucran con las medidas fisiológicas como presión arterial, conductancia y tensión muscular; por ejemplo, cuando una persona está improvisando música se manifiestan cambios fisiológicos observables a través de la conductancia, el ritmo cardiaco y electro-encefalograma, entre otros (Mojica-Londoño, A. G., 2017).

Figura 47

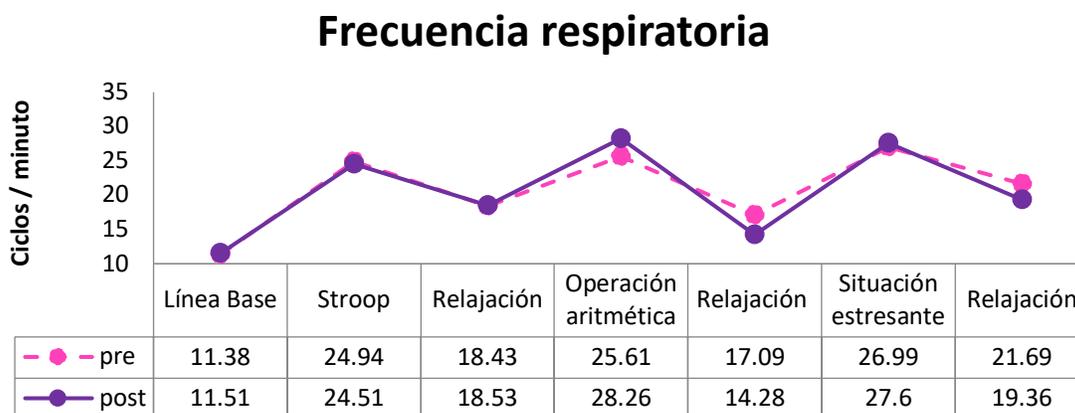
Temperatura



Esta respuesta también fue bastante estable, con todas las respuestas registradas dentro del parámetro normal de activación, con mejor recuperación en la última relajación.

Figura 48

Frecuencia respiratoria



En ambos registros tiene respuestas similares: activación frente a los estresores y desactivación en las fases de relajación. Frente a los tres estresores se elevó la reactividad, pero no se alejó mucho del

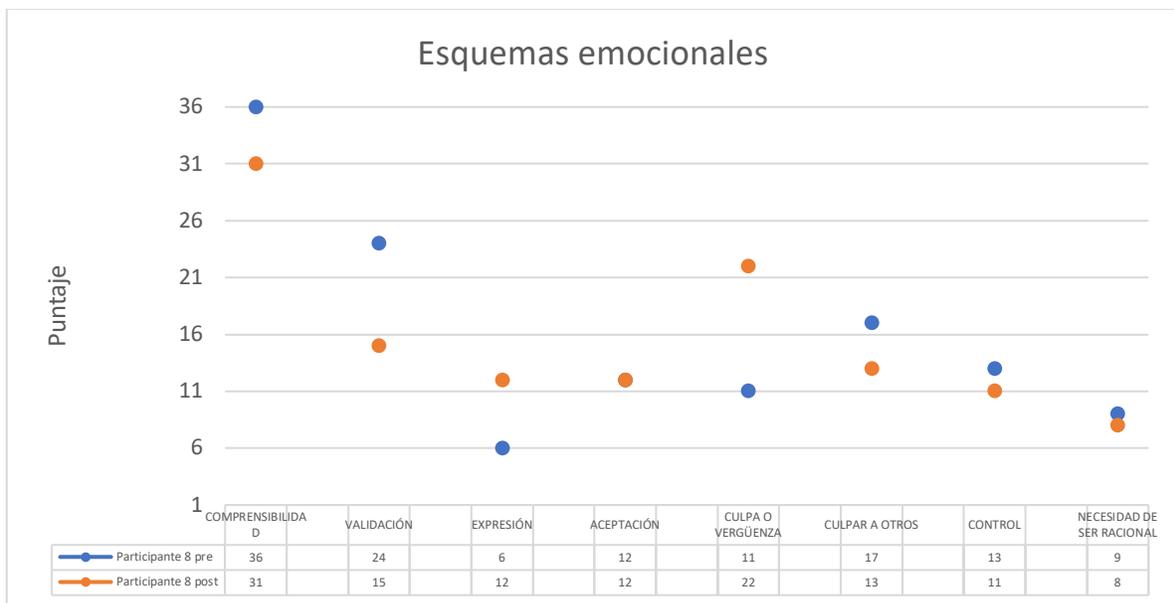
parámetro normal. Estos cambios pueden considerarse como normales frente a situaciones de estrés.

Participante 8

Masculino de 22 años que cursaba 8° semestre de Administración por las tardes, buscó apoyo terapéutico porque reportó que se sentía ansioso y con culpa por una situación con su pareja —tuvo relaciones con otra persona y ésta se embarazó—, por lo que se sentía avergonzado y que debía castigarse porque lo consideró una equivocación. Reportó que bebía hasta perderse para poder relajarse.

Figura 49

Esquemas emocionales

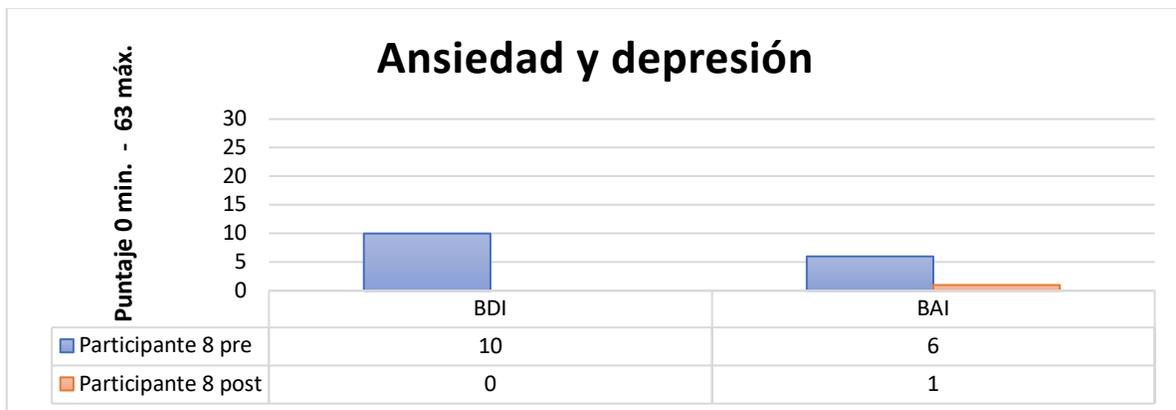


Los esquemas comprensión, control y validación bajaron la puntuación en el registro posterior a la intervención. En el esquema aceptación no presentó cambios y de eso podría depender el uso de algunas estrategias cognitivas para reflexionar sobre sus emociones en vez de evitarlas con el consumo excesivo de alcohol, tal como lo reportó. Aumentó la puntuación en culpa y en algunas ocasiones los participantes pueden llegar a experimentar la sensación de que son rebasados por la emoción, lo cual favorece el deseo de evitarlas en vez de aceptarlas, son resultados contradictorios que denotan la necesidad de hacer más trabajo terapéutico y se realizaron un par de sesiones posteriores a la

intervención grupal, logrando reducir la culpa y vergüenza por la situación de pareja así como practicar estrategias más funcionales para experimentar sus emociones.

Figura 50

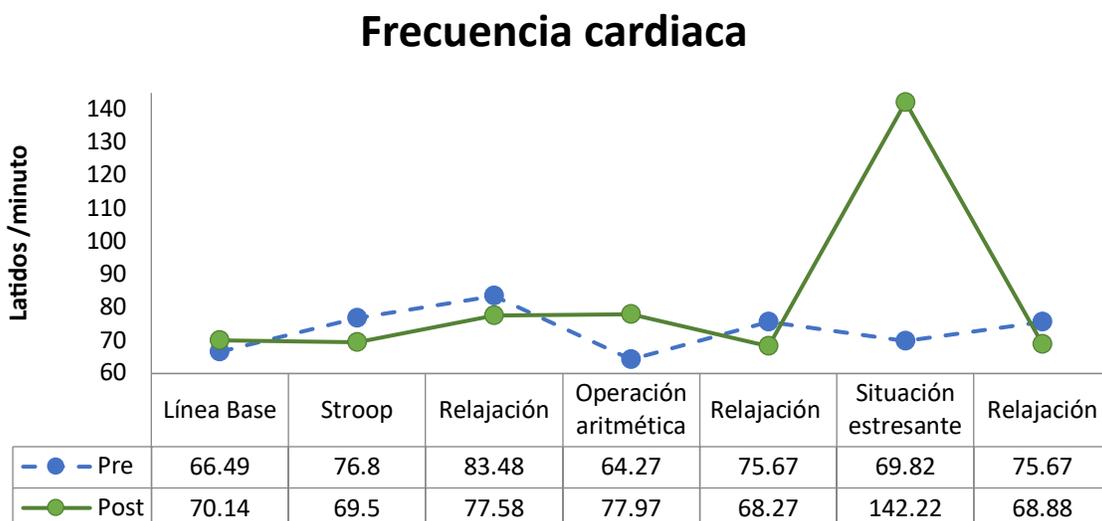
Ansiedad y depresión



En ambos inventarios las puntuaciones se redujeron a mínimo, en contraste con lo reportado en esquemas emocionales, podría deberse a evitación emocional.

Figura 51

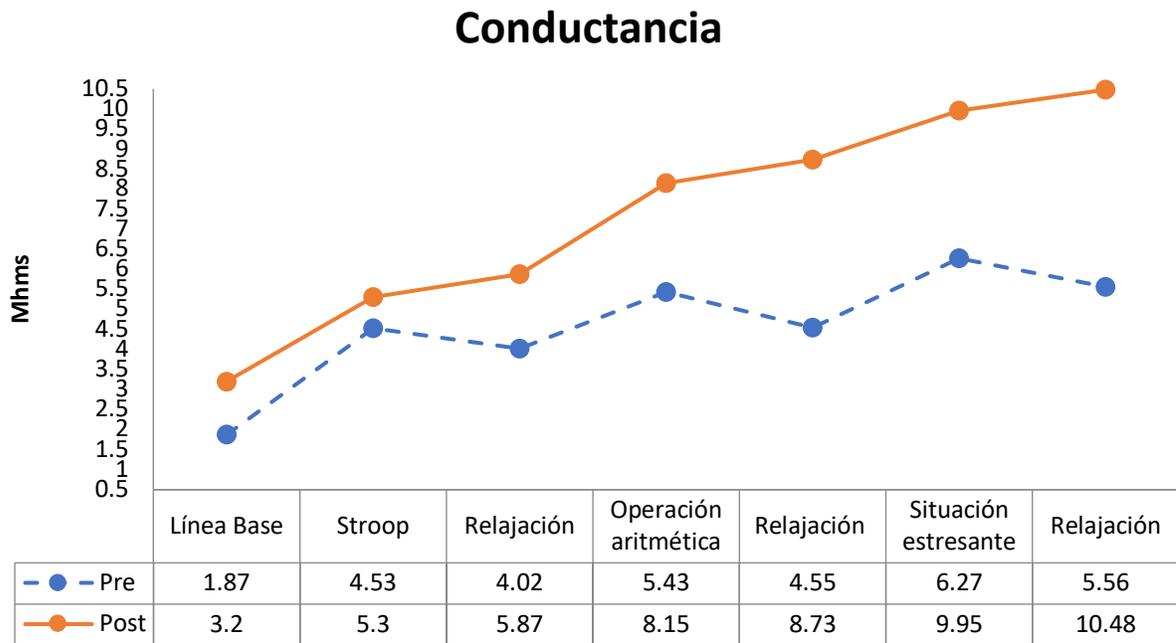
Frecuencia cardiaca



En el registro inicial, los valores están en su mayoría en el parámetro de lo normal, mientras que en el segundo registro el estresor emocional presentó respuestas con el doble de activación del parámetro normal, aunque tuvo una buena recuperación.

Figura 52

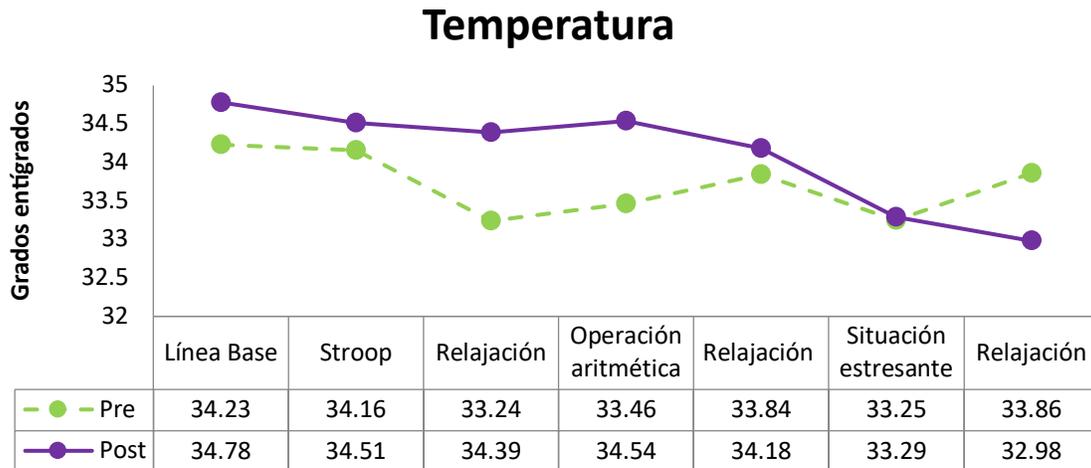
Conductancia (Respuesta electrodérmica).



En esta respuesta, la situación emocional también presentó los niveles más elevados de activación, incluso por encima del rango normal, el cual va de 0.05 a 5.0 μ hmos. En el segundo registro, su respuesta de relajación no se presentó; de hecho, obtuvo la puntuación más elevada de todo el registro y va en sentido opuesto a las demás respuestas fisiológicas, lo cual podría deberse a hiperhidrosis.

Figura 53

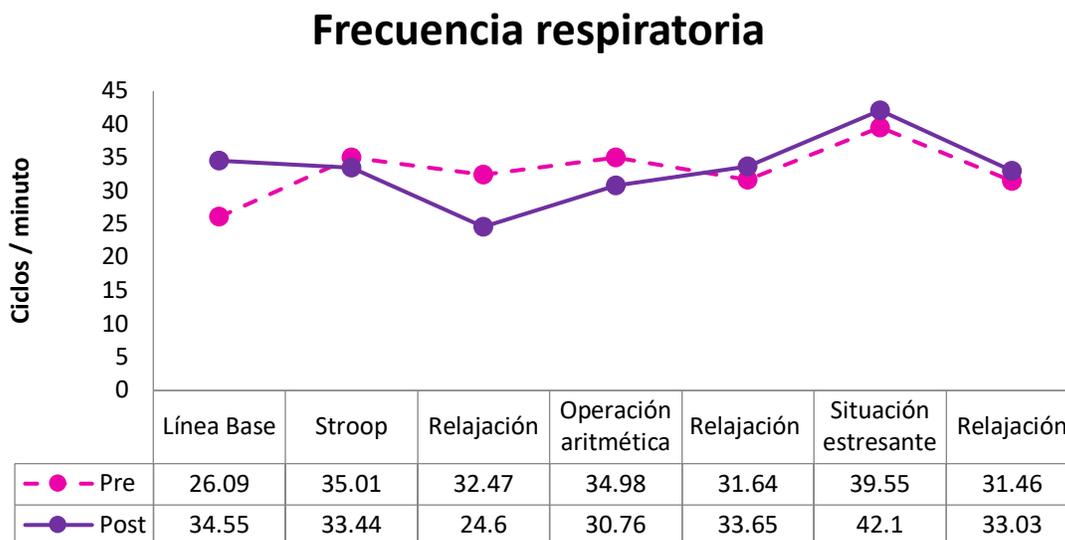
Temperatura



Ésta fue su respuesta más estable, con todos los valores dentro de los parámetros normales, sin embargo en el post no se observa tendencia a la recuperación.

Figura 54

Frecuencia respiratoria



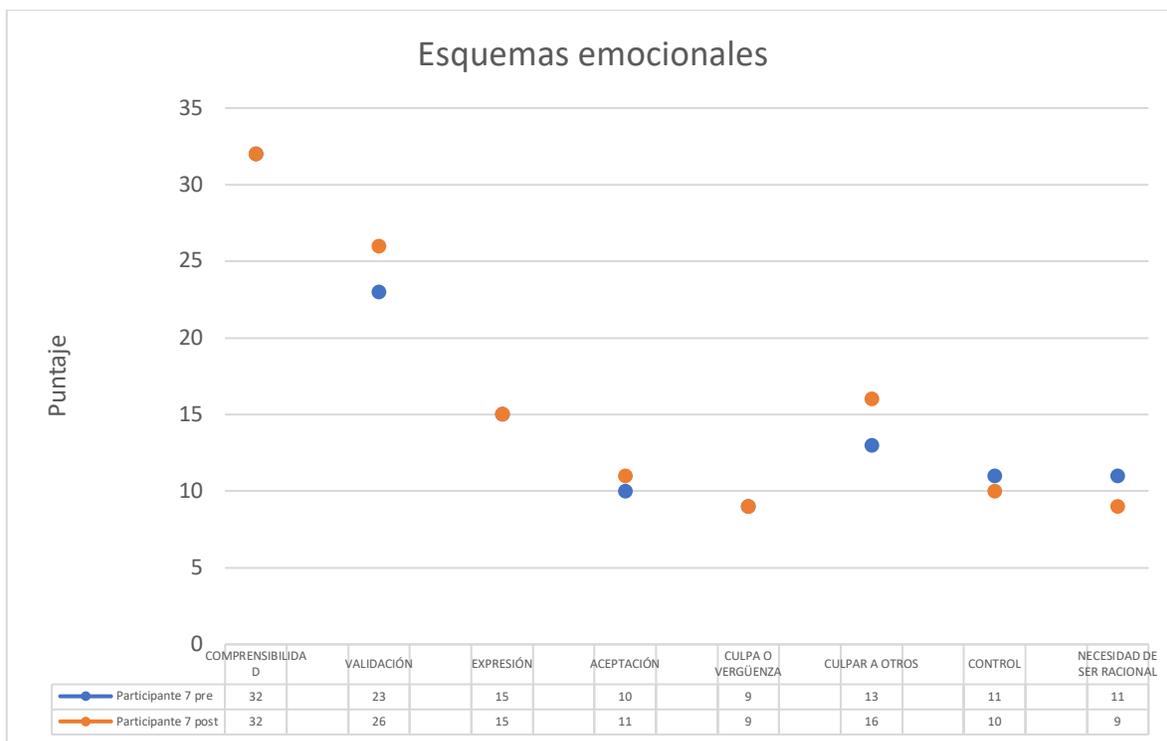
La línea base del primer registro es la única medición que se acerca al parámetro normal de frecuencia respiratoria. En el primer y segundo registros, al igual que en todas sus otras variables fisiológicas, la situación emocional es la que tiene mayor activación, pero en ésta sí logra la relajación. Aunque no se relaja al punto de su línea base, sí pudo bajar su frecuencia respiratoria por fase, aún con puntajes elevados.

Participante 7

Masculino de 29 años que cursaba 5º semestre de Contaduría en el turno matutino. Buscó apoyo psicológico por dificultades en su relación de pareja. Reportó que quería llenar sus necesidades de atención y amor, que se sentiría devastado si su pareja se va, además de sentirse enojado porque su pareja “no se quiere”. Reportó también querer olvidar las emociones incómodas, como sentirse decepcionado, y el miedo a que su pareja lo deje por alguien más. En algunas ocasiones ha tenido conductas autolesivas, como cortarse. Terminando la intervención de Esquemas emocionales, se canalizó para continuar su proceso terapéutico en el Centro de Orientación Educativa.

Figura 55

Esquemas emocionales

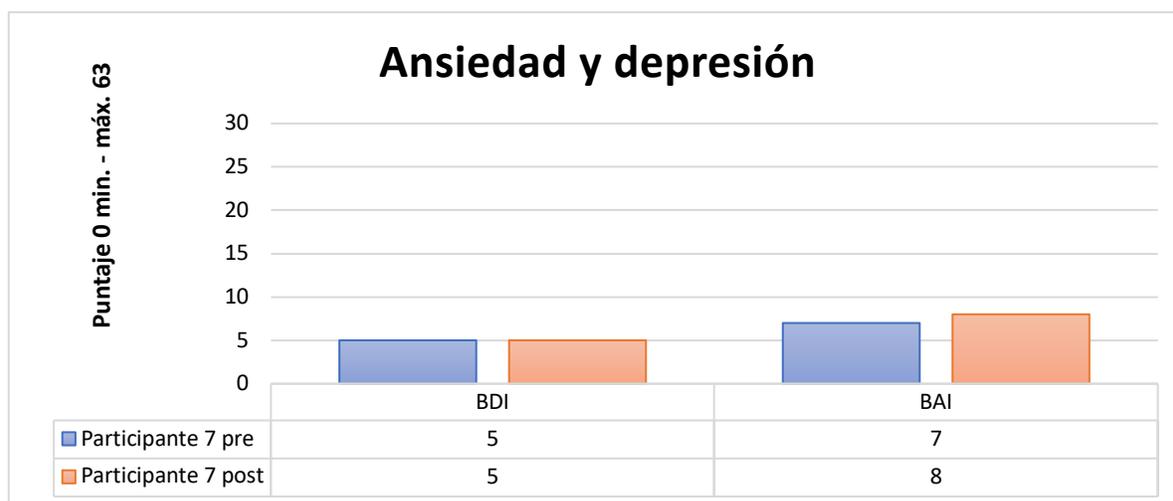


Los únicos esquemas que tuvieron un cambio favorable fueron los siguientes: aumento en la puntuación de validación, aumento leve en aceptación (que estaba en valores altos) y disminución de necesidad de ser racional. Por su parte, comprensión de las emociones, culpa y

expresión permanecieron igual, la sensación de control disminuyó y culpar a otros aumentó después de la intervención. El dato de la conducta autolesiva desarrolla la teoría de que la evitación emocional es la estrategia que usa para lidiar con su malestar, se refuerza por la distracción emocional se genera ante una cortada y se refuerza también la posible dependencia emocional hacia su pareja.

Figura 56

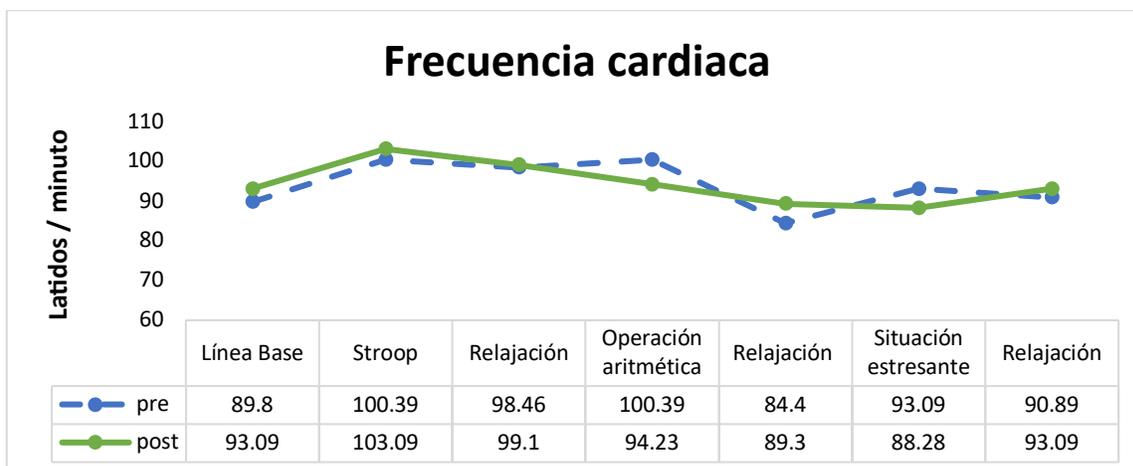
Ansiedad y depresión



Aunque las puntuaciones son mínimas en depresión y leves en ansiedad antes y después de la intervención, no corresponde con lo que el participante refiere y tiene sentido con las estrategias de evitación emocional.

Figura 57

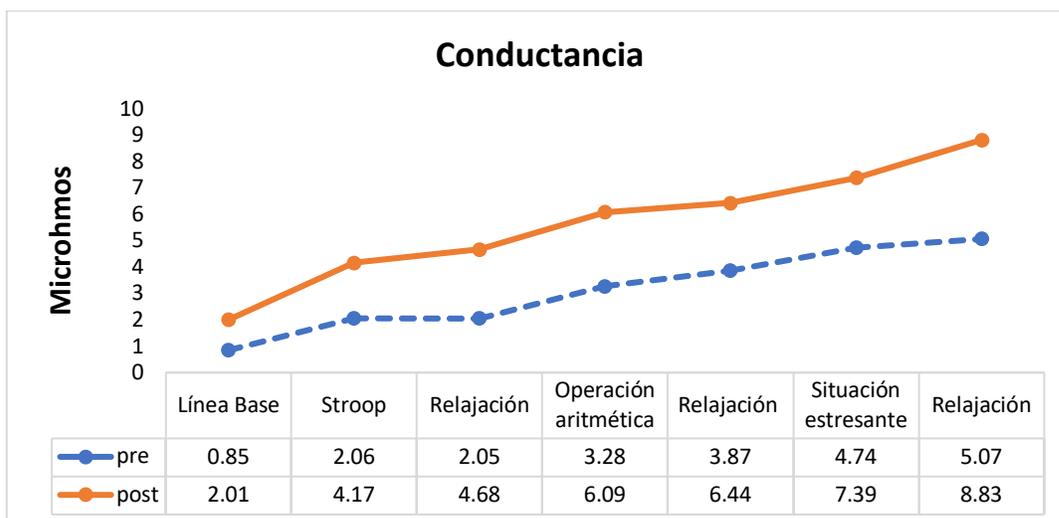
Frecuencia cardiaca



Con esta variable, todos los valores están elevados en todas las respuestas, principalmente en los estresores cognitivos. En la última relajación de ambos registros casi regresó a los valores de sus líneas base.

Figura 58

Conductancia (Respuesta electrodérmica).

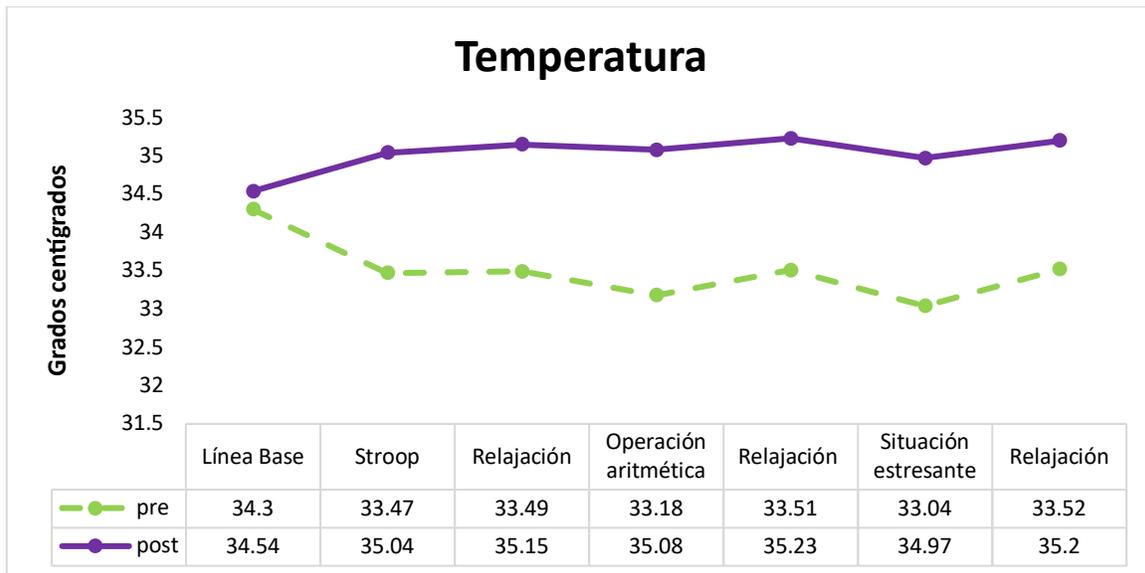


En el registro inicial, los valores de las respuestas están dentro de los parámetros normales. El segundo registro, a partir de la operación

aritmética, su respuesta se mantuvo con valores que superan el rango normal en conductancia.

Figura 59

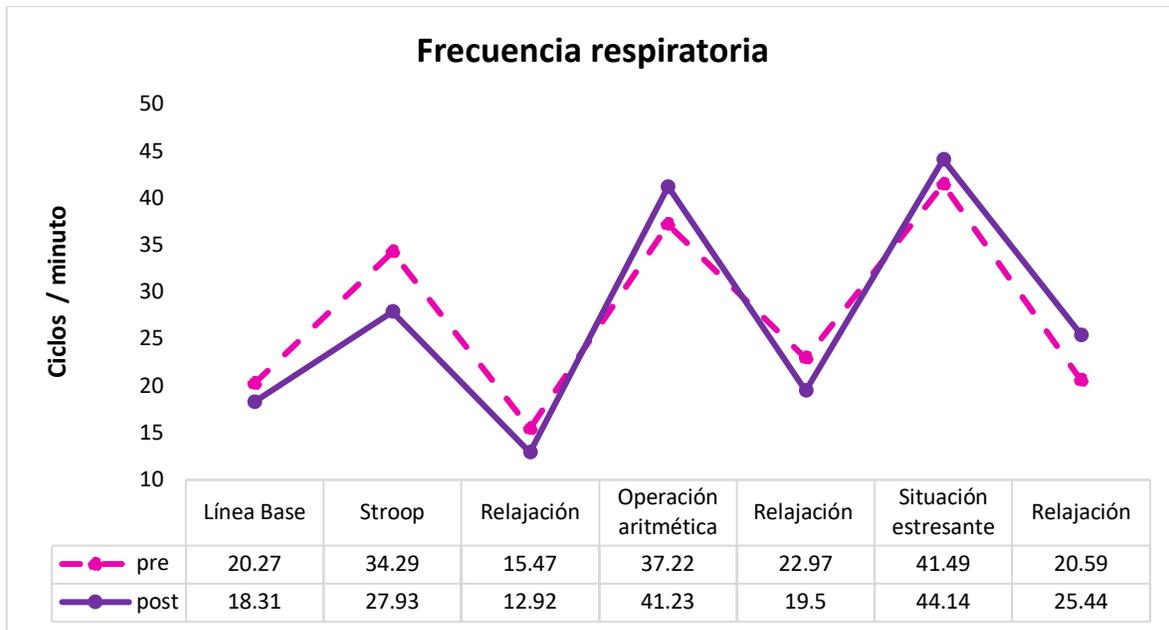
Temperatura



Ésta fue su variable más estable, con todos los puntajes dentro de los valores normales. Los valores de post denotan recuperación en los valores de temperatura con cinco mediciones por arriba de 35°, mientras que en el pre todas estuvieron por debajo.

Figura 60

Frecuencia respiratoria



En esta variable también se elevó la reactividad a partir de los estresores cognitivos, pero en la operación aritmética los valores se alejan de la normalidad en el parámetro. Aunque en ambas fases de relajación logra reducir la activación, no queda como en sus líneas base.

RESUMEN DE RESULTADOS

Tabla 6

Resultados de todos los participantes y todos los esquemas emocionales

Participante	COM- PRENSIBILI- DAD	VALIDACION	EXPRESION	ACEPTACION	CULPA O VER- GÜENZA	CULPAR OTROS	CONTROL	NECESIDAD DE SER RACIONAL
Participante 5	23	21	7	8	21	19	14	17
Pre								
Post	36 ↑	25 ↑	13 ↑	11 ↑	12 ↓	16 ↓	14	12 ↓
Participante 1	17	19	10	8	24	18	14	8
Pre								
Post	30 ↑	22 ↑	15 ↑	10 ↑	16 ↓	17 ↓	13 ↓	8
Participante 2	21	12	7	6	22	18	9	8
Pre								
Post	22 ↑	18 ↑	6 ↓	10 ↑	20 ↓	17 ↓	9	12 ↑
Participante 9	34	23	8	8	11	10	14	12
Pre								
Post	31 ↓	27 ↑	9 ↑	11 ↑	7 ↓	13 ↑	17 ↑	14 ↑
Participante 3	25	23	12	11	14	15	13	11
Pre								
Post	24 ↓	23	12	9 ↓	17 ↑	17 ↑	14 ↑	10 ↓
Participante 4	28	22	8	9	20	7	17	11
Pre								
Post	29 ↑	20 ↓	13 ↑	12 ↑	16 ↓	9 ↑	16 ↓	8 ↓
Participante 6	36	24	10	12	8	11	15	8
Pre								
Post	34 ↓	21 ↓	15 ↑	12	8	9 ↓	13 ↓	8
Participante 8	36	24	6	12	11	17	13	9
Pre								
Post	31 ↓	15 ↓	12 ↑	12	22 ↑	13 ↓	11 ↓	8 ↓
Participante 7	32	23	15	10	9	13	11	11
Pre								
Post	32	26 ↑	15	11 ↑	9	16 ↑	10 ↓	9 ↓
Total de mejoras	4 (Σ28)	5 (Σ20)	6 (Σ28)	6 (Σ16)	5 (Σ27)	5 (Σ11)	5 (Σ7)	5 (Σ12)
Total de empeoramientos	4 (Σ11)	3 (Σ14)	1 (Σ1)	2 (Σ2)	2 (Σ14)	4 (Σ10)	2 (Σ4)	3 (Σ7)
Total de empates	1	1	2	2	2	0	2	2

Nota: La tabla muestra cómo se modificaron los esquemas emocionales, las flechas ascendentes indican un incremento y las descendentes una disminución en la puntuación. En las últimas filas se muestran los totales de mejorías, empeoramientos y empates en la puntuación pre y post, con la sumatoria de las diferencias.

De los ocho esquemas, después de la intervención se registraron los siguientes cambios:

- ✓ *Comprensibilidad:* 4 participantes mejoraron su comprensión, 4 redujeron la puntuación y uno quedó igual.
- ✓ *Validación:* 5 participantes aumentaron su puntuación, 3 participantes disminuyeron la puntuación y uno se quedó igual.
- ✓ *Expresión y aceptación:* fueron los esquemas más beneficiados de los que corresponden a bienestar emocional con 6 aumentos en la puntuación de cada uno, 1 reducción en los puntajes y dos participantes quedaron con la misma puntuación en ambos esquemas antes y después de la intervención.
- ✓ *Culpa o vergüenza, control y necesidad de ser racional:* en estos tres esquemas 5 participantes disminuyeron la puntuación, dos quedaron igual y dos la aumentaron para cada uno.
- ✓ *Culpar a otros:* 5 personas reduciendo la puntuación, es una mejoría y 4 aumentándola.

Entre los participantes los esquemas que presentan más dificultad de modificación fueron: Comprensibilidad, Culpar a otros, y necesidad de ser racional. Mientras que los que mejor respondieron a la intervención fueron: expresión, aceptación y validación.

Se analizaron las diferencias en la puntuación total de bienestar emocional para determinar si el cambio que hubo fue significativo clínicamente, para ello se empleó la fórmula de Cambio Clínico Objetivo de Cardiel, en donde el cambio se considera significativo cuando es mayor a 20 %, la fórmula es la siguiente:

Para verificar si los cambios que se obtuvieron en la puntuación de los esquemas son significativos, se empleará la fórmula de Cambio Clínico Observable de Cardiel. A continuación, se sustituyen los valores obtenidos:

$$PC = \frac{\text{Puntuación 2} - \text{Puntuación 1}}{\text{Puntuación 1}}$$

Tabla 7

Resultados de todos los participantes y todos los esquemas emocionales, cambios clínicamente significativos

Participante	COMPRESI- BILIDAD	VALIDACION	EXPRESION	ACEPTACION	CULPA O VERGÜENZA	CULPAR A OTROS	CONTROL	NECESIDAD DE SER RACIONAL
Participante 5:	0.56	0.19	0.85	0.37	-0.75	-0.15	Igual	-0.29
Participante 1:	0.76	0.15	0.5	0.25	-0.33	-0.05	-0.07	Igual
Participante 2:	0.04	0.5	-0.14	0.66	-0.1	-0.05	Igual	0.5
Participante 9:	-0.08	0.17	0.12	0.37	-0.36	0.3	0.21	0.14
Participante3:	-0.04	Igual	Igual	-0.18	0.21	0.13	0.07	-0.09
Participante 4:	0.03	-0.09	0.62	0.33	-0.25	0.28	-0.05	-0.27
Participante 6:	-0.05	-0.12	0.5	Igual	Igual	-0.18	-0.13	Igual
Participante 8:	-0.13	-0.37	1	Igual	1	-0.23	-0.15	-0.11
Participante 7:	Igual	0.13	Igual	0.1	Igual	0.23	-0.09	-0.18
Total de mejorías	4	5	6	6	5	5	5	5
Total de mejorías Clínicamente significativas	2	1	5	5	5	1	0	2

Nota: Los cambios clínicos significativos están subrayados en negritas.

Tabla 8*Resultados de todos los participantes en ansiedad y depresión*

Participantes	BDI	BAI
Participante 5 pre	18	25
post	↓ 4	↓ 7
Participante 1 pre	15	18
post	↓ 4	↓ 9
Participante 2 pre	30	34
post	↓ 20	↓ 29
Participante 9 pre	10	8
post	↓ 1	↓ 5
Participante 3 pre	9	12
post	↓ 2	↓ 2
Participante 4 pre	15	25
post	↓ 14	↓ 12
Participante 6 pre	10	7
post	↑ 12	↑ 13
Participante 8 pre	10	6
post	↓ 0	↓ 1
Participante 7 pre	5	7
post	5	↑ 8
Total de mejorías	7 (Σ62)	7 (Σ63)
Total de empeoramientos	1 (Σ2)	2(Σ7)
Total de empates	1	0

Nota: las flechas ascendentes indican un incremento y las descendentes una disminución en la puntuación. En las últimas filas se muestran los totales de mejorías, empeoramientos y empates en la puntuación pre y post, con la sumatoria de las diferencias.

De acuerdo con Sanz (2014), los pacientes cuya puntuación en el BAI ha reducido 10 puntos o más y la puntuación es menor de 14, el paciente puede considerarse como recuperado de su trastorno de ansiedad, si la puntuación redujo 10 puntos o más y tampoco llega a 14 se podría considerar mejorado. Por último, si la puntuación no redujo 10 puntos y tampoco llega a 14 se podría considerar sin cambios, si la puntuación presenta un aumento de 10 puntos o más se considera que el paciente ha empeorado.

Sobre las puntuaciones en depresión, 7 participantes disminuyeron su puntuación, uno quedó igual y uno la aumentó pero no cambia en la categoría de depresión "leve". En ansiedad, también 7 participantes redujeron la sintomatología y hubo dos aumentos en las puntuaciones sin que necesariamente se quede en puntuaciones moderadas o graves.

Así como lo reportaron Morales, Cirilo y Brocca (2018) se corrobora relación alta entre los esquemas emocionales de no adaptación y altos niveles de ansiedad, a través de experiencias físicas. Silberstein, Tirch, Leahy 2012 et al, indican que el esquema que está más relacionados con ansiedad es control, promoviendo la evitación experiencial. En esta investigación, 5 participantes (1,4,6,8 y 7) disminuyeron la puntuación en el esquema de control y solamente dos de ellos (6 y 7) no redujeron la puntuación de ansiedad. Si las emociones son normalizadas, se podrán aceptar y expresar, los estudiantes con síntomas de depresión que reciben el tratamiento de esquemas emocionales, desarrollan la posibilidad de practicar técnicas para aceptar y expresar sus emociones (Kolyaie et al, 2016).

Tabla 9

Resultados de todos los participantes y todas las puntuaciones en frecuencia cardiaca en las 7 fases

Participante	Línea Base	Stroop	Relajación	Operación aritmética	Relajación	Situación estresante	Relajación
Participante 5							
pre	81.27	76.42	72.8	149.13	67.67	95.4	89.3
post	70.14	96	70.14	64.81	68.27	81.27	77.97
Participante 1							
pre	89.82	101.72	82.58	100.39	88.28	101.05	85.33
post	82.14	105.21	95.4	113.78	91.43	112.12	86.78
Participante 2							
pre	64	77.58	71.44	76.42	75.29	94.81	65.36
post	94.81	88.79	81.7	81.7	74.93	96.6	96.6
Participante 9							
pre	62.44	68.88	66.21	69.5	65.08	68.192	62.95
post	65.92	72.8	75.29	76.42	76.42	75.67	71.44
Participante 3							
pre	93.66	85.81	88.79	97.22	86.29	86.78	93.66
post	92.53	93.66	91.98	95.4	86.78	91.98	84.4
Participante 4							
pre	60	67.76	62.44	78.37	71.78	76.8	67.67
post	73.14	84.86	65.08	73.14	65.08	73.14	65.92
Participante 6							
pre	111.3	94.23	81.7	103.09	88.28	86.78	89.3
post	64	71.11	67.07	76.42	67.96	82.14	62.95
Participante 8							
pre	66.49	76.8	83.48	64.27	75.67	69.82	75.67
post	70.14	69.5	77.58	77.97	68.27	142.22	68.88
Participante 7							
pre	89.8	100.39	98.46	100.39	84.4	93.09	90.89
post	93.09	103.09	99.1	94.23	89.3	88.28	93.09

Fue una de las variables con puntuaciones elevadas, se reportó al inicio que la frecuencia cardiaca se eleva durante procesos de aprendizaje verbal y en la resolución de problemas disminuyendo en tareas que requieren menor estimulación mental. La respuesta cardiovascular muestra consistencia a través de diferentes estresores para niños y adultos, como está descrito en la literatura de investigación, las estrategias de autorregulación emocional contribuyen a mejorar el bienestar y el rendimiento de quien las practica (McCraty y Shaffer, 2015).

Para 5 participantes (1, 3, 9, 4, 6) el estresor de operación aritmética fue en el que presentaron mayor activación en alguno de los dos registros, el tipo de estresor es relevante en las investigaciones sobre preocupación y se ha reportado que los participantes se recuperan con mayor lentitud en las tareas emocionales que de las tareas cognitivas como la operación aritmética (Vitaliano, Russo, Paulsen y Bailey, 1995) así como lo reporta la participante 2. La variabilidad de la frecuencia cardiaca puede incrementar con el objetivo de mejorar las funciones cognitivas (McCraty et al., 2015).

Tabla 10

Resultados de todos los participantes y todas las puntuaciones en conductancia en las 7 fases

Participante	Línea Base	Stroop	Relajación	Operación aritmética	Relajación	Situación estresante	Relajación2
Participante 5							
pre	1.04	0.94	0.74	0.8	0.34	0.62	0.62
post	0.32	0.86	0.43	1.27	0.78	1.45	0.77
Participante 1							
pre	0.79	2.16	1.2	2.85	1.98	3.43	2.68
post	0.95	2.26	1.08	3.56	2.1	4.47	3.54
Participante 2							
pre	1.28	1.57	1.07	2.21	1.77	2.41	2.01
post	0.94	2.18	1.73	3.2	2.76	4.01	3
Participante 9							
pre	0.33	0.53	0.54	0.78	0.75	0.76	0.76
post	0.36	1.23	1.1	2.16	1.63	1.23	0.88
Participante 3							
pre	0.6	0.87	1.03	1.38	1.48	1.94	1.78
post	0.69	1.67	1.2	1.37	1.27	1.88	1
Participante 4							
pre	0.95	1.51	1.43	2.13	1.68	2.29	1.92
post	0.49	0.87	0.69	2.12	1.13	2.19	1.45
Participante 6							
pre	0.49	1.37	0.79	1.14	0.89	2.06	1.17
post	0.53	0.71	0.8	0.93	1.03	1.16	1.07
Participante 8							
pre	1.87	4.53	4.02	5.43	4.55	6.27	5.56
post	3.2	5.3	5.87	8.15	8.73	9.95	10.48
Participante 7							
pre	0.85	2.06	2.05	3.28	3.87	4.74	5.07
post	2.01	4.17	4.68	6.09	6.44	7.39	8.83

En esta variable se observó lo esperado, en el registro posterior, la mayoría de los participantes (excepto los 3 últimos) ante situaciones de estrés se produce un aumento en los niveles basales disminuyendo al finalizar el estresor (Moya y Labrador 2001). La mayoría de los participantes tuvieron respuestas normales en el nivel de activación (de 0.05 a 5.0 Micromhos) excepto los participantes 7 y 8 quienes además fueron los que reportaron menor cambio en los esquemas emocionales. La capacidad de recuperación después de los estresores parece ser buena en la mayoría de participantes, en alguna de las fases (del estresor Stroop y operación aritmética) los participantes 9, 3 y 6 no bajaron sus puntuaciones durante la fase de relajación, el participante 6 fue el único que aumentó puntajes en ansiedad y depresión, es probable que como se comentó sobre sus esquemas emocionales, haya reducido la evitación emocional y eso podría explicar el aumento en conductancia.

Tabla 11

Resultados de todos los participantes y todas las puntuaciones en temperatura en las 7 fases

Participante	Línea Base	Stroop	Relajación	Operación aritmética	Relajación	Situación estresante	Relajación2
Participante 5							
pre	32.96	32.56	32.09	32.33	32.63	32.02	32.57
post	31.84	33.47	33.51	32.9	33.39	33.28	28.81
Participante 1							
pre	32.22	33.47	33.64	33.2	33.42	32.82	30.89
post	33.55	34.07	34.06	33.59	33.6	33.29	33.17
Participante 2							
pre	31.67	33.21	33.42	33.99	34.22	31.53	30.04
post	35.18	36.19	35.96	35.71	35.41	34.95	35.23
Participante 9							
pre	31.85	33.16	31.79	32.6	32.46	33.5	32.26
post	34.11	34.05	33.66	33.35	33.17	33.78	34.04
Participante 3							
pre	27.71	29.99	32.44	33.52	34.92	34.07	34.36
post	32.08	33.9	34.22	34.6	34.74	33.98	33.73
Participante 4							
pre	34.47	34.58	34.49	34.04	35.37	36.84	36.35
post	35.44	35.69	36.08	35.33	35.83	34.73	35.03
Participante 6							
pre	35.33	35.12	35.33	34.94	35.24	33.63	34.09
post	35.05	34.99	34.98	34.23	34.52	34.48	34.85
Participante 8							
pre	34.23	34.16	33.24	33.46	33.84	33.25	33.86
post	34.78	34.51	34.39	34.54	34.18	33.29	32.98
Participante 7							
pre	34.3	33.47	33.49	33.18	33.51	33.04	33.52
post	34.54	35.04	35.15	35.08	35.23	34.97	35.2

A pesar de ser la respuesta más estable para los participantes algunos presentaron disminución en el puntaje durante la fase de relajación después del estresor emocional, podría explicarse porque la activación simpática aumenta con la ansiedad e hipervigilancia, se puede producir enfriamiento en las manos por la vasoconstricción (Moss y Shaffer, 2017). De los nueve participantes, dos (7 y 4) mostraron en el post el aumento esperado de temperatura en las fases de relajación. Sin embargo en el presente estudio 3 estudiantes (6, 3 y 5) mostraron reducciones de temperatura en 2 las fases de relajación, en una de las 3 fases de relajación los estudiantes 9, 2 y 1 lograron relajarse y el participante 8 en ninguna logró la relajación.

Tabla 12

Resultados de todos los participantes y todas las puntuaciones en frecuencia respiratoria en las 7 fases

Participante	Línea Base	Stroop	Relajación	Operación aritmética	Relajación	Situación estresante	Relajación2
Participante 5 pre	46.71	48.61	43.27	42.36	46.27	45.2	38.89
post	38.52	46.87	37.23	41.73	31.13	47.12	34.31
Participante 1 pre	29.31	19.85	29.29	20.4	28.33	18.75	28.31
post	20.25	20.86	24.3	17.73	19.89	17.47	15.11
Participante 2 pre	59.28	47.56	50.13	35.52	51.79	38.4	48.59
post	34.47	43.04	35.18	28.55	44.24	35.96	52
Participante 9 pre	25.47	38.17	32.66	26.58	30.9	23.76	26.03
post	19.15	36.48	25.29	27.9	35.62	26.5	26.21
Participante 3 pre	34.73	48.72	45.81	40.67	41.36	44.46	42.14
post	44.37	36.96	34.51	35.93	36.67	37.49	51.08
Participante 4 pre	19.93	28.73	24.04	32.52	27.73	37.88	27.02
post	16.96	23.84	17.55	34	17.28	47.51	23.8
Participante 6 pre	11.38	24.94	18.43	25.61	17.09	26.99	21.69
post	11.51	24.51	18.53	28.26	14.28	27.6	19.36
Participante 8 pre	26.09	35.01	32.47	34.98	31.64	39.55	31.46
post	34.55	33.44	24.6	30.76	33.65	42.1	33.03
Participante 7 pre	20.27	34.29	15.47	37.22	22.97	41.49	20.59
post	18.31	27.93	12.92	41.23	19.5	44.14	25.44

Las participantes 5, 1 y 3 tuvieron las respuestas más elevadas, las dos primeras reportaron mayores beneficios sobre la intervención en esquemas emocionales mientras que los participantes 7 y 8, hombres, presentaron menor mejoría en los esquemas emocionales y respuestas elevadas en esta variable. Los participantes 5, 2, 3 y 7 se canalizaron para intervención psicológica posterior a su participación en este protocolo. También se buscó apoyo interdisciplinario con Psiquiatría, para lo que se canalizaron a los participantes 3 y 7, la frecuencia respiratoria fue la variable fisiológica con mayor coherencia para este participante. Se recomienda también, un entrenamiento en respiración diafragmática o intervención con retroalimentación biológica para mejorar sus respuestas en las variables fisiológicas y disminuir su malestar, que no se incluyó en el presente protocolo.

DISCUSION

Esta investigación tuvo dos propósitos, el primero fue evaluar la terapia de esquemas emocionales en estudiantes universitarios con sintomatología de ansiedad y depresión. Los esquemas emocionales tienen contexto en la teoría metacognitiva que se aplica para emociones y pensamientos, dicha teoría refleja cómo se responde o se controlan los procesos cognitivos, algunos de esos procesos tienen que ver con el control o contenido de los pensamientos. La teoría metacognitiva incluye las creencias sobre el curso de la emoción, causas y consecuencias de la emoción, las implicaciones de la emoción sobre el auto concepto y lo que resulta apropiado para la regulación emocional. Los resultados comprueban que los participantes que aumentan puntuaciones en los esquemas emocionales de bienestar emocional y reducen los de malestar emocional tienden a mostrar niveles más bajos de ansiedad y depresión, como se reportó en la investigación con estudiantes de Sirota *et al.*, 2018. El segundo objetivo de esta investigación fue determinar si hubo algún efecto fisiológico de la terapia de esquemas emocionales dirigida a universitarios y se explicará más adelante.

En este estudio al comparar las mejorías entre los esquemas de bienestar (comprensibilidad, validación, expresión y aceptación) y malestar emocional (culpa o vergüenza, culpar a otros, control y necesidad de ser racional), se observaron más beneficios en los de malestar con mayor número de casos disminuyendo más las puntuaciones para los cuatro factores. Sobre los esquemas de bienestar emocional, se reportó un aumento en los puntajes de aceptación y validación en la mayoría de los participantes, se podría inferir en que al transformarse la teoría de las emociones de cada estudiante, pasando de juzgar las emociones a aceptarlas y validarlas, se modificó su experiencia emocional. Al parecer el esquema que menos se modificó fue el de comprensibilidad, con 4 personas aumentando su puntuación, otros 4 participantes la redujeron y uno quedó con la misma puntuación inicial.

Por otro lado, se confirma lo reportado al inicio en el estudio de Tirsch *et al.*, (2012), los esquemas de culpa, control y validación son predictores de depresión en el inventario de depresión de Beck con los puntajes de dichos esquemas e inventarios de los participantes 1, 2, 5, 7, 8 y 9. La ansiedad se relaciona con mayor culpa sobre la emoción, menos aceptación de ésta y la creencia de que las emociones no son controlables. De acuerdo con Leahy (2002) y como se observa en los resultados del participante 1, quien experimentaba culpa por sentir enojo y tristeza, la manera en que se regulan las emociones, es el elemento central de la ansiedad y la depresión (Leahy, 2011).

La mayoría (7) de los 9 participantes redujeron la sintomatología de depresión, un participante aumentó ligeramente y el último no tuvo cambios, estando en la categoría clínica de mínimo, mientras que en la ansiedad 8 participantes redujeron los síntomas y el mismo participante que aumentó en depresión, también aumentó la puntuación en ansiedad; sus respuestas fisiológicas tuvieron concordancia con la manifestación de mejoría.

Que el puntaje en la sintomatología de ansiedad y depresión aumente, podría ser un efecto de reducción en la evitación emocional, es decir, antes de la intervención, cuando no sabían identificar y etiquetar sus síntomas podría parecer que no los tenían, pero el aumento en la aceptación implica reconocer la experiencia emocional y es de gran importancia hacer notar a los participantes los efectos de la evitación emocional (Manrique y Aguado, 2006). Si bien a corto plazo la evitación reduce el malestar, a largo plazo podría reforzar creencias poco funcionales sobre la inutilidad de las emociones y fortalecer esquemas como la racionalización.

En esta investigación hubo disminución en ambas sintomatologías en la mayoría de estudiantes, sin embargo, se recomienda que futuras intervenciones al respecto de los esquemas emocionales se realicen de manera individual para atender de manera más precisa las necesidades particulares de cada participante, ajustando los criterios de cambio para

cada módulo, descritos en el Plan General de la Intervención (Anexo II). Así mismo, se recomienda incluir también otras estrategias de TCC como la respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, atención plena, solución de problemas, entre otras, que podrían ajustar mejor a las necesidades individuales.

El segundo objetivo de esta investigación fue determinar si hubo algún efecto fisiológico de la terapia de esquemas emocionales dirigida a universitarios; las técnicas de regulación emocional como la terapia de esquemas emocionales podrían ayudar a los estudiantes a la reducción de la activación autonómica, los estudiantes pueden aprender que se puede aceptar la emoción y que gradualmente reduce la intensidad.

Los científicos del desarrollo han comenzado a examinar las asociaciones entre las construcciones emocionales y los efectos interactivos y sistémicos de múltiples medidas fisiológicas, particularmente en problemas emocionales (El-Sheikh et al., 2009). La intervención psicológica realizada en conjunto con los indicadores psicofisiológicos, buscó integrar a cada participante como un todo, incluidas las dimensiones cognitiva, conductual y emocional-fisiológica.

Sobre la frecuencia cardíaca se reportó que para 5 participantes (1, 3, 9, 4 y 6) el estresor de operación aritmética fue en el que presentaron mayor activación en alguno de los dos registros, este es uno de los estresores que se utilizan con mayor frecuencia ya que no requiere equipo adicional (Linden, 1991) y es particularmente relevante para estudiantes universitarios cuyas carreras (Administración y Contaduría) tienen varias materias que necesitan habilidad matemática. Además, se ha asociado la manera de reaccionar a estresores psicológicos con el inicio y curso de enfermedades cardiovasculares. Fue una de las variables con puntuaciones elevadas, y los resultados coinciden con estudios donde se reporta que el estrés mental producido por cálculos aritméticos aumenta la actividad simpática (Molla, et. Al, 2008).

En la variable de conductancia se observó lo esperado, en el registro posterior, la mayoría de los participantes (excepto los 3 últimos) ante situaciones de estrés se produce un aumento en los niveles basales disminuyendo al finalizar el estresor (Moya y Labrador 2001). La conductancia se usa como índice clínico en trastornos psicofisiológicos que guardan relación con el estrés como la hiperhidrosis, que se presenta en personas sanas sin causa aparente y no existe una explicación, la sudoración excesiva suele desencadenarse por distintos motivos, entre ellos los de origen emocional (Alvarez, 2005) aunque tampoco es posible diagnosticarlo a través de esta investigación.

La mayoría de los participantes tuvieron respuestas normales en el nivel de activación (de 0.05 a 5.0 Micromhos) excepto los participantes 7 y 8 quienes además fueron los que reportaron menor cambio en los esquemas emocionales. El participante 6 fue el único que aumentó puntajes en ansiedad y depresión, es probable que como se comentó sobre sus esquemas emocionales, haya reducido la evitación emocional y eso podría explicar el aumento en conductancia. Cuando se reduce la evitación emocional pareciera que hay más síntomas, pero realmente es que hay mayor disposición a experimentarlos, es decir, desde la aceptación se transita el malestar en vez de interrumpirlo.

La temperatura periférica fue la variable más estable y varía en función de las condiciones ambientales (Sanz, 1989). De acuerdo con otros estudios, no es posible afirmar que la diferencia de temperatura sea un dato clínicamente útil para evaluar el estado emocional del paciente pero se reconoce la relación entre la asimetría de la temperatura y el estado de relajación (Miranda, 2000). Y por otro lado se ha demostrado que al aumentar la temperatura periférica en las palmas de las manos, se puede modificar la respuesta emocional en pacientes con dolor crónico relajándose más fácilmente (Correa, s/f-a).

Los valores de frecuencia respiratoria tuvieron mayor variación que las otras variables, la respuesta elevada se considera un rasgo característico de la respuesta de ansiedad (Brown et al., 1994). En las condiciones ideales, la respiración parece estar bajo control voluntario, pero bajo periodos de estrés o patologías, el control voluntario ya no se siente de esa manera. Las emociones tienen efectos sobre la respiración; por ejemplo, las tendencias de respiración se modifican si una persona se expone a imágenes con efectos positivos, la respiración adquiere ciclos de inspiración más cortos. Y si la persona es expuesta a escenas que generan malestar, se propician pausas respiratorias que conducen a frecuencias respiratorias bajas (Cacioppo, 2007, p. 231), esto último no coincide con lo reportado por los participantes 1, 2, 3, 5, 7 y 8 quienes presentaron puntuaciones elevadas, algunos de ellos tuvieron seguimientos con entrenamiento en respiración diafragmática y otros, que mostraron valores por encima del doble de lo esperable, fueron canalizados para evaluar un tratamiento interdisciplinario con Psiquiatría.

Al parecer varios participantes presentaron sobre respiración, de acuerdo con Khazan, I. Z. (2013). se refiere al desequilibrio conductual de la frecuencia y la profundidad de la respiración, lo que resulta en ventilación excesiva del dióxido de carbono, la reducción de los niveles de CO₂ en la sangre y la aparición de una afección llamada hipocapnia o falta de CO₂. La respiración excesiva comienza como una reacción a eventos estresantes de la vida y se mantiene a través del aprendizaje o el hábito y también puede ser provocado por el esfuerzo de la persona por controlar una situación estresante. Los efectos directos de la respiración excesiva también son síntomas de ansiedad y estrés, para quienes se sienten ansiosos por presentar síntomas de ansiedad, los síntomas de la respiración excesiva podría desencadenar una respuesta de miedo.

Para concluir, la mayoría de participantes lograron reducir la activación fisiológica en las fases de relajación durante el registro posterior a la intervención en su frecuencia cardiaca, conductancia y frecuencia

respiratoria, mientras que la temperatura en la mayoría de los participantes se mantuvo estable, con esto se puede inferir que la intervención de esquemas emocionales tuvo un efecto positivo sobre la activación fisiológica de la mayoría de los estudiantes que participaron en términos de reducir la activación simpática y autonómica de manera favorable.

La observación de estas variables sugiere que en próximas investigaciones no sólo se haga un perfil de estrés sino que se conjunte el entrenamiento en retroalimentación biológica con terapia cognitivo conductual y así buscar el beneficio integral de dos tratamientos.

Se ha reportado que los estudiantes con un perfil de alta regulación emocional percibieron en menor medida el entorno académico como amenazante y experimentaron con menor frecuencia manifestaciones psicofisiológicas de estrés. Los estudiantes con perfiles de baja regulación con alta atención emocional mostraron resultados similares, a excepción de las alteraciones del sueño. En conclusión, los estudiantes con elevadas puntuaciones en control y aceptación de sus estados emocionales perciben las circunstancias académicas de forma más adaptativa y experimentan menores respuestas de estrés (González et al., 2017).

La principal limitación metodológica de esta investigación fue no realizar seguimientos en los que se evaluara si el efecto en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión fue sostenido además de observar la modificación de los esquemas al paso del tiempo. Además es de naturaleza exploratoria pues no se han realizado muchos estudios sobre el la efectividad de la terapia de esquemas emocionales en nuestro país.

Una revisión sobre esquemas emocionales sugirió que se necesita investigación psicométrica continua para validar cómo se relacionan los esquemas y cómo se diferencian de otros constructos parecidos,

proponen usar diseños experimentales que muestren inferencia causal e investigar cómo se transforman los esquemas a lo largo de las sesiones (Edwards y Wupperman, 2019). En ese sentido también conviene considerar la posibilidad de hacer un diseño con líneas bases múltiples y de medidas repetidas.

CONCLUSIONES FINALES

El presente estudio revela la importancia clínica y práctica de la intervención en esquemas emocionales y el registro psicofisiológico.

En esta investigación el estado emocional y la respuesta autonómica presentaron congruencia en algunos de los participantes. La evitación emocional se modificó a través de la aceptación y reflejó mayor número de cambios significativos en los esquemas emocionales, manifestándose también en los registros psicofisiológicos.

El funcionamiento fisiológico indicaba la presencia de estrés previo a la intervención y la reducción en síntomas de ansiedad y depresión posterior a la misma. Es importante que los estudiantes que participen en este tipo de investigaciones tengan en cuenta los factores que afectan su desempeño académico y su actividad autonómica. Identificar síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes podría permitir intervenciones donde se puedan prevenir sufrimiento emocional y bajo desempeño escolar.

Con la participante 2, se hizo una hipótesis de que su respuesta elevada en frecuencia respiratoria podría tender a la despersonalización, se descarta la hipótesis ya que se ha demostrado que en el trastorno de despersonalización la respuesta autonómica a estímulos incómodos se reduce, quienes lo padecen pueden experimentar un estado de alerta más fuerte, y la respuesta disminuida ante estímulos poco placenteros es causada por mecanismos inhibitorios en el proceso emocional. (Sierra, M., et. Al, 2002). Lo cual coincide con lo reportado por Sierra - Siegert

(2008), quien describe que la despersonalización tiene una estructura compleja que se caracteriza por varias dimensiones independientes y se constituye más como un síndrome que como un síntoma.

Una explicación sobre la respuesta de esa participante es que podría tratarse también de que la retroalimentación biológica podría generar experiencias sensoriales incómodas. Muchas personas pueden utilizar retroalimentación biológica sin mayor problema, sin embargo, unos pocos pueden experimentar reacciones negativas o dificultad en los ejercicios de relajación. Algunas de las posibles reacciones incluyen actividad musculoesquelética (como tics o espasmos) y experiencias sensoriales perturbadoras (como sentimientos de despersonalización), entre otras (Schwartz, 2017, pg 257).

La desregulación emocional (relacionada o no con la retroalimentación biológica), se puede manifestar como una excesiva desactivación emocional e incluye experiencias como la despersonalización (Leahy, 2011). De acuerdo con Sierra - Siegert, la despersonalización es un fenómeno clínico complejo, se caracteriza por diferentes dominios experienciales y sobre las respuestas fisiológicas, se ha sugerido un tono disminuido en el sistema autonómico simpático, por ejemplo, en la conductancia.

Para finalizar, esta clase de estudio podría mejorar haciendo ajustes en los criterios de cambio y haciendo la intervención de manera individual además de incluir otras formas de entrenamiento como en retroalimentación biológica para las variables que presentaron puntajes fuera del rango normal. La regulación emocional es el termostato homeostático como lo sugiere Leahy (2011), depende del contexto y la situación, y es sin duda una de las claves para que los estudiantes puedan transitar con mejor calidad la carrera universitaria.

REFERENCIAS

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K. y Lönnqvist, J. (2001). *Psychological Medicine*. 31(5), pp. 791-801.
- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, T., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F. Cruz-Sánchez, J., Duran, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos de Neurociencias*. 16(1), pp. 20-25.
- Aguado, H., Silberman, R. y Manrique, E. (2006). La alianza terapéutica en terapia cognitivo-conductual: esquemas, resistencia al cambio y resolución de las rupturas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*. VII(1), pp. 31-54.
- Agudelo, D., Casadiegos, C., Sánchez, D. (2008). Características de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *International Journal of Psychological Research*. 1(1), pp. 34-39.
- Aguirre-Guiza, N., Aldana-Pinzón, O. y Bonilla-Ibáñez, C. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*. 19, pp 3-9.
- Aguirre, M., Cirilo, I. y Brocca, P. (2019). Esquemas emocionales y dependencia emocional en estudiantes de Psicología de universidades de Lima Metropolitana. *Cátedra Villarreal*. 6(2), pp. 145-161.
- Alvarez, P.D. A. (2005). Hiperhidrosis primaria, simpatectomía y sudoración compensatoria. *Rev Patrol Respir*, 8(4), 335-7
- American Psychological Association. (2010). <www.apa.org/>.
- _____ (s.f-a). Cómo ayuda la psicoterapia a las personas a recuperarse de la depresión. <<https://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion>>.

_____ (s.f-b). Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz.
<<https://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento>>.

Andreassi, J. (2013). *Psychophysiology: Human behavior & physiological response*. Psychology Press.

Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*,7(1), pp. 14-22.

Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, J., y Lozano, T. (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psicológica*. (3), pp. 17-26.

Auerbach, R. P., Alonso, J., Axinn, W. G., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Green, J. G., Hwang, I., Kessler, R. C., Liu, H., Mortier, P., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H. Benjet, C. Caldas-de-Almeida, J. M. Demyttenaere, K. [...] Bruffaerts, R. (2016). Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 46(14), pp. 2955-2970. DOI:<<https://10.1017/S0033291716001665>>.

Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y sociofamiliares asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), pp. 177-187.

Barradas, M., Fernández, N., Robledo, M., Delgadillo, R., Martínez, M. (2015). Trastornos afectivos: nivel de ansiedad y depresión en universitarios. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*. 2(3).

Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. y Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y

planes de acción en México. *Salud Pública de México*. 55(1), pp. 74-80.

Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C., Méndez, E., Zambrano, J. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes en México. En J. Rodríguez, R. Kohn y S. Aguilar-Gaxiola (eds), *Epidemiología de los trastornos mentales de América Latina y el Caribe* (pp. 90-98), Organización Panamericana de la Salud.

Binnun, N., Golland, Y., Davidovitch, M. y Rolnick, A. (2010). The biofeedback odyssey: From Neal Miller to current and future models of regulation. *Biofeedback*. 38(4), pp. 136-141.

Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D., Grant, B., Liu, S. y Olfson, M. (2008). Mental health of college students and their non-college-attending peers: results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 65(12), pp 1429-1437. DOI: <10.1001/archpsyc.65.12.1429>.

Bradley, R., McCraty, R., Atkinson, M., Tomasino, D., Daugherty, A. y Arguelles, L. (2010). Emotion self-regulation, psychophysiological coherence, and test anxiety: results from an experiment using electrophysiological measures. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 35(4), pp. 261-283.

Brauer, A. y Barlow, D. (1999). Biofeedback and anxiety. *Psychiatric Times*. 16(2), pp. 1-2.

Brown T. y Barlow D. (1994). The empirical basis of Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 151 (9), 1272-1281.

Cabanach, R., Souto-Gestal, A. y Cervantes, R. (2017). Perfiles de regulación emocional y estrés académico en estudiantes de fisioterapia. *European Journal of Education and Psychology*. 10(2), pp. 57-67.

- Cacioppo, J., Tassinary, L. y Berntson, G. (eds.). (2007). *Handbook of psychophysiology*. Cambridge University Press.
- Calvete, E. y Orue, I. (2012). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: the mediating role of automatic thought. *European psychiatry*. 27(1), pp. 1-12.
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., y Underwood, L. (2010). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*. 8(1), p. 38.
- Caraveo-Anduaga, J., Colmenares-Bermúdez, E. y Saldívar-Hernández, G. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la ciudad de México. *Salud Pública de México*. (41), pp. 177-188.
- Cárdenas, E., Feria, M., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente-Secretaría de Salud.
- Cardona-Arias, J., Pérez-Restrepo, D., Rivera-Ocampo, S. y Gómez-Martínez, J. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*. 11(1), pp. 79-89.
- Cea, J., González-Pinto, A. y Cabo, O. (2015). Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años: estudio piloto. *Gerokomos*. 26(1), pp. 18-22.
- Chávez Cedeño, B. P., Mendoza, E, Meléndez-Herrera, E., López-Acosta, J. C. y RosasPacheco, L. F. 2016. Estrés en poblaciones de mamíferos silvestres expuestas al impacto humano. *Revista Nthe. Consejo de Ciencia y Tecnología de Querétaro*. En prensa.

- Correa, M. D. C. P., Santos, J. R. H., López, Y. O., Trejo, B. D., Verde, P. S. P., Villegas, S. T., ... y Huerta, J. C. T. Aumento de la temperatura periférica para modular el componente emocional en paciente con dolor crónico no oncológico.
- Cova, F., Melipillán, A., Valdivia, M., Bravo, E. y Valenzuela B. (2007). Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*. 78(2), pp. 151-159.
- Crocetti, A., Masaraki, S., Merati, S., Menotti, R., Forti, S. y Aiello, G. (2010). Psychophysiological stress profile: A protocol to differentiate normal vs pathological subjects. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 52(4), pp. 241-245.
- Delgado, H. (2009). El triple componente cromático de las experiencias: memoria, emoción y sistema nervioso autónomo. *MedUNAB*. 12(1), pp. 52-61.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J., Angermeyer, M., Bernert, S., De Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E., Fayyad, J., Karam, A. [...] Chatterji, S. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 291(21), pp. 2581-2590
- Dyrbye, L., Thomas, M. y Shanafelt, T. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Academic Medicine*. 81(4), pp. 354-373.
- Edwards, E. y Wupperman, P. (2019). Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. *Clinical Psychologist*. 23(1), pp. 3-14.
- El-Sheikh, M., Kouros, C. D., Erath, S., Cummings, E. M., Keller, P., & Staton, L. (2009). Marital conflict and children's externalizing

- behavior: Pathways involving interactions between parasympathetic and sympathetic nervous system activity. *Monographs of the Society for research in Child Development*, 74(1), vii.
- Escobar, A., Guadarrama, L. y Zhang, L. (2009). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*. 49(2).
- Flores, R., Jiménez, S., Pérez, S., Ramírez, P. y Vega, C. (2007)., Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 10(2), pp. 94-105.
- Fortunato, C. K., Dribin, A. E., Granger, D. A., y Buss, K. A. (2008). Salivary alpha-amylase and cortisol in toddlers: Differential relations to affective behavior. *Developmental Psychobiology: The Journal of the International Society for Developmental Psychobiology*, 50(8), 807-818.
- Gálvez, E. M., y Molina, H. A. Esquemas emocionales, evitación emocional y proceso de cambio en terapia cognitivo-conductual.
- García, E. y Roa, A. Evaluación psicofisiológica (2001). En Labrador, F. Cruzado Rodríguez, J. y Muñoz, M. (coords.). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 181-224). Pirámide.
- García, R., Vázquez, E., De la Paz, G., García, C., Mercado, S. y Acosta, C. (2012). Efectos de una intervención cognitivo conductual en estudiantes universitarios con sintomatología ansiosa y depresiva. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 2(2), pp. 111-117.
- Garay, C. y Keegan, E. (2016). Terapia metacognitiva. El síndrome cognitivo atencional y los procesos cognitivos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. XXV(2), pp. 125-134.
- Gevirtz, M., Schwartz, M. y Lehrer, P. (2017). cardiorespiratory measurement and assessment in applied psychophysiology En M.

- Schwartz y F. Andrasik (eds.). *Biofeedback: A practitioner's guide* (p. 865). Guilford Publications.
- Gilbert, P. y Leahy, R. (eds.) (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge.
- Gonzalez Cabanach, R., Souto-Gestal, A., & Fernandez Cervantes, R. (2017). Emotion regulation profiles and academic stress in Physiotherapy students. *European journal of education and psychology, 10*(2), 57-67.
- González Ramírez, M. T., Landero Hernández, R., y García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista panamericana de salud pública, 25*, 141-145.
- Granados, E. S. R. (2017). Los marcadores psicofisiológicos. Dando certeza al fenómeno psicológico. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula, 4*(8).
- Greenberg, L. (1997). En L. Greenberg y S. Pavio. *Working with emotions in psychotherapy* (13-32). The Guilford Press.
- Hakan, A., Karahan, D. y Caliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-section a study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 12*(4), pp. 268-279.
- Hastings, P., Kahle, S. y Han, G. (2014). Developmental affective psychophysiology: Using physiology to inform our understanding of emotional development. *Children and Emotion. 26*, pp. 13-28.
- Hernández-Pozo, M., Coronado, O., Araújo, V. y Cerezo, S. (2008). Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y autoevaluación. *Acta Colombiana de Psicología. 11*(1), pp. 13-23.

- Hernando, M., Kuhne, W., Marinkovic, P, Pardo, P. y Pérez, O. (2010). Características de consultantes y proceso terapéutico de universitarios en un servicio de psicoterapia. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 3(1), pp. 99-108.
- Hirschfeld, R. (2001). The Comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and management in primary care. *Primary Care Companion Clin Psychiatry*. 3(6), pp. 244-254.
- INCyTU (2018). Salud Mental en México. *Nota-INCyTU*. (7). <https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf>.
- Kamali, S., Gharraee, B. y Birashk, B. (2013). The role of emotional schema in prediction of pathological worry in iranian students. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*. 94(9), pp. 994-998.
- Khazan, I. Z. (2013). *The clinical handbook of biofeedback: A step-by-step guide for training and practice with mindfulness*. John Wiley & Sons.
- King, N. y Montgomery, R. (1980). Biofeedback-induced control of human peripheral temperature: A critical review of literature. *Psychological Bulletin*. 88(3), p. 738.
- Kolyaie, L., Badri, R., Bahrami, M. y Hosseini, S. (2016). The effect of emotional schema therapy on reduction of depression in high school students. *International Journal of Humanities and Cultural Studies*, (especial), pp. 680-689.
- Labrador, F. Cruzado Rodríguez, J. y Muñoz, M. (2001). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide.
- Lara, M., Medina, M., Borges, G. y Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*. 30(5), pp. 4-11. <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58230502>>.

- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*. 9(3), pp. 177-190.
- _____. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*. 14(1), pp. 36-45.
- _____. (2009). Resistance: An emotional schema therapy (EST) approach. *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician*. (2), pp. 187-204.
- _____. (2012). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. Guilford Press.
- _____. (2015). *Emotional schema therapy*. The Guilford Press.
- _____. (2016). Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*. 51(2), pp. 82-88.
- _____. (2017). *Cognitive therapy techniques*. The Guilford Press.
- _____, Tirsch, D. y Napolitano, L. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- _____. (2018). Introduction: Emotional schema therapy a bridge over troubled waters. *International Journal of Cognitive Therapy* (12), pp. 1-4.
- _____. (2020). *Don't Believe Everything You Feel: A CBT Workbook to Identify Your Emotional Schemas and Find Freedom from Anxiety and Depression*. New Harbinger Publications.
- _____, Wupperman, P., Edwards, E., Shivaji, S. y Molina, N. (2018). Metacognition and Emotional Schemas: Effects on Depression and Anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy* (12), pp. 25-37.
- _____, Holland, S. y McGinn, L. (2011). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford Press.
- _____, Tirsch, D. y Napolitano, L. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.

- _____, Tirsch, D. y Melwani, P. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*. 5(4), pp. 362-379.
- Linden, W. (1991). What do arithmetic stress tests measure? Protocol variations and cardiovascular responses. *Psychophysiology*, 28(1), 91-102.
- López, S. (2021). *Regulación emocional en estudiantes universitarios con sintomatología ansiosa* [tesis de maestría no publicada].
- Lyrakos, D. (2012). The impact of stress, social support, self-efficacy and coping on university students, a multicultural European study. *Psychology*. 3(2), p. 143.
- 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), pp. 11-32.
- Marsollier, R. (2013). La despersonalización y su incidencia en los procesos de desgaste laboral. *Psicología.com*. 17(7), pp. 1-10.
- Martínez-Martínez, M., Muñoz-Zurita, G., Rojas-Valderrama, K., Sánchez-Hernández, J. (2016). Prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de la licenciatura en Medicina de Puebla. *Atención Familiar*, 23(4), pp. 145-149. DOI: <<https://doi.org/10.1016/j.af.2016.10.004>>.
- (Martínez - Otero, V. 2014). Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *Ensayos. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*. 29(2), pp. 63-78.
- McCraty, R., Atkinson, M., Tomasino, D. y Bradley, R. (2009). *The coherent heart heart-brain interactions, psychophysiological coherence, and the emergence of system-wide order*. HeartMath Research Center-Institute of HeartMath.

_____ y Childre, D. (2010). Coherence: bridging personal, social, and global health. *Altern Ther Health Med.* 16(4), pp. 10-24.

_____ y Shaffer, F. (2015). Heart rate variability: new perspectives on physiological mechanisms, assessment of self-regulatory capacity, and health risk. *Global advances in health and medicine*, 4(1), 46-61.

Medina-Mora, M., Borges, G. y Lara, M. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental.* 26(4), pp.1-16.

_____, Borges, G., Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *The British Journal of Psychiatry.* 190(6), pp. 521-528.

Mendoza-Castejón, D. y Clemente-Suárez, V. J. (2020). Psychophysiological stress markers and behavioural differences between rural and city primary school students. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 17(9), pp. 31-57.

Miranda, M., 2000 Estrategias cognitivo conductuales asistidas por biorretroalimentación para el tratamiento de cefalea tensiona. Tesis UNAM.

Mojica-Londoño, A. G. (2017). Actividad electrodérmica aplicada a la psicología: análisis bibliométrico. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 18(4), 46-56.

Molla, S., de Paula Palacios Ortega, F., Costa, L., & vander Hofstadt Román, C. J. (2008). Efecto del estrés mental sobre los índices de variabilidad de la frecuencia cardiaca y la entropía aproximada. *Revista de psicología de la salud*, 20(1), 23-35.

- Moya-Albiol, L., & Salvador, A. (2001). Respuesta cardiaca y electrodérmica ante estresores psicológicos de laboratorio. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 4.
- Morales, M. A., Acero, I. C., & Alvarado, P. B. (2018). Esquemas emocionales y dependencia emocional en estudiantes de Psicología de universidades de Lima Metropolitana. *Cátedra Villarreal*, 6(2).
- Morvaridi, M., Shamloo, Z. y Leahy, R. (2018). The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Emotional Regulation and Social Anxiety Symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy* (12), pp. 16-24.
- Moss, D. y Shaffer, F. (2017). The application of heart rate variability biofeedback to medical and mental health disorders. *Biofeedback*. 45(1), pp. 2-8.
- NICE, G. (2009). *Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National clinical practice guideline number 72*. British Psychological Society-Royal College of Psychiatrists.
- Olino, T., Klein, D., Lewinsohn, P., Rohde, P. y Seeley, J. (2010). Latent trajectory classes of depressive and anxiety disorders from adolescence to adulthood: descriptions of classes and associations with risk factors. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 224-235.
- Osada, J., Rojas, M., Rosales, C. y Vega-Dienstmaier, J. (2010). Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Revista de Neuro-psiquiatría*, 73(1), pp. 15-19.
- Parada, R. (2020) Receptores sensoriales: clasificación, fisiología, características. Lifeder. Recuperado de [https://www.lifeder.com/receptores-sensoriales/.](https://www.lifeder.com/receptores-sensoriales/))

- Pérez, M., (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. *Revista Ciencia*. 54(2), pp. 16-28.
- Picón-Jaimes, Y, Orozco-Chinome, J., Molina-Franky, J. y Franky-Rojas, M. (2020). Control central de la temperatura corporal y sus alteraciones: fiebre, hipertermia e hipotermia. *MedUNAB*. 23(1), pp. 118-130.
- Puerta J. y Díaz, D. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), pp. 251-257.
- Ramírez, C., Álvarez, M., Prieto, G. y Otálvaro, F. (2012). Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de 14 a 18 años de un colegio privado de Medellín. *Revista colombiana de Psiquiatría*. 41(3), pp. 606-619.
- Rangel, E. (2017). Los marcadores psicofisiológicos. Dando certeza al fenómeno psicológico. *Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*. 4(8). DOI: <<https://doi.org/10.29057/esat.v4i8.2405>>.
- Riveros, A. (2018). Los estudiantes universitarios: vulnerabilidad, atención e intervención en su desarrollo. *Revista Digital Universitaria (RDU)*. 19(1). DOI: <<http://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2018>>.
- Sánchez, P., Sánchez, J., De Lamo, M. y Peiró, G. (2014). Psicobioquímica (estrés, ansiedad y depresión) en fibromialgia. *Cuadernos Monográficos de Psicobioquímica*. 1(1), pp. 5-11.
- Sanz Fernández, J. (1989). Biofeedback de temperatura periférica. *Revista Castellana de Terapia del Comportamiento*, 7(3), 273-294.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación castellana del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y salud*, 25(1), 39-48.

Schwartz, M. y Andrasik, F. (2017). *Biofeedback: A practitioner's guide*. NEW YORK: Guilford Publications..

Schwartz, M. y Andrasik, F. (2003). Evaluating research in clinical biofeedback. En M. Schwartz y F. Andrasik (eds.) (2017). *Biofeedback: A practitioner's guide* (pp. 867-880). Guilford Publications.

Secretaría de Salud, Sedena y Semar (2010). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Guía de práctica clínica*. Consejo de Salubridad General. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/GRR_IMSS_392_10.pdf>.

Senior, C., Dalton, J., McDonough, M., Bond, A., Phillips, M. L., ... & David, A. S. (2002). Autonomic response in depersonalization disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 833-838.)

Sierra-Siegert, M. . (2008). Depersonalization: Clinical and Neurobiological Aspects. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37, 40 - 55.

Silberstein, L. Tirch, D., Leahy, R. y McGinn, L. (2012). Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5, 406-419.

Simón, M. Á. y Amenedo, E. (2001). *Manual de psicofisiología clínica*. Pirámide.

Sirota, N., Moskovchenko, D., Yaltonsky, V., Kochetkov, Y. y Yaltonskaya, A. (2016). Psychodiagnostics of emotional schemas: the results of transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of Russian Version of Leahy Emotional Schema Scale II (LESS II_RUS). *Review of Psychiatry and Medical Psychology* (1), pp. 76-83.

- _____. Moskovchenko, D., Yaltonsky, V. y Yaltonskaya, A. (2018) The role of emotional schemas in anxiety and depression among russian medical students. *Psychology in Russia: State of the art*, 11(4), pp. 130-143.
- Streeter, C., Gerbarg, P., Saper, R, Ciraulo, D. y Beown, R. (2012). Effects of yoga on the autonomic nervous system, gamma-aminobutyric acid, and allostasis in epilepsy, depression, and post-traumatic stress disorder. *Medical Hypotheses*, 78(5), pp. 571-579. DOI: <10.1016/j.mehy.2012.01.021>.
- Tassinary, L., Cacioppo, J. y Vanman, E. (2007). The skeletomotor system: Surface electromyography. En J. Cacioppo y L. Tassinary (eds). *Physical, socia, and inferential elements* (pp. 325-384). Cambridge University Press.
- Thompson, M. Thompson, L. (2003). *The neurofeedback book: an introduction to basic concepts in applied psychophysiology*. Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback.
- Tirch, D., Leahy, R., Silberstein, L. y Melwani, P. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*. 5(4), pp 380-391.
- Trujano, R., Ramos, E. y Rodríguez, M. (2017). Study gender on depression and consumption of tobacco and alcohol use among students of health science area careers and other areas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 18(2), pp. 879-903.
- Valentier, D. Mounts, N. y Deacon, B. (2004). Panic attacks, depression and anxiety syptoms, and substance use behaviors during late adolescence. *Journal of Anxiety Disorders*. 18(5), pp. 573-585.
- Van Ameringen, M., Mancini, C. y Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*. 17(5), 561-571.

- Vega, G. y González, A. (2017). Eficacia de un programa de biorretroalimentación para regular respuestas fisiológicas ante estrés en personas con diagnóstico psiquiátrico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 7(2), pp. 51-57.
- Velázquez-Jurado, H., Niño-Tamayo, D., Flores-Torres, A, Fuente-Villanueva, A. de la, Méndez-Sánchez, M y Peñaloza-Gómez, R. (2020). Adaptación cultural y propiedades psicométricas de la escala de esquemas emocionales de Leahy (LESS II) en población mexicana. *Psicología y Salud*, 30(1), pp. 117-122.
- Vila, J. (1996). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Ediciones Pirámide.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Paulsen, V. M., y Bailey, S. L. (1995). Cardiovascular recovery from laboratory stress: biopsychosocial concomitants in older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(3), 361-377.
- Wagner, F., González, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*. 35(1), pp. 3-11.
- Yuan, G., Drost, N. y McIvor, R. (2013). Respiratory rate and breathing pattern. *McMaster University Medical Journal*. 10(1), pp. 23-25.

ANEXOS

I EVALUACIONES

ESCALA DE ESQUEMAS EMOCIONALES DE LEAHY

INSTRUCCIONES: Todos nosotros manejamos de manera diferente estos sentimientos, por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas. Por favor, lee con cuidado cada una de las siguientes oraciones y asígnele un puntaje de acuerdo a la siguiente escala, tomando como referencia cómo has manejado tus sentimientos y emociones durante el mes pasado.

Escribe el número que corresponda al lado de cada oración.

ESCALA:

1= casi nunca pienso así 2= rara vez pienso así 3=pocas veces pienso así
 4= a veces pienso así 5= frecuentemente pienso así 6=casi siempre pienso así

	1	2	3	4	5	6
Es importante para otros que comparta la manera en la que me siento.						
*No expreso mis sentimientos a otras personas.						
*Hay cosas sobre mí que simplemente no entiendo.						
Prefiero sentir mis emociones, aunque parezca poco racional.						
Creo que es importante permitirme llorar, para "sacar" mis sentimientos.						
*Prefiero que las personas que me rodean no se enteren de cómo me siento.						
Los demás entienden y aceptan mis sentimientos.						
*Mis sentimientos no tienen sentido.						
Si los demás cambiaran, yo podría sentirme mucho mejor.						
*Pienso que tengo sentimientos de los que no me doy cuenta.						
En ocasiones me da miedo permitirme tener sentimientos fuertes, pues estos no se irán.						
Me siento avergonzado de mis sentimientos.						
Hay personas a las que les importan mis sentimientos.						
Es más importante para mí ser razonable y práctico(a), que ser sensible y dejar ver mis sentimientos.						
Mis emociones se ven influenciadas por la manera de actuar de los demás.						
A menudo me digo a mi mismo ¿Qué está mal conmigo, ¿qué me pasa?						
*Me dejo llevar por mis emociones más que por la razón.						
*Me preocupa no ser capaz de controlar mis sentimientos/emociones.						
No debería tener algunos de los sentimientos que tengo.						
*Pienso que mis sentimientos son extraños o raros.						
Yo decido cómo manejar mis emociones.						

Otras personas pueden hacer que tenga sentimientos desagradables.						
Cuando expreso mis emociones me siento entendido por otras personas						
Cuando me siento triste, me pongo a pensar en lo mal que me siento.						
Lo que otros hacen me molesta.						
Acepto mis sentimientos.						
*Me preocupa que si tengo ciertos sentimientos podría volverme loco (a).						
*Mis sentimientos parecen salir de la nada.						
Creo que es importante ser racional y lógico en casi todo						
Me gusta estar absolutamente seguro (a) de lo que siento por mí mismo (a).						
Le pongo mucha atención a mis sentimientos y sensaciones físicas.						
*No quiero que nadie se entere de mis sentimientos.						

Nota: * indica reactivos inversos.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

Instrucciones:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en que se SINTIÓ LA SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Encierre en un círculo esa oración. Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
3.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o deje de hacer.	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
7.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto
8.	No creo ser peor que otras personas	Me crítico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo
11.	No estoy más irritable de lo usual	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo
12.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.	No siento que me vea peor de lo usual	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
15.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
16.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
18.	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.	No he perdido mucho peso últimamente	He perdido más de dos kilos	He perdido más de cinco kilos	He perdido más de ocho kilos

20. A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos. SI _____, NO _____.

21.	No estoy más preocupado(a)	Estoy preocupado(a) por	Estoy muy preocupado(a) por	Estoy tan preocupado(a) por
-----	----------------------------	-------------------------	-----------------------------	-----------------------------

	por mi salud que antes	problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
22.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Instrucciones:

Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo el día de hoy*, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia

Síntoma

- | | | | | | |
|-----|---|-------------|-------------|---------------|------------|
| 1. | Entumecimiento, hormigueo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 2. | Sentir oleadas de calor (bochorno). | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 3. | Debilitamiento de las piernas. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 4. | Dificultad para relajarse. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 5. | Miedo a que pase lo peor. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 6. | Sensación de mareo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 7. | Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 8. | Inseguridad. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 9. | Terror. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 10. | Nerviosismo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 11. | Sensación de ahogo. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |
| 12. | Manos temblorosas. | Poco o Nada | Mas o Menos | Moderadamente | Gravemente |

13.	Cuerpo tembloroso.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente
14.	Miedo a perder el control.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente
15.	Dificultad para respirar.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente
16.	Miedo a morir.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente
17.	Asustado.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente
18.	Indigestión o malestar estomacal	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente
19.	Debilidad	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente
20.	Ruborizarse, sonrojamiento.	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente
21.	Sudoración (no debida al calor).	Poco o Nada	Mas o Menos	Moderadamente	Gravemente

ANEXO II

PLAN GENERAL DE LA INTERVENCION

Procedimiento:

Plan general de la intervención				
Módulo	Sesiones	Objetivo	Técnicas que se utilizaron	Evaluación y criterio de cambio
1.- Nombrar y normalizar emociones	1	Identificar emociones, reconociendo sus características como cualidad, respuesta fisiológica, evaluación y cogniciones. Comprenderá su desarrollo en el ciclo vital, logrando dar sentido a sus emociones.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar el papel evolutivo de las emociones en la conducta social ✓ Identificar el origen de las emociones en el desarrollo del participante, y los esquemas emocionales actuales ✓ Establecimiento de la teoría personal sobre las emociones ✓ Modelo sobre las emociones ✓ Función y características de la emoción ✓ Nombrar y diferenciar emociones ✓ Observar y describir sus emociones ✓ Normalizar la emoción 	<ul style="list-style-type: none"> A. Elabora una lista sobre algunos ejemplos en específico de los pensamientos y conductas que representan tus esquemas emocionales. B. Registra las creencias que tienes sobre las emociones (mitos) y describe experiencias que hayan contribuido a desarrollar los mitos sobre la emoción. C. Con un ejemplo tuyo, realiza el diagrama sobre el modelo de las emociones. D. Comparte ejemplos de la función de la emoción. E. Registra tus emociones

			<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar la emoción como temporal 	<p>diario con el formato que corresponde. Describe si hay posibles emociones que alguien más podría tener con el registro correspondiente.</p> <p>F. Observa y describe alguna emoción.</p> <p>G. Haz una lista de emociones que consideras anormales y las ventajas y desventajas de pensar que son anormales.</p> <p>H. Realiza un horario de actividades en el que se registren los pensamientos y sentimientos así como su intensidad. Lista de ventajas y desventajas de pensar que las emociones son temporales.</p>
2.- Aceptación	1	<p>Detectar y disminuir la evitación emocional y favorecer la disposición a experimentar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aceptación de la emoción ✓ Permanencia sin prejuicios a través de la emoción 	<p>A. Describe ejemplos de cuáles son las emociones que te cuestan trabajo aceptar.</p> <p>B. Realiza la tabla para monitorear los</p>

		emociones de forma activa y consciente.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tolerar sentimientos encontrados ✓ Experimentar la emoción como una ola 	<p>prejuicios que tienes sobre las emociones y cómo esos prejuicios afectan emocionalmente.</p> <p>C. Enlista las ventajas y desventajas de tolerar sentimientos encontrados y ejemplos de esos sentimientos.</p> <p>D. Practica la experiencia de emociones como una ola.</p>
3.- Control	1	Entender y aplicar las estrategias que le permiten comprender y manejar sus emociones y su papel en la interacción con otras personas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explorar emociones como metas ✓ Inducir una emoción ✓ Haciendo espacio para la emoción: La evitación de la emoción como fuente de malestar. Estrategias de autorregulación 	<p>A. Enlista las emociones más placenteras o gratificantes y anota los pensamientos o actividades que pueden producir esa emoción.</p> <p>B. Registra una emoción que deseas experimentar en esta sesión.</p> <p>C. Enlista las experiencias que den significados adicionales a tu vida. Apunta las emociones positivas que podrías tener como objetivo para practicar.</p>
4.- Conexión con valores	1	Emplear las emociones para clarificar valores y metas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconocimiento de valores personales ✓ Congruencia entre su comportamiento 	<p>Haz una lista de los valores a los que aspiras. Identifica emociones difíciles que estés experimentando y examina cómo podían</p>

			<p>to y sus valores</p> <p>✓ Subir la escalera de un mayor significado</p>	<p>estar relacionadas con tus valores.</p> <p>Describe conductas que te ayuden a lograr relacionar tus emociones y tus valores.</p>
5.- Validación	1	<p>Brindar al usuario estrategias que le permitan validarse a sí mismo, así como conseguir la validación de otros, además de desarrollar respuestas más adaptativas ante la invalidación.</p>	<p>A. Resistencia a la validación</p> <p>B. Examinar el significado de la invalidación</p> <p>C. Superando la invalidación de sí mismo</p> <p>D. Autovalidación compasiva</p> <p>E. Identificando respuestas problemáticas a la invalidación</p> <p>F. Desarrollar estrategias adaptativas para manejar la invalidación</p> <p>G. Cómo ayudar a otros a validarte</p> <p>H. Construir mejores amistades</p> <p>I. Cierre</p>	<p>A. Escribe ejemplos sobre la validación e invalidación.</p> <p>B. Cidentifica alguna de tus creencias sobre la validación.</p> <p>C. Enlista ejemplos de cómo minimizas tus necesidades.</p> <p>D. Describe una situación en la que puedas practicar la autovalidación compasiva.</p> <p>E. Identifica si has realizado alguna respuesta problemática ante la invalidación.</p> <p>F. Toma acción ante la invalidación de una manera asertiva.</p> <p>G. Elige alguna estrategia adaptativa para decir o</p>

				<p>hacer cuando te sientas invalidado(a).</p> <p>H. Describe cómo podrías ser más gratificante y obtener validación.</p>
Registro psicofisiológico	2 (una antes y una después de la intervención grupal)	Evaluar la capacidad del paciente para recuperarse después de un evento estresante y regresar a niveles de línea base.		Evaluación en variables fisiológicas: frecuencia cardíaca, conductancia, respiración y temperatura ante situaciones de estrés.

Módulo 1. Nombrar y normalizar emociones

Duración	Actividades		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
7 min	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Entregar Escala de Esquemas Emocionales resuelta en la sesión del Registro Psicofisiológico. Reforzar al participante por haberlo realizado. Explicar el objetivo de la sesión.	Escuchar.	Refuerzo positivo.	Escala de Esquemas Emocionales.	
10 min	Psicoeducación sobre las emociones. Revisar los resultados de la Escala de Esquemas Emocionales con el usuario, ver cuáles son sus creencias respecto a sus emociones.	Escuchar y formular preguntas. Identificar las interpretaciones que tienen de las emociones y las conductas o estrategias que suelen usar.	Identificar el papel evolutivo de las emociones en la conducta social.	Forma 1. Escala de Esquemas Emocionales	Hacer una lista sobre algunos ejemplos en específico de los pensamientos y conductas que representan sus esquemas emocionales.
20 min	Identificar los esquemas emocionales desadaptativos que contribuyen a los	Hacer un registro de las creencias (mitos) que tiene sobre las emociones.	Identificar el origen de las emociones en el desarrollo del participante, y los	Forma 2. Mitos sobre la emoción.	Detección de mitos. Escribir experiencias que hayan contribuido a desarrollar

	<p>problemas en la regulación emocional así como el origen potencial de los mismos. Después de desafiar los mitos que el usuario tiene, es útil que entienda el contexto en el cual estas creencias fueron aprendidas y fortalecidas. Debe resaltarse su origen durante el desarrollo, y enfatizar que se trata de creencias en lugar de hechos.</p>		<p>esquemas emocionales actuales</p>		<p>sus mitos sobre las emociones. Escribir si es necesario, más mitos sobre las emociones.</p>
10 min.	<p>Psicoeducación sobre las emociones, su función, duración y la diferencia entre una emoción y un estado de ánimo.</p>	<p>Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.</p>	<p>Establecimiento de la teoría personal de las emociones.</p>	<p>Forma 3. Hechos básicos sobre las emociones.</p>	<p>Que el participante identifique la diferencia entre una emoción y un estado de ánimo.</p>
10 min.	<p>Psicoeducación al respecto de la diferencia entre la</p>	<p>Escuchar, expresar opiniones y dudas.</p>	<p>Modelo sobre las emociones.</p>	<p>Forma 4. Modelo de las emociones.</p>	<p>Responde preguntas para asegurar que lo entiende y de</p>

	<p>experiencia emocional y la expresión de la emoción. El modelo ayuda al participante a conceptualizar sus experiencias emocionales y le da un marco de referencia para explicarlas. El modelo enfatiza que la emoción tiene secuelas en el proceso de pensamiento, conducta y fisiología, a través de los cuales el paciente puede perpetuar su emoción.</p>	<p>Compartir ejemplos.</p>			<p>tarea un mapa conceptual.</p>
<p>5 min.</p>	<p>Psicoeducación sobre la función de la emoción para determinar por qué ciertas emociones persisten a pesar de ir en contra de los deseos del individuo.</p>	<p>Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.</p>	<p>Función y características de la emoción.</p>	<p>Forma 5. Funciones de la emoción.</p>	<p>Dar ejemplos individuales y compartirlos con el grupo.</p>

10 min.	Nombrar las emociones para recordar la emoción y reconocer el contexto en el cual se origina. Esta técnica crea la posibilidad de ser flexible en la respuesta emocional. Explicar que se pueden sentir más de dos emociones al mismo tiempo o que se dan emociones encontradas ante algunas situaciones. Reestructuración Cognitiva	Identificar las emociones que son más fáciles de reconocer y nombrar. Escuchar, formular preguntas. Compartir ejemplos.	Nombrar y diferenciar emociones.	Forma 6. Lista de chequeo de Greenberg Forma 7. Posibles emociones que alguien más podría tener en esta situación.	Monitorear y nombrar emociones en situaciones específicas e identificar la variedad de pensamientos que están asociados con esas emociones. Hacer una lista de emociones que otros pueden tener en una situación determinada. Este ejercicio brinda flexibilidad de respuesta en las emociones y situaciones y sugiere diferentes formas de pensar y afrontarlas.
15 min.	Psicoeducación sobre la importancia de observar y describir sus emociones sin juzgarlas y vivirlas con total conciencia. Observar emociones contrarresta	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Observar y describir sus emociones.	Forma 8. Observar y describir emociones.	Hacer ejercicios de descripción y observación de emociones, particularmente de emociones intensas o duraderas durante la semana.

	<p>la tendencia a tener un punto de vista negativo de las emociones y creencia erróneas sobre éstas. Los déficits en la habilidad para tolerar las emociones pueden llevarlos a actuar de forma impulsiva y esforzarse por escapar de ellas. Incrementar la consciencia de las expresiones faciales o la falta de ellas, así como de sus expresiones no verbales como la postura del cuerpo.</p>				
20 min.	<p>Normalizar emociones para procesar estos sentimientos y reducir miedo y/o culpa acerca de la forma</p>	<p>Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.</p>	<p>Normalizar la emoción.</p>	<p>Forma 9. Costos y beneficios de pensar que mis emociones son anormales. Forma 10. Preguntar a</p>	<p>Enlistar los costos y beneficios de pensar que estas creencias son anormales.</p>

	en la que se sienten. Normalizar la emoción ayuda a validarse.			otras personas si tienen esas emociones.	
10 min.	Observar su emoción y recordar las emociones y su intensidad durante el curso del día para experimentar qué ocurre todo el rango de emociones tanto negativas, positivas y neutras y que éstas al igual que las preocupaciones cambian y se disipan.	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Identificar la emoción como temporal.	Forma 11. Completar un horario de actividades en el que se registren los pensamientos y sentimientos así como su intensidad. Forma 12. Lista de ventajas y desventajas sobre pensar que las emociones son temporales	Enlistar cualquier emoción que consideran que es problemática y ejemplificar con personajes de historias, películas, canciones, etc.

Módulo 2. Aceptación					
Duración	Actividades		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
10 min.	Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Revisar los ejercicios para realizar en casa del módulo anterior.	Escuchar.	Refuerzo positivo.		

	Explicar el objetivo de la sesión.				
20 min.	<p>Psicoeducación sobre aceptar emociones, aceptar no significa inacción o aceptación pasiva, reconocemos la emoción para facilitar decisiones acerca de lo que quiere y puede hacer para sentirse mejor.</p> <p>La función de cada emoción.</p> <p>Identificar los pensamientos que surgen para tratar de controlar la emoción y fomentan que la desregulación emocional sea mayor.</p>	Escuchar y formular preguntas.	Aceptación de la emoción	Forma 13. Cómo aceptar sentimientos difíciles.	<p>Enlistar o verbalizar sentimientos difíciles de aceptar y reconocer el significado de esa emoción así como las ventajas y desventajas de tener ese sentimiento.</p> <p>Escribir los pensamientos asociados a evitar la emoción, por ejemplo, "la tristeza es algo que no va a terminar nunca".</p>
30 min.	<p>Identificar los prejuicios que dificultan la identificación de emociones primarias y que incitan a emociones secundarias que agravan la experiencia.</p> <p>Psicoeducación sobre la</p>	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Permanencia sin prejuicios a través de la emoción	Forma 14. Practicando una estancia en la emoción sin prejuicios.	<p>Monitorear los prejuicios que tienen sobre las emociones, observar cómo afectan emocionalmente y ejemplificar cómo pueden dejar atrás los prejuicios.</p>

	tendencia a juzgar emociones, usar metáforas y analogías que vinculan la detección del prejuicio con valores e intereses del participante				
30 min.	Psicoeducación al respecto de que tener sentimientos encontrados o ambivalencia es una manifestación emocional de incertidumbre, la ambivalencia puede generar ansiedad y confusión. Desventaja de rumiar sobre los sentimientos encontrados.	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Tolerar sentimientos encontrados.	Forma 15. Ejemplos de sentimientos encontrados Forma 16. Ventajas y desventajas de aceptar sentimientos encontrados.	Enlistar personas, lugares, cosas o experiencias que generen sentimientos encontrados y escribir cuáles son los sentimientos encontrados. Escribir ventajas y desventajas de aceptar que tiene sentimientos encontrados.
30 min.	Psicoeducación: las emociones son un fenómeno de tiempo limitado, enseñar al participante que hay otras opciones aparte de evitar la emoción o maximizarla.	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Experimentar la emoción como una ola	Forma 17. Experimentar las emociones como una ola.	Practicar durante la sesión con alguna emoción.

Módulo 3. Control					
Duración	Actividades		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	<p>Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Revisar los ejercicios para realizar en casa del módulo anterior.</p> <p>Explicar el objetivo de la sesión, comprender el papel del control en la forma en que se perpetúan las emociones y desarrollar estrategias que permitan el manejo y búsqueda activa de la emoción.</p>	Escuchar.	Refuerzo positivo.		
35 min.	<p>Psicoeducación sobre las creencias en torno a las emociones se convierten en metas en sí mismas. Esta técnica busca incrementar el rango de flexibilidad en las experiencias emocionales y ayudar al participante a darse cuenta de</p>	Escuchar y formular preguntas.	Explorar emociones como metas	Forma 18. Forma 19.	<p>Identificar alternativas de emociones más placenteras o gratificantes y hacer una lista.</p> <p>Hacer una lista de los pensamientos o actividades que pueden producir una emoción.</p>

	que no está “atascado” o “atrapado” en una emoción y que puede hacer algo eficaz acerca de esto.				
30 min.	Psicoeducación sobre la evitación emocional como la fuente del malestar, una forma de romper el ciclo de evitar las emociones es encontrarse voluntariamente con la emoción, permanecer en ella, ver cómo es y crear una experiencia emocional diferente.	Escuchar y formular preguntas.	Inducir una emoción.	Forma 20.	Llenar un formato para registrar la experiencia emocional donde se reporta qué emoción se generó, lo que utilizó para lograrlo, intensidad de la emoción, tiempo de duración, tiempo que toma en llegar a la línea base y lo que aprendió de esa experiencia.
30 min.	Presentar la idea de ampliar el espacio para experimentar la emoción.	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Haciendo espacio para la emoción	Forma 21. Forma 22.	Se presenta una lista donde vienen diferentes sugerencias de experiencias que añaden significado a la vida del participante, el objetivo es clarificar qué es importante y cómo dirigirse a través de esos

					<p>propósitos en su vida. Elaborar una lista de emociones positivas que podrías tener como objetivo, el participante debe elegir cuáles de ellas le gustaría tener y luego escribir algunas ideas sobre qué podría pensar o hacer para sentirse de esa forma.</p>
--	--	--	--	--	---

Módulo 4. Conexión con valores					
Duración	Actividades		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	<p>Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Revisar los ejercicios para realizar en casa del módulo anterior. Explicar el objetivo de la sesión.</p>	<p>Escuchar.</p>	<p>Refuerzo positivo.</p>		
10 min.	<p>Psicoeducación: Reconocimiento de valores personales y la congruencia entre su</p>	<p>Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.</p>	<p>Subir la escalera de un mayor significado</p>	<p>Forma 23.</p>	<p>Lista de valores a los que aspiran. Identificar emociones difíciles que estén experimentand</p>

	<p>comportamiento y sus valores.</p> <p>Emplear las emociones para clarificar valores y metas.</p>				<p>o y examinar cómo podían estar relacionadas con sus valores. Examinar conductas que ayuden a lograr relacionar sus emociones y sus valores.</p>
--	--	--	--	--	--

Módulo 5. Validación					
Duración	Actividades		Técnica	Materiales	Evaluación
	Terapeuta	Participante			
5 min.	<p>Dar la bienvenida al participante, reforzar su asistencia. Revisar los ejercicios para realizar en casa del módulo anterior. Explicar el objetivo de la sesión.</p>	<p>Escuchar.</p>	<p>Refuerzo positivo.</p>		
10 min.	<p>Obtener información para examinar los problemas que tienen los pacientes para obtener validación.</p>	<p>Escuchar y formular preguntas.</p>	<p>Resistencia a la validación</p>	<p>Forma 24.</p>	<p>Enlistar ejemplos de validación y de no validación. Hacer una lista de ejemplos sobre qué conductas se realizan cuando no se siente validado.</p>

10 min.	Examinar las experiencias de invalidación, se buscan los pensamientos y sentimientos subyacentes a no sentirse validado, lo que lleva a conocer los esquemas generales que el paciente tiene sobre sí mismo y sobre otros.	Escuchar y formular preguntas. Compartir ejemplos.	Examinar el significado de la invalidación	Forma 25.	Hacer una lista de sus creencias sobre lo que significa la validación, cuáles son sus requerimientos para sentirse validado. Analizar los pensamientos automáticos que se tienen y las ventajas y desventajas de éstos.
25min.	Psicoeducación sobre minimización, identificar ejemplos de cómo ellos minimizan sus necesidades o se invalidan a sí mismos (situaciones en las que hayan llevado a cabo esto y las ventajas y desventajas de haberlo hecho).	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Superando la invalidación de sí mismo.	Forma 26.	Escribir ejemplos de cómo minimizan sus necesidades. ¿Qué necesidades minimizo? ¿Por qué? ¿Qué cosas haces para minimizar las emociones? ¿Minimizarías los sentimientos de un amigo? ¿Por qué? ¿Qué cosas le dirías para validarlo?
15 min.	Validar su propia emoción, psicoeducación sobre el soporte emocional y autocuidado	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Autovalidación compasiva	Forma 27.	Escribir ¿Qué me dice la voz compasiva acerca de mis necesidades? ¿Qué me diría que hiciera o dijera?

	con lo que puede calmarse, apoyarse y reducir sus tendencias de autodesprecio.				
15	Psicoeducación sobre rumiación, catastrofización y distanciamiento. Identificar estrategias problemáticas, puede disminuir los eventos negativos en su vida y reconocer el papel que tienen en éstos.	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Identificando respuestas problemáticas a la invalidación	Forma 28.	Monitorear respuestas físicas o verbales cuando no se sienten validados, analizar las ventajas y desventajas de estas respuestas.
10	Psicoeducación sobre desarrollar estrategias adaptativas que les permitan manejar la invalidación.	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Desarrollar estrategias adaptativas para manejar la invalidación	Forma 29.	Hacer una lista de las técnicas que podría utilizar cuando no se sienta validado.
10	Psicoeducación sobre distorsiones cognitivas como "debería", leer la mente y catastrofización. Expresar qué es lo que necesitan,	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Cómo ayudar a otros a validarte	Forma 30.	Enlistar acciones adaptativas que puede hacer o decir para ayudar a otros a validarlo.

	mejorar la manera en que te validan, ejemplificar la expresión de emociones.				
10	Psicoeducación sobre estrategias de interacción problemáticas y búsqueda de apoyo social.	Escuchar, expresar opiniones y dudas. Compartir ejemplos.	Construir mejores amistades	Forma 31.	Hacer una lista de ejemplos de situaciones en los que se haya sentido validado.
20	Plantear preguntas de exploración sobre lo que le ha servido más y las situaciones difíciles que podría enfrentar en un futuro que requieran de su uso.	Compartir ejemplos.	Cierre	Forma 32.	Se elaborará un ejercicio de planeación que tiene como objetivo que el usuario plantee estrategias (empleando lo aprendido) para manejar de manera diferente situaciones que considere como un obstáculo que podrían presentársele en un futuro.

MANUAL TERAPEUTA III

TERAPIA DE ESQUEMAS EMOCIONALES DE LEAHY

Objetivos:

- Implementar o incrementar estrategias para modificar los esquemas emocionales desadaptativos y desarrollar esquemas más funcionales.
- Identificar, y en su caso, reducir la evitación emocional implementando técnicas cognitivas y conductuales.

La intervención estará dividida en módulos (que pueden durar más de una o sesión para cumplir con el objetivo) la duración se ajustará al avance de cada participante y se implementará de manera individual. La estructura de los módulos y las sesiones se estructura de la siguiente manera:

Módulos	CONTENIDO
1. Nombrar y normalizar emociones	OBJETIVO: Identificar emociones, reconociendo sus características como cualidad, respuesta fisiológica, evaluación y cogniciones. Comprenderá su desarrollo en el ciclo vital, logrando dar sentido a sus emociones.
2. Aceptación	OBJETIVO: Detectar y disminuir la evitación emocional y favorecer la disposición a experimentar emociones de forma activa y consciente.
3. Control	OBJETIVO: Entender y aplicar las estrategias que le permiten comprender y manejar sus emociones y su papel en la interacción con otras personas.
4. Conexión con valores	OBJETIVO: Emplear las emociones para clarificar valores y metas.
5. Validación	OBJETIVO: Brindar al usuario estrategias que le permitan validarse a sí mismo, así como

	conseguir la validación de otros, además de desarrollar respuestas más adaptativas ante la invalidación.
Registro psicofisiológico antes y después de la intervención:	Es una aplicación clínica que se utiliza por su asociación con reacciones emocionales, tiene como objetivo evaluar la capacidad del paciente para recuperarse después de un evento estresante y regresar a niveles de línea base. Es un indicador de la actividad del SNA, se considera una valoración fundamental cuando se realizan intervenciones en Psicofisiología aplicada. (Thompson, 2003).

Estructura de las sesiones

- **Sesión 1.** Se establecerá el encuadre, se aplicarán los instrumentos de evaluación y se llevará a cabo el registro psicofisiológico del participante en la Facultad de Psicología.

Módulo 1: Nombrar y normalizar emociones:

- ✓ Identificar el papel evolutivo de las emociones en la conducta social
- ✓ Identificar el origen de las emociones en el desarrollo del participante, y los esquemas emocionales actuales
- ✓ Establecimiento de la teoría personal sobre las emociones
- ✓ Modelo sobre las emociones
- ✓ Función y características de la emoción
- ✓ Nombrar y diferenciar emociones
- ✓ Observar y describir sus emociones
- ✓ Normalizar la emoción
- ✓ Identificar la emoción como temporal

Módulo 2: Aceptación

- ✓ Aceptación de la emoción
- ✓ Permanencia sin prejuicios a través de la emoción
- ✓ Tolerar sentimientos encontrados
- ✓ Experimentar la emoción como una ola

Módulo 3: Control

- ✓ Explorar emociones como metas
- ✓ Inducir una emoción
- ✓ Haciendo espacio para la emoción
- ✓ La evitación de la emoción como fuente de malestar
- ✓ Estrategias de auto-regulación

Módulo 4: Conexión con valores

- ✓ Reconocimiento de valores personales
- ✓ Congruencia entre su comportamiento y sus valores
- ✓ Subir la escalera de un mayor significado

Módulo 5: Validación

- ✓ Resistencia a la validación
- ✓ Examinar el significado de la invalidación
- ✓ Superando la invalidación de sí mismo
- ✓ Autovalidación compasiva
- ✓ Identificando respuestas problemáticas a la invalidación
- ✓ Desarrollar estrategias adaptativas para manejar la invalidación

- ✓ Cómo ayudar a otros a validarte
- ✓ Construir mejores amistades
- ✓ Cierre

- **Sesión 7**

Aplicación final de un registro psicofisiológico.

Cada sesión incluye ejercicios y tareas que se revisarán para identificar el avance del usuario en el desarrollo de esquemas emocionales más adaptativos.

MÓDULO 1

NOMBRAR Y NORMALIZAR EMOCIONES

OBJETIVO: Identificar emociones, reconociendo sus características como cualidad, respuesta fisiológica, evaluación y cogniciones y consecuencia de su desarrollo en el ciclo vital, logrando una visión más comprensiva de éstas.

TÉCNICA

IDENTIFICAR ESQUEMAS EMOCIONALES

El modelo de esquemas emocionales propone que la interpretación negativa de tener emociones, contribuye al miedo o intolerancia de la emoción y esto conduce a que las sensaciones de desregulación emocional como ser sobrepasado por la emoción, promueva emplear estrategias problemáticas para controlarlas, por ejemplo, la preocupación, la rumiación, beber en exceso, o impulsividad para terminar la experiencia emocional. El cuestionario de esquemas emocionales (que se contestó la sesión uno) permite la evaluación de éstos a través de 14 dimensiones.

INTERVENCIÓN

- Hacer referencia a que todos los seres humanos tienen diferentes tipos de emociones.
- Revisar los resultados de la Escala de Esquemas Emocionales con el usuario, ver cuáles son sus creencias respecto a sus emociones. “Las interpretaciones que tú tienes y las conductas o estrategias que sueles usar las vamos a llamar *esquemas emocionales*”. Estos son tu teoría acerca de tus emociones y tus creencias sobre cómo lo manejas”. (Utilizar Forma 1).

TAREA:

-Hacer una lista sobre algunos ejemplos en específico de los pensamientos y conductas que representan sus esquemas emocionales. Este puede ser un criterio de cambio para pasar al siguiente módulo.

TÉCNICA

IDENTIFICANDO MITOS SOBRE LA EMOCIÓN.

Identificar los esquemas emocionales desadaptativos que contribuyen a los problemas en la regulación emocional así como el origen potencial de los mismos.

INTERVENCIÓN:

“Lo que creemos de las emociones afecta la manera en que las manejamos. Por ejemplo, si creemos que la ansiedad va a durar para siempre, esto da la sensación de que es necesario escapar de ella de alguna manera, por ejemplo, si te sientes muy ansioso por tener que exponer en alguna clase que te parezca difícil, prefieres reportarte enfermo y no presentar esa exposición aunque eso tenga consecuencias en tu calificación. Desafortunadamente, cierta cantidad de ansiedad es inevitable, y los esfuerzos para bloquearla o suprimirla podrían no solo prolongarla, si no también intensificarla y empeorar la situación. Piensa en alguna situación emocional negativa que recuerdes ¿Qué emoción tuviste? ¿Cuándo ocurrió? ¿Por qué fue esa emoción? Piensa ahora en otra situación (mismas preguntas). Ahora piensa en alguna situación con una emoción positiva intensa (mismas preguntas).

Pedir historias o ejemplos de situaciones emocionalmente importantes donde puedan llegar a la conclusión de que la emoción no va a durar para siempre, favorece la conclusión acerca de su carácter temporal y preguntar a manera de reflexión si es posible que tengan algunas creencias erróneas acerca de las emociones, que contribuyen a que su manejo no sea el más adecuado.

EJERCICIO:

Hacer un registro de las creencias (mitos) que tiene sobre las emociones (Utilizar forma 2).

FORMA 2

MITOS SOBRE LA EMOCIÓN.

Instrucciones: Algunos mitos comunes acerca de la emoción se presentan a continuación. Para cada mito, formula un desafío que declare porque el mito no es verdadero.

1.- Hay una forma correcta de sentirse en cada situación.

DESAFÍO:

2.- Permitirle a otros que sepan que me siento mal es una debilidad.

DESAFÍO:

3.- Los sentimientos negativos son malos y destructivos.

DESAFÍO:

4.- Ser emocional significa estar fuera de control.

DESAFÍO:

5.- Las emociones sólo suceden, no tienen una razón.

DESAFÍO:

6.- Algunas emociones son realmente estúpidas.

DESAFÍO:

7.- Todas las emociones dolorosas son resultado de una mala actitud.

DESAFÍO:

8.- Si otros no aprueban mis sentimientos, obviamente no debería sentirme de esa manera.

DESAFÍO:

9.- Otras personas son mejores para juzgar la forma en la que me siento.

DESAFÍO: _____

10.- Las emociones dolorosas no son realmente importantes y deben ser ignoradas.
DESAFÍO: _____

Por favor añade tus propias creencias o mitos sobre las emociones y desafíalos.
11.-

_____ DESAFÍO: _____

12.-

_____ DESAFÍO: _____

13.-

_____ DESAFÍO: _____

La detección de mitos y desafíos se considerará criterio de cambio.

TÉCNICA

IDENTIFICAR EL ORIGEN DE LOS ESQUEMAS EMOCIONALES ACTUALES EN EL DESARROLLO DEL PARTICIPANTE

Después de desafiar los mitos que el usuario tiene, es útil que entienda el contexto en el cual estas creencias fueron aprendidas y fortalecidas. Debe resaltarse su origen durante el desarrollo, y enfatizar que se trata de creencias en lugar de hechos. Enseñar la ausencia de herramientas de regulación emocional y explicar que el ambiente que invalida las emociones brinda las condiciones para el desarrollo y mantenimiento de esquemas emocionales desadaptativos. Por ejemplo, si el ambiente continuamente ignora las emociones, se favorece el desarrollo de esquemas en torno a su inutilidad, trivialización o inadecuación. Alternativamente, si el ambiente castiga emociones, ellos pueden aprender que sus emociones son inaceptables o despreciables.

INTERVENCIÓN:

“Muchas de las creencias que interfieren con la regulación emocional fueron aprendidas, especialmente si el ambiente en el que nos desarrollamos invalida o malinterpreta las emociones, consolidando así las creencias que erróneas sobre las mismas. La manera en que figuras importantes como nuestros padres responden a nuestras emociones mientras nos vamos desarrollando influye en nuestras creencias sobre éstas y la manera en que las manejamos. Si nuestras emociones fueron desaprobadas, pudimos haber aprendido que las emociones son inaceptables. Si tus emociones fueron ignoradas pudiste haber aprendido que no son importantes y que hay que minimizarlas.

Dar ejemplos.

TAREA:

Escribir experiencias que hayan contribuido a desarrollar sus mitos sobre las emociones.

MÁS MITOS SOBRE LA EMOCIÓN.

Instrucciones: Algunos mitos comunes acerca de la emoción se presentan a continuación. Para cada mito, formula un desafío que declare porque el mito no es verdadero.

1.- Hay una forma correcta de sentirse en cada situación.

DESAFÍO: _____

2.- Permitirle a otros que sepan que me siento mal es una debilidad.

DESAFÍO: _____

3.- Los sentimientos negativos son malos y destructivos.

DESAFÍO: _____

4.- Ser emocional significa estar fuera de control.

DESAFÍO: _____

5.- Las emociones sólo suceden, no tienen una razón.

DESAFÍO: _____

6.- Algunas emociones son realmente estúpidas.

DESAFÍO: _____

7.- Todas las emociones dolorosas son resultado de una mala actitud.

DESAFÍO: _____

8.- Si otros no aprueban mis sentimientos, obviamente no debería sentirme de esa manera.

DESAFÍO: _____

9.- Otras personas son mejores para juzgar la forma en la que me siento.

DESAFÍO: _____

10.- Las emociones dolorosas no son realmente importantes y deben ser ignoradas.

DESAFÍO: _____

Por favor añade tus propias creencias o mitos sobre las emociones y desafíalos.

11.-

DESAFÍO: _____

12.-

DESAFÍO: _____

13.-

DESAFÍO: _____

Se considera para criterio de cambio.

TÉCNICA

PRESENTAR AL PARTICIPANTE LA TEORIA SOBRE EMOCIONES.

Para ayudar a los participantes a desafiar sus mitos sobre la emoción, es necesario dar información sobre las emociones:

- ✓ Emociones: aprender que los humanos nacen con la capacidad de sentir emociones.
- ✓ Duración de las emociones: las emociones son un fenómeno temporal, como olas, las emociones alcanzan un pico de intensidad y luego decaen. Aprender la diferencia entre emociones y estados de ánimo.

INTERVENCIÓN:

“Las emociones son parte de la naturaleza humana, nacimos con la capacidad de sentir emociones básicas como la felicidad, la tristeza, miedo o enojo. Cuando crecemos y alcanzamos un mayor desarrollo cognitivo somos capaces de sentir culpa y vergüenza, que son más elaboradas por su articulación con valores, cultura, experiencias y pensamientos. Todas las emociones son resultado de la combinación de éstas. Las emociones son experiencias de tiempo limitado, sin embargo, nosotros mismos podemos hacer que duren más. Por ejemplo, cuando algo sucede y nos causa enojo, una vez enojados, recordamos otras cosas que nos hacen sentir molestia y situaciones parecidas y cada una de éstas hace que el enojo aumente y se convierta en un estado de ánimo que puede durar días o semanas. Un estado de ánimo es más duradero y generalmente no se vincula con una reacción o algún evento, si no con lo que pensamos”.

TAREA:

Proporcionar forma sobre los hechos básicos sobre las emociones (Utilizar Forma 3).

Forma 3

HECHOS BÁSICOS SOBRE LAS EMOCIONES

- Los humanos nacemos con la capacidad de sentir emociones básicas: enojo, alegría, interés, sorpresa, miedo y asco.
- Aunque los humanos nacen con la capacidad de sentir vergüenza y culpa, estas emociones requieren un mayor desarrollo cognitivo y emergen más tarde en la vida.
- Las emociones duran por un tiempo limitado y disminuyen después de alcanzar un pico de intensidad.
- Aunque las emociones son de corta duración, estas se pueden perpetuar a sí mismas a través de lo que pensamos.
- Cuando una emoción persiste por varios días, se convierte en un estado de ánimo. De manera diferente a las emociones, un estado de ánimo no es provocado por un evento en específico. Un estado de ánimo puede durar días, meses y años. Por ejemplo, la depresión es un estado de ánimo pero la tristeza es una emoción.

TÉCNICA

PRESENTAR AL PARTICIPANTE UN MODELO SOBRE EMOCIONES

Este modelo ayuda al usuario a conceptualizar sus experiencias emocionales y le da un marco de referencia para explicarlas. Las emociones son un patrón complejo de respuestas a eventos que se desarrollan en el tiempo. El proceso de la emoción consta de una secuencia de eventos. La secuencia comienza con una situación relevante, de forma típica la situación es externa al individuo, sin embargo, el evento también puede ser interno. Ciertos factores como la falta de sueño o el hambre pueden incrementar la vulnerabilidad a estos eventos y a la respuesta emocional (pedir ejemplos al grupo). Como siguiente paso, el individuo evalúa el evento con lo que determina la relevancia que tiene. La evaluación determina la emoción que se experimenta así como su intensidad, como regla, entre más extrema sea la interpretación más extrema será la emoción. Es importante diferenciar entre la experiencia emocional y la expresión de la emoción. Después de la evaluación del evento, ocurren cambios en el cerebro y en el cuerpo que son parte de la experiencia emocional.

La expresión de la emoción incluye cualquier cosa que se dice, las expresiones faciales y la postura del cuerpo. El modelo enfatiza que la expresión de la emoción puede ser inhibida cuando ésta es inapropiada o contraproducente. La fusión entre la expresión de la emoción y la experiencia emocional puede contribuir a su miedo a la emoción y su evitación emocional. El siguiente paso en el proceso de la emoción es nombrarla para favorecer la distinción entre sentir la emoción y su expresión. El modelo enfatiza que la emoción tiene secuelas en el proceso de pensamiento, conducta y fisiología, a través de los cuales el paciente puede perpetuar su emoción.

INTERVENCIÓN

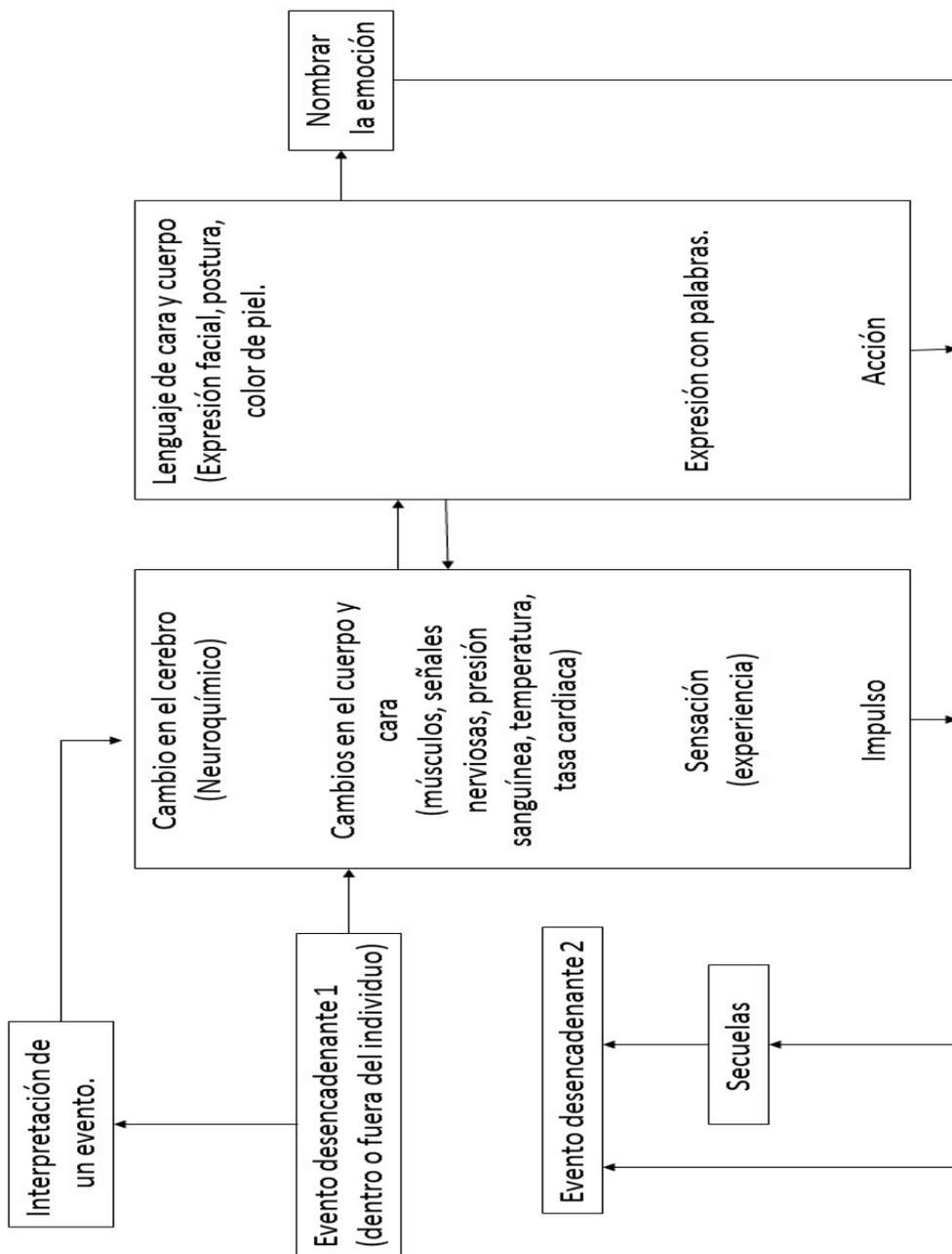
“Las emociones siempre comienzan con un evento que las incita, este puede ser externo o interno. Es decir, la emoción puede ser disparada por nuestros pensamientos y sentimientos o por cosas que pasan a nuestro alrededor. Ciertos factores como la falta de sueño o hambre pueden incrementar la vulnerabilidad a estos eventos y a la respuesta emocional. El modelo de emociones enfatiza la evaluación del evento que desencadena la emoción, dependiendo de la interpretación que se da, se determina la emoción que se tiene, así como la intensidad de la misma. Cada emoción está acompañada por cambios fisiológicos y en el cerebro así como la necesidad de hacer algo. Las emociones pueden ser expresadas a través del lenguaje corporal, expresiones faciales y las acciones que se toman. Estas pueden mantener la emoción actual o conducir a otra”.

EJERCICIO:

Revisar el modelo de emociones (Utilizar Forma 4).

Hacer preguntas para asegurar que lo entiende (o de tarea un mapa conceptual).

Forma 4



TÉCNICA ENSEÑAR AL PARTICIPANTE LA FUNCIÓN DE LA EMOCIÓN.

Es usual que las personas con problemas para regularse emocionalmente vean a las emociones como inútiles. Esta visión le da un incentivo pequeño a experimentarlas y justifica su evitación. Educar a los participantes acerca de su función puede mejorar su motivación para experimentarlas. Algunas de sus funciones son, facilitar la toma de decisiones, prepararse y moverse hacia la acción, brindar información sobre el ambiente, comunicarse e influir en otros. Otra función es la autovalidación, una emoción cumple esta función cuando nos comunica algo a nosotros mismos.

Identificar la función de la emoción es útil para determinar por qué ciertas emociones persisten a pesar de ir en contra de los deseos del individuo.

INTERVENCIÓN

“Cada una de nuestras emociones tiene una función o propósito. Por ejemplo, cuando estamos enojados y lo expresamos, la función que tiene podría ser el comunicarle a los otros que su conducta nos parece inaceptable. Esto puede influir en que cambien su conducta. Otra alternativa es que nuestro enojo puede motivarnos a tomar acción y cambiar una situación que nos parece injusta. En algunas ocasiones nuestro enojo puede auto-validarnos, nos sentimos enojados porque hay una razón para sentirnos de ese modo. Las emociones también pueden servirnos para decidir qué es lo que está bien o está mal para nosotros, la próxima vez que tengas una emoción fuerte, pregúntate a ti mismo cuál es o son las funciones de esa emoción”.

EJERCICIO:

Revisar un resumen de la función de la emoción (Utilizar forma 5).

Forma 5

¿CUÁLES SON LAS FUNCIONES DE LA EMOCIÓN?

COMUNICAR/INFLUENCIAR A OTROS: La expresión de la emoción tiene influencia en los demás, tengamos esa intensidad o no. La expresión de miedo puede comunicar a otros que hay algún peligro. La expresión de tristeza puede evocar preocupación y empatía en otros y motivarlos a ser cariñosos. La expresión de amor puede provocar que los demás se acerquen a nosotros. Mientras que la expresión de enojo o desaprobación puede causar en otros que cambien su conducta.

MOTIVARNOS O PREPARARNOS PARA TOMAR ACCIÓN: Las emociones pueden motivarnos o prepararnos para tomar acción. Un miedo intenso puede motivarnos a huir del peligro o a estudiar para el examen próximo y el amor puede motivarnos a ser más cercanos a otros. Las emociones nos permiten tomar decisiones dejándonos ver lo que es importante.

COMUNICARME ALGO A MI MISMO/ AUTOVALIDARSE: Las emociones nos brindan información importante acerca de las situaciones y personas que las evocan. Por ejemplo: nuestra emoción puede indicarnos que la situación es peligrosa o la desconfianza puede decirnos que una persona no es confiable.

TÉCNICA NOMBRANDO Y DIFERENCIANDO LAS EMOCIONES.

Nombrar emociones es una parte clave en la experiencia de procesamiento. Al nombrar la emoción el individuo será capaz de recordar la emoción y reconocer el contexto el cual se origina. Esta técnica crea la posibilidad de ser flexible en la respuesta emocional. Es importante explicar que se pueden sentir más de dos emociones al mismo tiempo o que se dan emociones encontradas ante algunas situaciones, esto con la finalidad de ampliar el panorama de nombrar y diferenciar.

INTERVENCIÓN

“Hay una gran variedad de emociones que una persona puede sentir ante una situación, pero tú no las tienes todas, una misma situación puede provocarle a otras personas emociones como ser indiferente, divertido, curioso o incluso aliviado. Hagamos una lista de todas las emociones posibles que alguien puede sentir en una situación como la tuya. ¿Hay alguna emoción diferente que alguien podría tener en esta situación? ¿Alguna de estas emociones sería preferible para ti más que la que estás teniendo ahora?”

EJERCICIOS:

-Lista de chequeo de Greenberg (Forma 6), el usuario puede monitorear y nombrar emociones en situaciones específicas e identificar la variedad de pensamientos que están asociados con esas emociones. Identificar ambos es importante pues le permite al terapeuta identificar el pensamiento que puede reestructurar y la emoción para que pueda ser regulada con otras técnicas.

FORMA 6
REGISTRO DE LA EMOCIÓN.

Instrucciones: Para cada emoción en la columna de la izquierda, marca (X) los días de la semana en que notas que tienes esa emoción. Puedes agregar otras emociones que no estén en la lista.

Emoción	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Feliz							
Interesado							
Emocionado							
Preocupado							
Afectuoso							
Amor							
Amado							
Compasión							
Agradecido							
Orgullosa							
Confiado (seguro)							
Lastimado (herido)							
Triste							
Arrepentido							
Irritable							
Enojado							
Resentido							
Disgustado							
Desprecio							
Avergonzado							
Culpable							
Envidioso							
Celoso							
Ansioso							
Temeroso							
Otras							

FORMA 7
POSIBLES EMOCIONES QUE ALGUIEN MÁS PODRÍA TENER
EN ESTA SITUACIÓN

Instrucciones: En la columna de la izquierda, enlista todas las emociones que estas teniendo en esta situación, incluyendo las emociones no placenteras, las neutrales y las placenteras. En la columna de la derecha, haz una lista de los pensamientos que están asociados a esa emoción. Por ejemplo: si te sientes enojado podrías estar pensando “Ellos no me respetan”. Junto a la columna de pensamientos, haz una lista de otras emociones que es posible tener, así como de los pensamientos que podrían venir acompañando a esa emoción. Por ejemplo: puedes estar enojado, pero otra emoción que podrías tener es la ansiedad ¿Qué pensamientos vienen con la ansiedad?

Emociones que estoy teniendo	Pensamientos	Otras emociones que podría tener	Pensamientos

TÉCNICA OBSERVAR Y DESCRIBIR EMOCIONES.

Algo fundamental en la regulación emocional es la conciencia de que tenemos emociones y la habilidad para describirlas y nombrarlas. En este ejercicio los participantes pueden observar y describir sus emociones sin juzgarlas y vivirlas con total conciencia. Muchos de los problemas de regulación emocional se deben a la intención de evitar la experiencia emocional, por la tendencia a tener un punto de vista negativo de las emociones y creencia erróneas sobre éstas. Además sus déficits en la habilidad para tolerar las emociones pueden llevarlos a actuar de forma impulsiva y esforzarse por escapar de ellas. Observar y describir las emociones contrarresta la tendencia a evitarlas. En este sentido, es una forma de exponerse a la experiencia emocional, porque se practica de una forma en la que no hay juicio. En el registro de sus emociones se le pide al participante que note el evento precipitante de su emoción, para ayudarlo a desmitificar la experiencia emocional. Estos ejercicios obligan a poner atención a la experiencia emocional, lo que disminuye la posibilidad de actuar impulsivamente. Estos ejercicios incrementan la conciencia de los pacientes de sus expresiones faciales o la falta de ellas, así como de sus expresiones no verbales como la postura del cuerpo.

INTERVENCIÓN

“El primer paso para regular la emociones es tener conciencia sobre ellas y de la forma en que las experimentamos. En otras palabras, no puedo regular mi emoción sin estar consciente de que tengo una, solo con la conciencia de la emoción puedo elegir como actuar a partir de ésta, por ejemplo, no puedo regular mi enojo sin estar consciente de que estoy enojado, luego de hacer conciencia sobre mi enojo puedo elegir entre actuar de forma agresiva o bien manejar mi enojo de una manera más benéfica para mí. Cuando no estamos en contacto con nuestras emociones, nos damos cuenta de que las tenemos hasta que hemos

actuado con base en éstas (haber dicho palabras de enojo o azotado la puerta). La consciencia de que estamos sintiendo emociones se desarrolla con la práctica, el ejercicio de observar y describir emociones es importante hacerlo sin juzgar y con toda la consciencia o atención a la emoción para no contaminarla con otras emociones”.

TAREA:

Hacer ejercicios de descripción y observación de emociones, particularmente de emociones intensas o duraderas durante la semana. Si el participante reporta no haber sentido emociones, se le pide que lleve a cabo el registro en algún momento particular del día o bien de una emoción intensa que haya tenido en el pasado (Utilizar Forma 8).

FORMA 8
OBSERVANDO Y DESCRIBIENDO EMOCIONES.

Selecciona una emoción actual o reciente y descríbela tanto como puedas en esta hoja. Si experimentas más de una emoción, completa esta forma para cada una de esas emociones.

NOMBRE DE LA EMOCIÓN:

INTENSIDAD (0-100): _____

EVENTO DESENCADENANTE para mi emoción: (quién, qué, cuándo, dónde) ¿Qué comenzó la emoción?

INTERPRETACIONES de la situación (creencias, evaluaciones, supuestos)

CAMBIOS FÍSICOS Y SENSACIONES ¿Qué siento en mi cuerpo?

LENGUAJE CORPORAL ¿Cuál es mi expresión facial? ¿Postura?
¿Gestos?

IMPULSOS DE ACCIÓN: ¿Qué es lo que quiero hacer? ¿Qué quiero decir?

¿QUÉ HICE O DIJE EN ESA SITUACIÓN?

¿Qué secuelas tuvo la emoción en mí (mi estado de ánimo, otras emociones, conducta, pensamientos, memoria en el cuerpo)?

Función de la emoción:

TÉCNICA NORMALIZAR LA EMOCIÓN

Normalizar un rango de emociones puede ayudar a los participantes a procesar estos sentimientos en sus vidas y reducir su miedo y culpa acerca de la forma en la que se sienten. Normalizar la emoción ayuda a validar a los participantes.

INTERVENCIÓN

“A veces pensamos que nuestras emociones son inusuales, incluso extrañas o inapropiadas y que otros no tienen esas emociones. Entonces podemos sentirnos avergonzados por la forma en que nos sentimos. Piensa en alguna emoción de la que tengas esa impresión ¿Conoces a alguien que alguna vez se haya sentido de esa forma? ¿Hay canciones, poemas, novelas o historias en las que la gente tiene estos sentimientos? ¿Puedes preguntarle a alguno de tus amigos si alguna vez ha tenido estos sentimientos? ¿Consideras que tus amigos son raros, inusuales o anormales porque han tenido esos sentimientos? ¿Por qué no?”

TAREA:

- Hacer una lista de las emociones que considera como anormales y las ventajas y desventajas de pensar que son sentimientos normales (Utilizar Forma 9)
- El usuario puede realizar una encuesta y preguntarle a sus amigos o alguien que conozcan si han tenido la emoción que el paciente ve como anormal (Utilizar Forma 10).

FORMA 9

COSTOS Y BENEFICIOS DE PENSAR QUE MIS EMOCIONES SON ANORMALES.

INTRUCCIONES: En la columna de la izquierda, haz una lista de las emociones que tú consideras que son anormales, inusuales o de las cuales te sientas apenado o culpable. En las siguientes dos columnas enlista los costos y beneficios de creer que estas creencias son anormales ¿Qué podrías cambiar y cómo podrías sentirte acerca de tus emociones si pensaras que no son anormales? ¿Tu vida mejoraría o empeoraría?

Ejemplo: Puedes pensar que los costos de estar enojado son que no eres feliz y que tienes más conflictos con las personas, pero también puedes pensar que el beneficio de estar así es que puedes mantenerte en pie por ti mismo, o ser independiente.

Emociones que considero anormales	Costos	Beneficios

FORMA 10
PREGUNTA A OTRAS PERSONAS SI TIENEN ESTAS
EMOCIONES.

Instrucciones: Lista cualquier emoción que consideras que es problemática en la columna de la izquierda y en la columna de la derecha, escribe el nombre de personas que conoces o personajes de alguna historia, poemas, películas o canciones que representan estas emociones ¿Qué implica el hecho de que muchas personas diferentes tengan estos sentimientos?

Emociones que tengo	Personas que tienen esa emoción

-Hacer una lista de canciones, poemas, historias o novelas que describan estas emociones.

Se considera como criterio de cambio la forma 10.

TÉCNICA

VISUALIZAR A LA EMOCIÓN COMO TEMPORAL

Uno de los temores más importantes de las personas es que sus emociones doloras no tengan fin y permanezcan en su día, esto hace que quieran deshacerse de su emoción y traten de evitar situaciones que las evoquen, lo cual usualmente genera frustración, ansiedad e intolerancia a la emoción y a situaciones disparadoras. Los usuarios son enseñados a observar su emoción y recordar las emociones y su intensidad durante el curso del día. Esto les permite ver qué ocurre todo el rango de emociones tanto negativas, positivas y neutras y que éstas al igual que las preocupaciones cambian y se disipan.

INTERVENCIÓN

“Muchas veces nos preocupamos porque las emociones que sentimos podrían durar para siempre o durar de una manera indefinida. Pero en general tus emociones son temporales, estas cambian momento a momento. ¿Te has dado cuenta que las emociones que has tenido en el pasado no las tienes ahora? ¿Has notado cómo tus emociones han cambiado mientras estamos hablando? ¿La intensidad de tu emoción se ha incrementado o ha disminuido? ¿Hay algo en específico que hayas pensado o hecho que esté relacionado con el cambio en tus emociones?”

TAREA:

- Completar un horario de actividades en el que se registren los pensamientos y sentimientos así como su intensidad. Esto ayuda al participante a darse cuenta de que los sentimientos cambian de acuerdo a las actividades, los pensamientos así como de otros factores ambientales (Utilizar Forma 11).
- Lista de ventajas y desventajas sobre pensar que las emociones son temporales (Utilizar Forma 12).

FORMA 11

HORARIO DE ACTIVIDADES, EMOCIONES Y PENSAMIENTOS.

Instrucciones: Nuestras emociones cambian dependiendo de lo que hacemos o pensamos. Haz un seguimiento de tus actividades, nota las emociones que tienes y la intensidad de la emoción y luego tus pensamientos y el grado en el que crees en esos pensamientos. Por ejemplo: puedes darle un puntaje a tu enojo del 90% cuando piensas “él está tratando de ridiculizarme” y puedes creer en este pensamiento en 80%. Si crees en el pensamiento “él está tratando de ridiculizarme” en un 20% por ejemplo cuando consideras otras alternativas para explicar el evento, podrías tener un grado menor enojo, quizás un 20%. Reflexiona: ¿hay alguna relación entre las actividades, pensamientos y emociones? ¿Esas emociones son temporales? ¿Incrementan o disminuyen su intensidad? ¿Qué le permite a tus emociones disminuir su intensidad?

Hora	Actividad	Emoción (0-100%)	Pensamientos (que tanto creo en ellos 0-100%)
7 am			
8			
9			
10			
11			
12			
1 pm			
2			
3			

4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12 am			

FORMA 12
COSTOS Y BENEFICIOS DE CREER QUE LAS EMOCIONES SON TEMPORALES

Instrucciones: Contesta las siguientes preguntas ¿Cuáles son los costos y beneficios de creer que una emoción es temporal? ¿Qué cambiaría si crees que los sentimientos no placenteros que has tenido solo fueron temporales?

Costos	Beneficios
¿Qué cambiaría si crees que los sentimientos no placenteros que has tenido solo fueron temporales?	

MÓDULO 2

ACEPTACIÓN

OBJETIVO: Disminuir la evitación emocional y favorecer la disposición a experimentar emociones de forma activa y consciente.

TÉCNICA

PRESENTAR EL CONCEPTO: ACEPTACIÓN DE LA EMOCIÓN.

Los usuarios tienen la creencia de que deben deshacerse de su emoción, debido a que tienen miedo de que la emoción los abrume, los incapacite o permanezca con ellos de forma indefinida. Los pensamientos que surgen para tratar de controlar la emoción hacen que la desregulación emocional sea mayor.

Aceptar una emoción no implica que se crea que la emoción es una buena o mala experiencia, se refiere al conocimiento de que es una experiencia que se tiene solo en el momento y qué generó una emoción. Aceptar no significa inacción o aceptación pasiva, si no reconocerla para facilitar sus decisiones acerca de lo que quiere y puede hacer para sentirse mejor.

INTERVENCIÓN

“A veces tenemos dificultades para aceptar que nos sentimos de determinada manera ¿Qué ventajas y desventajas hay si aceptas estos sentimientos? ¿Qué piensas que podría pasar si los aceptas? Si aceptas que te sientes de esta manera en este momento ¿podrías imaginarte también enfocándote en otras conductas, experiencias y relaciones que pudieran ser útiles?”.

EJERCICIO:

Forma 13.

FORMA 13

CÓMO ACEPTAR SENTIMIENTOS DIFÍCILES

Instrucciones: Ejemplos de cómo aceptamos nuestras emociones incluyen los siguientes: “No pelees con el sentimiento, permite que ocurra. Retrocede y obsérvalo. Imagina que ese sentimiento está flotando y tu estas flotando a lado de él. Observa cómo crece y disminuye, va y viene, momento a momento”. Observa si puedes establecer un límite para sentirte de la manera en que te sientes (por ejemplo, 10 minutos) y luego sigue adelante con algo más. Puedes incluso distraerte con otras cosas, haciendo actividades que te parezcan placenteras o entretenidas, dar un paso atrás, o simplemente observando que te sientes de esa manera, la emoción es una consecuencia, deja pasar la emoción para que puedas considerar mejores decisiones.

Pregúntate a ti mismo	Ejemplos
<p>¿Qué sentimiento es difícil de aceptar?</p> <p>¿Qué significa para ti aceptar que tuviste este sentimiento?</p> <p>¿Cuáles son las ventajas y desventajas de tener este sentimiento?</p> <p>Establece un límite de tiempo para enfocarte en ese sentimiento</p> <p>Desvía tu atención a otras actividades cosas alrededor de ti</p> <p>¿Hay cosas productivas, útiles o placenteras que hacer?</p> <p>Practica la atención plena.</p>	

TÉCNICA

UNA ESTANCIA SIN PREJUICIOS A TRAVÉS DE LA EMOCIÓN

Muchos usuarios con problemas de regulación emocional juzgan sus emociones de manera negativa. Estos prejuicios, pueden incitar a otras emociones o emociones secundarias, las emociones secundarias agravan la experiencia emocional y en ocasiones dificultan la identificación de emociones primarias. Además, las evaluaciones negativas de la emoción pueden promover la supresión y evitación de la emoción. Al asumir una estancia sin prejuicios sobre la emoción, los participantes ejercitan la aceptación de la experiencia emocional. Aceptar la experiencia emocional no significa condonar sentirse triste, sólo es el conocimiento de la tristeza. Aceptar la tristeza es el conocimiento de ésta sin prejuicios a medida en que surge.

INTERVENCIÓN:

“Cuando juzgamos nuestras emociones, generamos emociones adicionales o emociones secundarias. Por ejemplo, si me siento triste y juzgo mi tristeza como una debilidad, me puedo enojar conmigo mismo y ahora además sentirme avergonzado me siento enojado conmigo. Si juzgo mi enojo como peligroso, podría terminar sintiéndome temeroso. Ahora estoy sintiendo tristeza, vergüenza, enojo y miedo. Notas cómo cada uno de los juicios agrava la experiencia emocional. Si no juzgaras la experiencia emocional solo sentirías tristeza. No juzgar las emociones no significa que hay verlas de manera positiva; no es sentirse feliz de estar triste; es permitirte conocer la emoción.

El primer paso para practicar una permanencia sin prejuicios en la emoción es estar consciente de nuestra tendencia a juzgar emociones. Puedes notar que estás inclinado a juzgar algunas emociones más que otras. Cuando estés consciente de estos prejuicios, trata de dejarlos atrás, nota lo inútil del juicio. Puede convenir el uso de metáforas y analogías que vinculen la detección del prejuicio con valores e intereses del

participante, por ejemplo discrimina a esta emoción como *madrastra malvada, esclavista, jefe tiránico o maestro arbitrario, machista, etc.* ¿cómo actúan? ¿Cuáles son los problemas que generan? Esto permite una posición más natural para “proteger la emoción” del prejuicio.

Llevar al participante a ejemplificar cómo pueden dejar atrás los prejuicios, por ejemplo, “nota cómo estás usando un viejo hábito que te impide experimentar y comprender la emoción, reorienta tu atención a la curiosidad de tratar de reconocer, qué estoy sintiendo y por qué siento eso”.

TAREA:

-Practicar la estancia sin prejuicios a través de las emociones durante la semana, si esto parece una tarea demasiado amplia, en conjunto con el usuario se toma la decisión de enfocarse en ciertas emociones, particularmente problemáticas o bien enfocarse en no juzgar emociones en ciertos contextos. Instruir al paciente en el primer paso para realizar la tarea, darse cuenta de los prejuicios acerca de las emociones que se tienen (Utilizar Forma 14).

-Registro de prejuicios (importante pedirle que no juzgue sus prejuicios). Cuando se es consciente de los prejuicios que se tienen, se practica el dejarlos ir (como una ola, sin juicio).

Forma 14
PRACTICANDO UNA ESTANCIA EN LA EMOCIÓN SIN
PREJUCIOS

Instrucciones: Usa esta tabla para monitorear los prejuicios que tienes sobre las emociones y como esos prejuicios te afectan emocionalmente. Observa el ejemplo.

Emociones que juzgas.	Prejuicios.	Consecuencias de esos prejuicios.
<i>Tristeza</i>	<i>Es una debilidad. Soy un perdedor por sentirme de esta forma.</i>	<i>Enojo, vergüenza.</i>

TÉCNICA TOLERAR SENTIMIENTOS ENCONTRADOS

Tener sentimientos encontrados o ambivalencia es una manifestación emocional de incertidumbre, porque los individuos experimentan sentimientos que son potencialmente conflictivos acerca de otros, de experiencias o de sí mismos. Esta ambivalencia puede generar ansiedad y un sentimiento de confusión en los individuos que están buscando certeza emocional “¿Qué siento realmente?”. Es importante tomar en cuenta la intolerancia a la incertidumbre que en algunos trastornos como el TOC, es un detonador importante.

La técnica de aceptar sentimientos encontrados ayuda al participante a diferenciar los sentimientos viéndolos de una manera dialéctica, mientras incrementa el reconocimiento de esos sentimientos encontrados puede reflejar una mayor conciencia de la complejidad, verdad y realidad de sus emociones.

INTERVENCIÓN

Dar un contexto antes de realizarlas preguntas.

“¿Existen ventajas de aceptar estos sentimientos encontrados? ¿Hay desventajas? ¿No es la gente complicada y por ello los sentimientos encontrados pueden ser un simple reflejo de la complejidad de la naturaleza humana? ¿Otras personas tienen sentimientos encontrados? ¿Tienes sentimientos encontrados acerca de tus amigos o familiares? Si aceptas los sentimientos encontrados ¿te preocuparías o rumiarías menos?”.

TAREA:

El usuario hará una lista de ventajas y desventajas de aceptar los sentimientos encontrados y dará ejemplos de estos sentimientos (Utilizar Formas 15 y 16).

Forma 15

EJEMPLOS DE SENTIMIENTOS ENCONTRADOS

Instrucciones: Todos podemos tener muchos sentimientos diferentes acerca de la misma persona, lugar o cosa. Por ejemplo: podemos tener sentimientos encontrados acerca de nuestros padres, compañeros, amigos, experiencias, lugares que visitamos y cosas que hacemos. Es importante darse cuenta de que los sentimientos encontrados son normales y pueden ilustrar la habilidad de tener una experiencia más enriquecedora y compleja. En la siguiente forma, haz una lista de algunas personas, lugares, cosas o experiencias acerca de los que tienes sentimientos encontrados y luego escribe cuáles son esos sentimientos.

Personas, lugares, experiencias y cosas acerca de las cuales tengo sentimientos encontrados.	Variedad de sentimientos que tengo.

Forma 16
VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE ACEPTAR SENTIMIENTOS
ENCONTRADOS

Instrucciones: ¡Puedes tener sentimientos encontrados acerca de tener sentimientos encontrados! Eso también es normal. Haz una lista de las ventajas y desventajas de aceptar que tienes sentimientos encontrados.

Ventajas	Desventajas

TÉCNICA EXPERIMENTAR LA EMOCIÓN COMO UNA OLA.

Esta técnica es especialmente útil cuando una emoción surge para disminuir su intensidad en quienes creen y temen que éstas duraran indefinidamente y por eso deben detenerla o bloquearla en cuanto surgen. La técnica también sirve a quienes en contra parte tienden a amplificar o intensificar su experiencia emocional. En ambos casos la emoción se convierte en el problema central y ocupa esfuerzos considerables en estas estrategias de maximización y control. Es importante como terapeuta enseñar al participante que hay otras opciones: dar un paso atrás y experimentar la emoción como una ola es una opción con la que se puede estar fácilmente familiarizado. Esta técnica es esencialmente atención plena de la emoción actual. Al describir las emociones como olas el terapeuta comunica que las emociones son un fenómeno de tiempo limitado y que no durarán por siempre.

INTERVENCIÓN:

“Las emociones son como olas (dibujar una ola) alcanzan su máximo de intensidad y luego se desvanecen. Las emociones individuales duran segundos o minutos. Éstas pasan como una función de tiempo si no tratas de bloquearlas y en lugar de eso les permites que sigan su curso. Bloqueándolas lo único que se consigue es que persistan (dar ejemplo de cómo las bloquea). Daremos un paso atrás y las experimentarás como olas. No trates de apartarlas si son desagradables ni prolongarlas si se sienten bien, solo súbete a la ola. Cada ola dura de segundos a minutos, pero una emoción se auto-perpetúa. Si pienso en algo triste, voy a experimentar una ola de tristeza, esto puede predisponer a recordar otras cosas tristes lo que provocará otra ola de tristeza y así sucesivamente hasta que pasan y llegan otras diferentes”.

Explicar el papel de la emoción como una alerta que tiene una función, por ejemplo, decidir algo en mí, o simplemente me conecta con algo que

valoro; tratar de evitarla, intensificarla para explicar un acto impulsivo, controlarla a como dé lugar, o distraerme de ella, me obliga a mantener vigilada la emoción; les da aire, es como tratar de parar la olas en una cubeta agitándola para que se calmen, sólo genera más olas.

TAREA:

- Practicar la experiencia de emociones como una ola (Utilizar Forma 17).
- Instruir al participante en crear la oportunidad de practicar esta técnica para inducir emociones.

Forma 17

EXPERIMENTA TUS EMOCIONES COMO UNA OLA

Instrucciones: La siguiente es una guía para experimentar tus emociones como una ola. Una emoción alcanzará un pico en su intensidad y después va a disminuir.

Experimenta tus emociones como una ola.

Da un paso atrás y simplemente siéntelo.

Permite a la emoción incrementarse, sabiendo que va a disminuir.

No trates de pelear con ella o bloquearla.

No trates de aferrarte a ella.

Respira.

Deja de lado la lucha.

Relájate.

Súbete a la ola.

MÓDULO 3

CONTROL

OBJETIVO: Entender el papel del control en la forma en que se perpetúan las emociones. Y desarrollar estrategias que permitan el manejo y búsqueda activa de la emoción.

TÉCNICA

EXPLORAR EMOCIONES COMO METAS

En el modelo de esquemas emocionales, las creencias en torno a las emociones se convierten en metas en sí mismas, de este modo se reconoce el papel que tienen los esquemas cognitivos acerca de la persona en relación con sus emociones y permite a los individuos comprender las funciones que han tenido los esquemas que desarrollaron y lo llevan a la sensación de “quedarse atascado en un sentimiento”, esto permite que pueda tomar decisiones diferentes para modificar dichos esquemas.

Se puede elegir la emoción que se tiene como objetivo en un día, a menudo la más frecuente. Lo siguiente le puede ser útil al usuario para identificar las emociones como una meta:

- El reconocimiento de una elección “tu puedes elegir si quieres experimentar y enfocarte en la emoción actual o ver si hay alguna forma de obtener otra emoción”.
- El establecimiento de una emoción como meta “¿qué emoción te gustaría crear para ti mismo?”
- Activar recuerdos e imágenes (imaginar situaciones que evoquen cierta emoción como el uso de fotografías).
- Usar alguna actividad para hacer a la emoción real (uso de ejemplos, actividades de otros o del sujeto). Poner un ejemplo.

Esta técnica busca incrementar el rango de flexibilidad en las experiencias emocionales y ayudar al participante a darse cuenta de que no está “atascado” o “atrapado” en una emoción y que puede hacer algo eficaz acerca de esto.

TAREA:

Identificar alternativas de emociones más placenteras o gratificantes y hacer una lista (Utilizar Forma 18).

Hacer una lista de los pensamientos o actividades que pueden producir esa emoción (Utilizar Forma 19).

Forma 18
BUSCAR EMOCIONES POSITIVAS

Instrucciones: Hay muchas emociones positivas que puedes haber experimentado y continuar experimentando. Es importante integrar estas emociones en tu vida diaria. Observa esta lista de 10 emociones positivas y luego en la columna de la derecha escribe ejemplos de estas emociones que hayas tenido en el pasado o tengas actualmente. Trata de darle un seguimiento diario.

Emociones positivas	Recuerdo y ejemplos de estas emociones.
Alegría	
Gratitud	
Serenidad	
Interés	
Esperanza	
Orgullo	
Diversión/esparcimiento	
Inspiración	
Admiración	
Amor	

TÉCNICA INDUCIR UNA EMOCIÓN

La evitación emocional es problemática porque mantiene el miedo a la emoción. Es reforzada por la inmediata disminución del malestar a corto plazo lo que incrementa la probabilidad de evitar constantemente. Es por esto que los usuarios pueden estar comprometidos en superar la evitación emocional no obstante siguen enganchados en ella. La evitación emocional incluye conductas de escape, como la distracción, el uso de drogas prescritas o no, conductas de atracción u otras conductas impulsivas.

La inducción de emociones dentro y fuera de sesión brinda a los usuarios la oportunidad de experimentar emociones y practicar las técnicas de regulación emocional. Al encontrarse con sus emociones los pacientes tienen la oportunidad de obtener la información que necesitan para desafiar sus mitos emocionales y superar su miedo. Música, películas, fotografías y temas de conversación pueden ser utilizados para inducir una emoción.

INTERVENCIÓN

“Continuamente evitamos emociones fortaleciendo nuestro temor a éstas porque le damos sentido a la creencia de que no podríamos manejarla, entonces es mejor no sentirla, lo que la hace más amenazante. Cuando evitas una emoción puedes disminuir tu malestar rápidamente, aunque sea por poco tiempo, esta reducción del malestar hace que sea más probable que evites emociones en el futuro. En otras palabras, la evitación se fortalece.

Al evitar perdemos la oportunidad de evaluar nuestras creencias acerca de las emociones y aprender que podemos manejarlas. Una forma de romper el ciclo es encontrarse voluntariamente con la emoción, permanecer en ella, ver cómo es. Puedes esperar a que algo emocional suceda o puedes ser más proactivo y crear una experiencia emocional. Por ejemplo, escuchando música que te provoque alguna emoción y

experimental, puedes notar qué sientes en tu cuerpo, qué tan intensa es y observar cómo sube y baja”.

TAREA:

-Enseñar a los participantes a inducir una emoción y practicar el experimentar una emoción como una ola, hacer un registro sobre la inducción (Utilizar Forma 20).

Forma 20
REGISTRO DE INDUCCIÓN DE EMOCIONES

INSTRUCCIONES: Utiliza este formato para registrar tu experiencia de provocarte una emoción, respondiendo a las siguientes preguntas.

¿Qué utilizaste para provocarte la emoción?

¿Qué emoción experimentaste?

Intensidad de la emoción cuando comenzaste a experimentarla (0-100%):

Intensidad del pico de la emoción (1-100):

Tiempo que tarda en alcanzar su pico la emoción:

Tiempo que se toma el llegar a la línea base (momento inicial):

¿Qué aprendí de inducirme esta emoción?

TÉCNICA HACIENDO ESPACIO PARA LA EMOCION

Los usuarios piensan que sólo pueden elegir una emoción para sentir, creen que no pueden tener dos, lo que los lleva a tener una batalla con su experiencia emocional y sus intentos por suprimirla o adormecerla por ejemplo bebiendo o drogándose. Esta técnica le permitirá al terapeuta presentar la idea de ampliar el espacio para experimentar.

INTERVENCIÓN

“En ocasiones nos enfocamos demasiado en una emoción dolorosa, pero la emoción existe en un contexto de otras cosas en la vida. ¿Qué ventajas y desventajas hay en aceptar esa emoción por ahora, sin tratar de eliminarla? ¿Qué otras emociones o significados en tu vida pueden ser más grandes y más significativos para ti que el sentimientos que estás teniendo?”.

TAREA:

Formas 21 y 22.

Forma 21

SIGNIFICADOS ADICIONALES EN LA VIDA.

Instrucciones: Piensa en cosas en tu vida que te dan significado y propósito. Hay algunas sugerencias en la columna de la izquierda, pero puedes agregar más categorías o experiencias que puedan brindarle significado y propósito a tu vida. En la columna de en medio, escribe qué tan importante es cada una de esas para ti, de 0 (no es importante para mi) a 5 (es esencial); y en la columna de la derecha, escribe algunas cosas que puedes hacer, acciones, pensamientos, meditación o cualquier otra, para ayudarte a perseguir lo que es significativo. El objetivo es clarificar qué es importante y dirigirte través de esos propósitos en tu vida.

¿Qué le da significado y propósito en mi vida?	¿Qué tan importante es para mí?	Ejemplos de cosas que puedo hacer para conseguir esto
Amistad		
Ser mejor persona		
Ayudar a otros		
Ser competente en mi trabajo		
Avanzar en mi carrera		
Trabajar en equipo		
Tener calidad de vida		
Expresar mis ideas		
Tomar buenas decisiones		
Trabajar para lograr mis objetivos		
Aprender nuevas cosas y herramientas (estrategias)		

Forma 22
POSIBLES EMOCIONES QUE PUEDO TENER

Instrucciones: En la columna de la izquierda hay una lista de emociones positivas que podrías tener como objetivo. Elige cuáles de ellas te gustaría tener y luego escribe algunas ideas sobre qué podrías pensar o hacer para sentirte de esa forma. Por ejemplo, puedes sentirte enojado sobre alguna situación (un amigo te trató de mala manera, pero puedes imaginarte sintiendo amor por alguien más o curioso sobre alguna actividad diferente). Piensa en cómo tus emociones pueden cambiar o ser flexibles dependiendo de en qué elijas poner atención.

Tipo de emoción	¿Qué puedo pensar o hacer para tener esta emoción?
Felicidad	
Interés	
Emocionado	
Cuidado	
Cariño	
Perdón	
Aceptación	
Amor	
Sentirse amado	
Compasión	
Agradecimiento	
Orgullo	
Seguro	
Otras	

MÓDULO 4

CONEXIÓN CON VALORES

OBJETIVO: Emplear las emociones para clarificar valores y metas.

TÉCNICA

SUBIR LA ESCALERA DE UN MAYOR SIGNIFICADO

Las emociones le dan significado a nuestras experiencias. Las emociones dolorosas reflejan los eventos que nos importan y dan evidencia del significado y valores que sustentan nuestra existencia. La analogía de subir una escalera le permite al participante encontrar un significado más alto, el reconocimiento de que él quiere preservar o respetar en la emoción dolorosa un valor importante, permite que note su decisión al respecto de la emoción que experimenta en el momento, es la manera de acceder a los valores más altos que pueden hacer que valga la pena soportar las dificultades.

INTERVENCIÓN

“Con frecuencia nos frustramos porque nuestras necesidades y valores no se logran. Cuando te pasan cosas como (mencionar ejemplos del participante) en ese momento te sientes de esta manera, pero ¿qué pasaría si tu necesidad estuviera resuelta? ¿Estarías mejor? ¿Esto qué podría significar? Por ejemplo: si te sientes mal porque has terminado una relación de pareja ¿Esto implica que es algo importante para ti? ¿Qué valor hay de por medio? Si tú aspiras a ciertos valores, ¿esto no significaría que podrías decepcionarte en algún momento? ¿Te gustaría ser un cínico, alguien que no valore nada? ¿Hay otras personas que comparten tus valores más altos? ¿Qué consejos les darías a ellos si se encontraran en una situación como la que tú estás atravesando?”.

TAREA:

-Hacer una lista de los valores más altos a los que se aspiran. Luego identificar la tristeza, ansiedad, estrés, enojo u otras emociones difíciles que esté experimentando y examinar cómo podían estar relacionadas con los valores (Utilizar Forma 23).

*Si el participante no identifica la relación entre las emociones y sus valores, examinar qué conductas podrían ayudarlo a lograr experimentarlos.

Forma 23
UNA RELACIÓN CON VALORES MÁS ALTOS

Instrucciones: En ocasiones nos sentimos tristes, ansiosos o enojados porque estamos perdiendo algo que es importante para nosotros. Escribe tus respuestas a cada una de las siguientes preguntas.

Preguntas para ti mismo acerca de tus valores	Respuesta
La emoción que estás sintiendo ¿no significa que tienes ciertos valores que son importantes para ti? ¿Cuál es ese valor y qué es lo que significa para ti?	
Este valor ¿dice algo bueno sobre ti?	
Si aspiras a ciertos valores ¿Esto no implica que estás decepcionado algunas veces?	
¿Te gustaría ser un cínico, al que no le importe nada? ¿Cómo te gustaría que fuera tu vida?	
¿Hay algunas experiencias valiosas que tienes debido a estos valores?	
¿Hay otras personas que comparten los mismos valores que tú?	
¿Qué consejo les darías si ellos estuvieran viviendo lo que tú estás pasando?	

MÓDULO 5 VALIDACIÓN

La regulación emocional se afecta por la percepción del usuario de si es validado o no y sus creencias sobre la validación.

OBJETIVO: Brindar al usuario estrategias que le permitan validarse a sí mismo, así como conseguir la validación de otros, además de desarrollar respuestas más adaptativas ante la invalidación.

TÉCNICA RESISTENCIA A LA VALIDACIÓN

La validación es un proceso transteórico y transdiagnóstico que puede ser relevante en una gran variedad de trastornos.

Leahy propone que el incumplimiento o la resistencia en terapia en ocasiones puede ser resultado de las creencias sobre la falla en la obtención de validación y la activación de estrategias problemáticas en la búsqueda de la misma. Esta técnica sirve para obtener información para examinar los problemas que tienen los pacientes para obtener validación.

INTERVENCIÓN

“Sentirse validado (que alguien más entiende y le importa) es parte importante de la terapia y de la vida en general. ¿Hay ocasiones en las que NO te has sentido validado por mí (terapeuta)? ¿Podrías darme ejemplos? ¿Hay ocasiones en las que SÍ te has sentido validado por mí? ¿Podrías decirme algunos ejemplos? ¿Podrías decirme qué es importante para que te sientas validado? Cuando no te sientes validado ¿Qué haces?”

Explorar ejemplos de estrategias problemáticas (ej. intensificación, quejarse, repetición o conducta de autolesión)

TAREA:

- Monitorear ejemplos de validación y de no validación.
- Hacer una lista de ejemplos sobre qué conductas se realizan cuando no se siente validado.
- Enlistar ejemplos específicos sobre cómo responder de manera exitosa cuando no son validados (Utilizar Forma 24).

TÉCNICA

EXAMINAR EL SIGNIFICADO DE LA INVALIDACIÓN.

Las experiencias de invalidación pueden ser examinadas, se buscan los pensamientos y sentimientos subyacentes a no sentirse validado, lo que lleva a conocer los esquemas generales que el paciente tiene sobre sí mismo y sobre otros, por ejemplo “mis sentimientos no son importantes” o “está mal que me sienta así”. Al expandir la discusión sobre la invalidación el usuario se irá sintiendo más validado, se dará cuenta de que el terapeuta entiende por qué no se siente entendido y juntos irán explorando el significado y las consecuencias de esta percepción.

INTERVENCIÓN

“Cuando nos sentimos invalidados, esto tiene un significado especial para nosotros. Algunas veces podemos aceptarlo y pensar que otras personas no son perfectas, quizás tengan otras cosas en la mente o quizás ellos no tengan la suficiente información para entendernos. Pero en otros momentos podemos pensar que a ellos no les importa, que no nos están entendiendo (que es una señal de lo inapropiado que somos) o que quizás nos están criticando. Vamos a ver qué es lo que significa para ti el que no te sientas validado y cómo te hace sentir eso”.

TAREA:

Hacer una lista de sus creencias sobre lo que significa la validación, cuáles son sus requerimientos para sentirse validado (Utilizar Forma 25).

Analizar los pensamientos automáticos que se tienen y las ventajas y desventajas de éstos (REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA).

Forma 25

MIS CREENCIAS SOBRE LA VALIDACIÓN

Instrucciones: En la tabla se muestran ciertas creencias que podrías tener al respecto de la validación, escribe qué tan de acuerdo estás con ellas. Posteriormente vamos a identificar las creencias que tú tienes, toma el primer sentimiento acerca de qué significa para ti el que alguien no te valide. Ahora, pregúntate a ti mismo, "Si esto fuera verdad, me molesta porque podría significar... ¿Qué?

En los espacios en blanco escribe tus creencias respecto a la validación así como el porcentaje de acuerdo que tienes en cada una de ellas.

Creencias acerca de la validación	Acuerdo con la creencia (0-100%)
Quiero que los demás estén de acuerdo conmigo.	
Si los demás me ofrecen algún consejo, ellos están dejando de lado mis sentimientos.	
A menos de que hayas pasado por lo que yo estoy atravesando, no puedes entenderme realmente.	
Mientras los demás hagan el esfuerzo de entenderme, lo aprecio.	
Es peligroso confiarles a los demás tus sentimientos. Ellos pueden burlarse de ti o criticarte.	
Otros ejemplos.	

Escribe ventajas y desventajas de tener esos pensamientos.

Pregúntate: ¿Qué pueden hacer los otros para validarme?

TÉCNICA

SUPERANDO LA INVALIDACIÓN DE SÍ MISMO

Algunas personas se invalidan así mismas y perjudican su “derecho a tener sentimientos”. Esto hace que la sensación de culpa o vergüenza por sus emociones se haga más duradera, y aumenta la sensación de que las emociones no tienen sentido, que no se puede hacer algo para calmar la emoción y que no se pueden expresar las emociones y recibir validación. Lo que resulta en renuencia para hablar de sus necesidades, ven las necesidades como debilidades, disculpándose por éstas, o desarrollan estrategias de disociación, es decir, hacen una separación entre ellos como individuos y sus necesidades como la intelectualización; también pueden intentar bajar sus expectativas.

Si en el transcurso de las sesiones o en la evaluación, no se detectó la presencia del problema, habrá reportar que el usuario tiene la habilidad para contender adaptativamente con eso (documentar que tiene claro por qué son importantes sus emociones y su habilidad para validarse).

INTERVENCIÓN

Las preguntas se enfocan en la desconexión entre el sufrimiento del paciente y la presentación de su problema. Ej. “Parece que tienes muchas cosas por las que te sientes {emoción}, pero no pareces expresar muchos sentimientos cuando hablas de eso” o “parece que minimizas tu sentimiento cuando hablas de eso” “¿Por qué sería así? Otras preguntas específicas pueden ser Parece que en ocasiones niegas o minimizas tu derecho a sentir emociones diciendo: {ejemplo} “¿Por qué crees que invalidas o minimizas tus sentimientos?” “¿Cuáles son las ventajas de minimizarlas?” “¿Dónde aprendiste que tus sentimientos no importan?”

TAREA:

-Identificar ejemplos de cómo ellos minimizan sus necesidades o se invalidan a sí mismos (situaciones en las que hayan llevado a cabo esto y las ventajas y desventajas de haberlo hecho) (Utilizar Forma 26).

REFLEXIONAR: ¿Qué necesidades minimizo? ¿Por qué? ¿Qué cosas haces para minimizar las emociones? ¿Minimizarías los sentimientos de un amigo? ¿Por qué? ¿Qué cosas le dirías para validarlo?

Forma 26

EJEMPLOS DE CÓMO MINIMIZO MIS NECESIDADES.

Instrucciones: En ocasiones actuamos como si nuestras necesidades y sentimientos no fueran realmente importantes. En la columna de la izquierda, identifica formas en las que tú minimizas tus necesidades mientras que en la columna derecha da algunos ejemplos de esto. Piensa en las consecuencias de minimizar tus necesidades. ¿Minimizarías las necesidades o el sufrimiento de un amigo? ¿Por qué no? ¿Consideras que esto puede invalidarlo? ¿Qué cosas que puedan validarlo le dirías? ¿Hay alguna razón por la que no te dices esas cosas a ti mismo en lugar de minimizar tus necesidades?

Cómo minimizo mis necesidades	Ejemplos
Es un signo de debilidad sentir que necesitas sentirte entendido y el apoyo de otros	
Estoy demasiado necesitado.	
No me gusta hablar sobre mis necesidades.	
Espero demasiado de la vida.	
Sólo debo aceptar las cosas como son porque nunca voy a satisfacer mis necesidades.	
Parece que elijo gente que me trata mal.	
En ocasiones trato de actuar como una persona superficial.	

Es más importante hacer sentir bien a los demás que satisfacer mis necesidades.	
En realidad no sé qué es lo que necesito.	
En ocasiones bebo o como en exceso, uso drogas o hago otras cosas para entumecerme emocionalmente.	
Otros.	

En ocasiones nos sentimos mejor cuando alguien más valida nuestros sentimientos y cuando muestran que entienden y que les importa. A esto le llamamos “validación compasiva”, es el tipo de validación que un buen amigo o alguien que realmente está interesado puede darte. ¿Has experimentado este tipo de cercanía e interés de alguien? ¿Qué pasaría si fueras un amigo compasivo contigo mismo? Ahora, cuando te sientas triste ¿puedes voltear y validarte a ti mismo, diciendo que entiendes y que te importa, darte a ti mismo ese tipo de calidez y soporte emocional?

TÉCNICA AUTOVALIDACIÓN COMPASIVA.

Existen estudios que muestran que la percepción de empatía y compasión en terapia es un fuerte predictor de mejora. Esta técnica le da al usuario la oportunidad de validar su propia emoción, le da la sensación de soporte emocional y autocuidado con lo que puede calmarse, apoyarse y reducir sus tendencias de auto-desprecio.

INTERVENCIÓN

“En ocasiones nos sentimos mejor cuando alguien más valida nuestros sentimientos y cuando muestran que entienden y que les importa. A esto le llamamos “validación compasiva”, es el tipo de compasión que un buen amigo o alguien que realmente está interesado puede darte. ¿Has experimentado este tipo de cercanía e interés de alguien? ¿Qué pasaría si fueras un amigo compasivo contigo mismo? Ahora, cuando te sientas triste ¿puedes voltear y validarte a ti mismo, diciendo que entiendes y que te importa, darte a ti mismo ese tipo de calidez y soporte emocional?

TAREA:

Practicar la autovalidación compasiva (Forma 27).

TÉCNICA IDENTIFICANDO RESPUESTAS PROBLEMÁTICAS A LA INVALIDACIÓN

Algunos usuarios emplean estilos autodestructivos para pedir validación como la rumiación, catastrofización o bien distanciamiento. Estas estrategias son resultado de un aprendizaje, el problema con éstas es que frecuentemente genera que los demás se distancien y por lo tanto más invalidación. Ayudar a los participantes a que identifiquen estas estrategias problemáticas, puede disminuir los eventos negativos en su vida y reconocer el papel que tienen en éstos.

INTERVENCIÓN:

“Hay muchas veces en las que pensamos que los demás no nos entienden, que no estamos siendo escuchados o siendo validados. Esto podría llegar a perturbarnos y hacer que nos sintamos enojados, tristes, ansiosos o solos. Cuando no te sientes validado puedes responder de diferentes maneras como por ejemplo, alejarte o volverte hostil o quizás criticar a otros. Podrías tratar de hacer otras cosas. Sería muy útil que examinaras qué haces o qué dices cuando te sientes invalidado y ver si esas respuestas están funcionando para ti”.

TAREA:

Monitorear sus respuestas físicas o verbales durante la semana cuando no se sienten validados, analizar las ventajas y desventajas de estas respuestas (Utilizar Forma 28).

Forma 28

FORMAS PROBLEMÁTICAS DE HACER QUE LA GENTE ME RESPONDA

Instrucciones: Sé honesto contigo mismo e indica cualquiera de estas conductas que hayas utilizado. Da ejemplos específicos.

Conducta problemática	Ejemplos
Quejarse una y otra vez	
Alzar mi tono de voz	
Gritar	
Criticar a otras personas porque no te entienden	
Hacer pucheros	
Aventar cosas	
Hacer que las cosas suenen como si algo terrible estuviera pasándome	
Amenazar o lastimarme a mí mismo	
Amenazar con dejar	
Repetírmelo a mí mismo una y otra vez	
Otras	

Ahora piensa en las consecuencias de usar estas estrategias como respuesta a sentirte invalidado. ¿Esta conducta de va ayudar? Quizás haya otras alternativas que podrías considerar.

TÉCNICA

DESARROLLAR ESTRATEGIAS MAS ADAPTATIVAS PARA MANEJAR LA INVALIDACIÓN.

Los participantes que se sienten invalidados utilizan varias estrategias desadaptativas para buscar la validación, incluyendo la rumiación, quejarse mucho, aumentando la intensidad de su emoción. Respecto a su interacción se observan conductas como castigar a otros, chantaje emocional, desquite o causándose algún daño como hablar mal de ellos. Dado que los participantes que no se autorregulan emocionalmente en algún momento se van a sentir invalidados, es importante que desarrollen estrategias adaptativas que les permitan manejar la invalidación.

INTERVENCIÓN.

“Cuando te sientes invalidado, esto provoca ciertos pensamientos y emociones, y puedes responder a esto de diferentes formas que pueden ser útiles o bien poco útiles. Vamos a ver qué es lo que podrías hacer que te sea útil, entendiendo por útil que tus emociones se calmen y tus necesidades se resuelvan, aunque tú no te sientas validado”.

TAREA:

Hacer una lista de las técnicas que podría utilizar cuando no se sienta validado (Utilizar Forma 29).

Forma 29

¿QUÉ PUEDO HACER CUANDO NO ME SIENTO VALIDADO?

Instrucciones: En la tabla de abajo hay una lista de ciertas cosas que puedes hacer cuando te sientas invalidado.

Alternativas de validación	Ejemplos
Puedo aceptar que los otros son imperfectos.	
Puedo reconocer que hay muchas maneras en las que los demás pueden brindarme su apoyo.	
Puedo enfocarme en resolver algunos de mis problemas.	
Puedo encontrar formas de calmarme a mí mismo en este momento.	
Puedo distraerme con otras actividades y metas.	
Puedo desafiar la idea de que sentirme invalidado es terrible.	
Otras.	

TÉCNICA COMO AYUDAR A OTROS A VALIDARTE

Los participantes que tienen problemas con la validación, piensan que otros deben saber la fórmula para validarlos. Tienen distorsiones cognitivas como personalizar, leer la mente, “deberías” o catastrofización, por ejemplo “si me quisieras, sabrías lo que me molestó esto los lleva a no reconocer que otros necesitan alguna guía para poder validarlos. Ayudar a otros para ayudarse a sí mismos.

INTERVENCIÓN.

“Pareciera que muchas veces estás esperando que los demás sepan cómo te sientes y cómo pueden hacer que te sientas entendido y validado. Quizás esto puede ser poco realista pues en ocasiones los demás no saben cómo nos sentimos o lo que necesitamos. Las buenas noticias son que puedes ayudarlos a ayudarte, es como pensarlo como una resolución de problemas mutua, es decir, ambos van a contribuir a la solución. Expresar qué es lo que necesitas, puede mejorar la manera en que te validan”.

Forma 30
COSAS ADAPTATIVAS PARA DECIR O HACER CUANDO TE SIENTAS INVALIDADO.

Instrucciones: Algunas sugerencias de acciones adaptativas que hacer o decir son presentadas en la tabla siguiente. Agrega algunas otras que hayas dicho o hecho que te han ayudado a obtener validación y menciona algunos ejemplos.

Cosas útiles para decir o hacer cuando no me siento validado o entendido.	Ejemplos.
Creo que no estoy siendo muy claro. Lo que estoy tratando de decir es:	
Realmente aprecio el esfuerzo que estás haciendo por entenderme, voy a pensar en lo que me dices.	
Podrías decirme lo que entendiste de lo que dije y así puedo descubrir si estoy siendo claro en lo que digo.	
Sentiría que me entiendes mejor si me escuchas.	
Gracias por tomarte el tiempo de preocuparte y escucharme.	
Tu apoyo significa mucho para mí.	
Otros ejemplos	

TÉCNICA

CONSTRUIR MEJORES AMISTADES

Uno de los predictores de periodos depresivos son los estilos de interacción problemáticos, los usuarios con dificultades en la validación y en la auto-regulación emocional frecuentemente tienen dificultades en las relaciones interpersonales. Ellos se quejan, demandan, castigan a otros y muestran poca gratitud por la ayuda que obtienen. En consecuencia, sus estilos de interacción resultan en un mayor rechazo, seguida de enojo depresión y desesperanza. Entonces la desregulación emocional puede ser en parte resultado de estrategias de interacción problemáticas cuando se busca apoyo social.

INTERVENCIÓN

“Muchas veces, cuando se está angustiado podemos fallar al reconocer el impacto que tenemos en otras personas. Es importante conseguir apoyo pero también es importante darlo. Así como necesitamos a nuestros amigos ellos necesitan de nosotros. Hemos examinado algunas formas de pedir validación, usando solución de problemas mutua y cambiando algunas de las reglas que tienes para sentirte validado. Vamos a revisar cómo se puede favorecer mejor apoyo de nuestras amistades. Esto requiere que observes con cuidado si en algunas ocasiones te has comportado como “bajoneador” por ejemplo, el que todo critica o parece enojado cuando todos los demás están bien, tal vez estés esperando que al hacerlo te validen y te ayuden, pero si en lugar de eso se molestan contigo y te aíslan, el resultado para ti sea más enojo, tristeza, irritación, etc. Quizás no te has dado cuenta de que también es importante acortar las quejas cuando algo nos sucede, mantenerlas en su dimensión y lugar, hacerles saber que necesitas apoyo y lo que te agrada de sus amigos, por algo quieres confiar en ellos. Facilita que te den su opinión, hazte cargo de plantear también soluciones para que ellos puedan darte su punto de vista sin que tengan que sentirse responsables por tus decisiones. También es importante mostrarles tu

agradecimiento por escucharte y hacerles saber que han hecho un buen trabajo (valida al validador)".

TAREA:

Preguntar al usuario por ejemplos de situaciones en los que se haya sentido validado: ¿Hay personas que validen y entiendan tus sentimientos? ¿Tienes reglas arbitrarias para la validación? ¿Las personas tienen que estar de acuerdo contigo en todo lo que dices? ¿Compartes tus emociones con personas que suelen criticarlas? ¿Aceptas y les das apoyo a otras personas que tengan esos sentimientos? ¿Tienes estándares diferentes? ¿Por qué?

Utilizar Forma 31

Forma 31
CÓMO SER MÁS GRATIFICANTE Y OBTENER APOYO DE TUS AMIGOS

Instrucciones: En función de resolver tus necesidades, es importante hacer tus relaciones mutuamente gratificantes. Piensa en formas en las cuales puedes gratificar a tus amigos, ayudándolos a entenderte, fortaleciendo sus lazos uno y otro y haciendo más grande tu red de apoyo. Diez estrategias están en la tabla que sigue, en la columna de la derecha da algunos ejemplos de cómo puedes incorporar estas estrategias en tu vida diaria.

Cómo ser más gratificante con tus amigos y obtener su apoyo.	Ejemplos.
1. ¿Estás actuando como “bajoneador”? ¿Cómo podrías actuar para no serlo?	
2. Necesito que mis amigos entiendan ¿estoy en una “trampa de validación” exigiendo validación? - Buscar validación exponiendo información delicada en fuentes poco conocidas o confiables. - Generación de conflicto ante la frustración. -Consolidación de la emoción y el esquema desadaptativo. ¿Cómo podrías evitar tener estas conductas?	
3. Aprende cómo pedir ayuda.	
4. Cuando busques validación, ten en cuenta a quién se la pides.	

5. Valida al validador.	
6. Habla de lo positivo, cosas que estés haciendo que puedan ayudar.	
7. Si describes un problema, describe una solución.	
8. No suenes como tu peor enemigo.	
9. Inicia el contacto con algo positivo, con comentarios o actividades positivas.	
10. Respeta la recomendación.	

SESIÓN DE CIERRE Y PREVENCIÓN DE RECAIDAS.

En la última sesión se llevará a cabo el cierre, así como un resumen de los módulos que se vieron durante el tratamiento. Se elaborará un ejercicio de planeación que tiene como objetivo que el usuario plantee estrategias (empleando lo aprendido) para manejar de manera diferente situaciones que considere como un obstáculo que podrían presentarse en un futuro.

INTERVENCIÓN.

“Ésta será la última sesión del tratamiento y lo primero que vamos a hacer es un resumen de cada uno de los módulos que se abordaron. Al principio de las sesiones abordamos las emociones y los esquemas emocionales que tienes, los identificamos y con base a evidencia e información sobre el tema, lograste tener una visión más positiva de éstas, aprendiste que se tratan de un fenómeno completamente normal en todos los seres humanos, además de observar la importancia que tiene para la regulación emocional identificar y nombrar las emociones que sentimos, luego, nos enfocamos en la aceptación de la emoción, favoreciendo tu disposición a experimentar emociones de forma activa y consciente, logrando con ello disminuir la evitación emocional que presentabas. Al saber que las emociones son un fenómeno natural, realizamos ejercicios que te permitieron manejar y contener tus emociones, otro punto importante es que lograste ver que las emociones que sientes te sirven para identificar lo que es importante para ti, es decir, pudiste conectarlas con tus valores y metas y por último, aprendiste formas de validarte a ti mismo, así como estrategias para obtener la validación de personas a tu alrededor y en dado caso de no obtener dicha validación emplear estrategias que te permitieran reaccionar de forma más adaptativa ante este hecho.”

EJERCICIO.

Utilizar Forma 32.

Plantear preguntas de exploración sobre lo que le ha servido más y las situaciones difíciles que podría enfrentar en un futuro que requieran de su uso.

Forma 32
CIERRE Y PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

INSTRUCCIONES: Utilizando lo que aprendiste a lo largo de este tiempo y apoyándote de las ideas que se te presentan a continuación, a manera de resumen de lo abordado en cada uno de los módulos, escribe qué estrategias utilizarías en una situación que pudiera surgir en un futuro y que consideres como un obstáculo, es decir, que interfieran en tu bienestar.

MÓDULOS:

1.- NOMBRAR Y NORMALIZAR EMOCIONES: Identificar y etiquetar emociones, verlas como parte de la naturaleza humana.

2.- ACEPTACIÓN: Estar dispuesto a experimentar emociones de forma activa y consciente.

3.-CONTROL: Entender la manera en que se manejan y contienen las emociones.

4.- CONECCIÓN CON VALORES: Las emociones nos ayudan a darnos cuenta de lo que es importante para nosotros.

5.- VALIDACIÓN: Puedo validarme a mí mismo, así como conseguir la validación de otros, en caso de no obtenerla puedo reaccionar de formas más adaptativas e incluso fortalecer mis amistades.

Situación (obstáculo)	¿Cómo podría reaccionar? (estrategias)