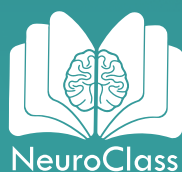


TÉCNICAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

en trastornos del estado de ánimo



TÉCNICAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

en trastornos del estado de ánimo

Este documento es un resumen que recoge los
apuntes y contenidos académicos del curso *online*
Técnicas de Regulación Emocional en Trastornos del Estado de Ánimo.

Disertante:

Mag. Lic. Elena Flores García

Objetivos:

1. Identificar los principales modelos explicativos de la regulación emocional y su relevancia en el abordaje de los trastornos del estado de ánimo.
2. Aprender a utilizar instrumentos y estrategias clínicas para valorar el perfil emocional de pacientes con depresión y trastorno bipolar.
3. Entrenar el uso de intervenciones específicas de la TCC, la DBT, ACT y *mindfulness* adaptadas a distintas fases y expresiones sintomatológicas.
4. Potenciar herramientas terapéuticas para trabajar las emociones en el contexto de las relaciones personales y sociales del paciente.
5. Capacitar para seleccionar, adaptar y combinar técnicas de regulación emocional en función del perfil clínico y las necesidades individuales de cada caso.

Disertante:



Elena Flores, PhD(c)

Graduada en Psicología por la Universidad de Salamanca (USAL), en Salamanca, España. *Máster Universitario en Neuropsicología* por la USAL. *Máster en Psicología Clínica y de la Salud* y *Máster en Psicoterapia Cognitivo Conductual* por el Instituto Superior de Estudios Psicológicos (ISEP), en Madrid, España. *Grado de experto en docencia de la Neuroeducación e inteligencia emocional en la primera infancia* por la Universidad Nebrija, en Madrid, España. En *grado de psicología general sanitaria* por la Universidad de la Rioja (UNIR), en España. Candidata a Doctorado en la USAL. Cofundadora de NeuroClass y ponente en diversos cursos.

Índice

MÓDULO I

Fundamentos de la regulación emocional1

1.1. ¿Qué es la regulación emocional?2

1.1.1. La regulación emocional como función de integración neuropsicológica y narrativa3

1.2. Modelos teóricos relevantes [Gross, Thompson, Linehan, etc.]3

1.3. Dificultades comunes en los trastornos del estado de ánimo5

1.3.1. Regulación emocional y aprendizaje emocional5

1.4. Evaluación de habilidades de regulación emocional6

MÓDULO II

Regulación emocional en la depresión8

2.1. Perfil emocional de la depresión: anhedonia, rumiación, desesperanza9

2.2. Técnicas de activación conductual10

2.3. Reestructuración cognitiva centrada en el estado de ánimo10

2.4. Intervención en autocrítica y autoimagen15

Ejercicio16

MÓDULO III

Regulación emocional en el trastorno bipolar17

3.1. Identificación de fases y estados emocionales18

3.2. Técnicas de regulación en la manía e hipomanía19

Ejercicio19

3.3. Estrategias en fases depresivas del trastorno bipolar20

3.4. Psicoeducación emocional y regulación de ritmos vitales21

MÓDULO IV

Terapia Dialéctico-Conductual (DBT): El módulo de regulación emocional ...22

4.1. Principios dialécticos y validación emocional	23
4.1.1. Validación emocional y autorregulación: Una intervención con efectos neurobiológicos	23
4.2. Conciencia emocional y etiquetado de emociones	24
4.3. Reducción de vulnerabilidad emocional	25
4.4. Construcción de emociones positivas	26

MÓDULO V

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y *Mindfulness*27

5.1. Evitación experiencial y sus consecuencias clínicas	28
5.2. Aceptación emocional y contacto con el momento presente	29
5.2.1 Aceptación y anclaje en lo sensorial	29
5.3. Defusión cognitiva: Técnicas y ejemplos	29
5.4. Valores personales como guía reguladora	31
Diálogo módulo 5	31

MÓDULO VI

Regulación emocional desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)34

6.1. Identificación de pensamientos automáticos negativos	35
6.2. Reestructuración cognitiva aplicada a emociones intensas	36
6.3. Exposición emocional y prevención de evitación	38
6.4. Entrenamiento en solución de problemas	38

MÓDULO VII

Regulación emocional interpersonal41

7.1. El papel del entorno social en la regulación emocional	42
7.2. Detección de patrones relacionales disfuncionales	42
7.3. Asertividad emocional y establecimiento de límites	43
7.4. Regulación emocional en conflictos interpersonales	44
7.4.1. Regulación emocional anticipatoria: intervenir antes del punto de quiebre	44

7.5. Memoria emocional y reactividad interpersonal	45
7.6. Reestructuración emocional del diálogo interno en la relación con el otro	45

MÓDULO VIII

Integración clínica y aplicación práctica47

8.1. Selección y adaptación de técnicas según el perfil del paciente	48
8.2. Diseño de planes de intervención personalizados	48
8.3. Prevención de recaídas y sostenibilidad del cambio emocional	49
8.4. Supervisión de casos y análisis reflexivo de la práctica clínica	50
8.4.1. Supervisión emocional del terapeuta: regulando desde quien interviene	51

MÓDULO IX

Casos prácticos53

Caso Marta	54
Caso Laura	55
Caso David	57

Referencias bibliográficas59

MÓDULO IX	
Casos prácticos	52
Caso Marcos	53
Evolución del caso: Diagnóstico inicial erróneo y cronificación del miedo	53
Caso Clara	54
Diálogo consulta Clara	55
Referencias bibliográficas	56

Introducción

La regulación emocional es un proceso esencial en la salud mental, especialmente relevante en el contexto de los trastornos del estado de ánimo. Su adecuada comprensión e intervención permite no solo reducir el malestar emocional, sino también promover un funcionamiento más estable, flexible y coherente con los valores personales.

Este curso se articula en torno a la necesidad de dotar a los profesionales de herramientas conceptuales y clínicas para abordar las dificultades emocionales que acompañan a los trastornos del estado de ánimo. Lejos de entender las emociones como síntomas a eliminar, se propone una mirada que las integra como elementos clave en el proceso terapéutico y en la recuperación del equilibrio psicológico.

En un contexto clínico cada vez más complejo, el desarrollo de competencias específicas en regulación emocional representa un componente imprescindible para una intervención rigurosa, eficaz y humana.

MÓDULO I

Fundamentos de la regulación emocional

En este módulo exploraremos qué es la regulación emocional, cómo se diferencian sus formas explícita e implícita, y qué redes cerebrales están implicadas. Revisaremos modelos clave como los de Gross, Thompson, Linehan y Greenberg, y abordaremos también los factores culturales, éticos y relacionales que influyen en cómo aprendemos a gestionar nuestras emociones. Prepárate para descubrir una mirada profunda, integradora y práctica sobre uno de los procesos más centrales en la salud mental. ¡Empezamos!

1.1. ¿Qué es la regulación emocional?

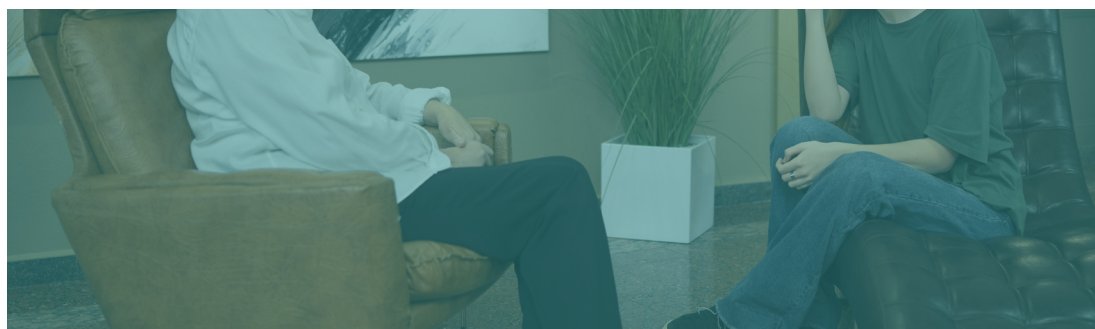
La regulación emocional no puede reducirse a *controlar las emociones* ni a inhibir su expresión. Se trata de un proceso multifacético y dinámico que implica la modulación —no necesariamente la disminución— de la experiencia, la expresión y el impacto fisiológico de las emociones, con el objetivo de facilitar el funcionamiento adaptativo en distintos contextos.

Según Gross [2015], la regulación emocional puede operar en distintas fases del proceso emocional: desde la selección de la situación, la modificación del entorno, el despliegue de la atención, hasta la evaluación cognitiva y la modulación de la respuesta. Este enfoque da cuenta de que regular emociones no siempre implica intervenir después de que surgen, también antes, mediante estrategias proactivas.

Más allá del modelo de Gross, se ha propuesto entender la regulación emocional como un **constructo de segundo orden**, es decir, como una competencia metacognitiva que se apoya en funciones ejecutivas, teoría de la mente y esquemas de aprendizaje emocional previos. Es clave distinguir entre:

- **Regulación emocional explícita** [controlada, consciente, dependiente del lóbulo prefrontal dorsolateral, entre otros]
- **Regulación emocional implícita** [automática, rápida, con fuerte implicación del córtex ventromedial y estructuras subcorticales como la amígdala, entre otros]

Actualmente, se reconoce que la regulación emocional está mediada por la interacción entre *sistemas top-down* y *bottom-up*, por lo que no se trata de *sujetar* la emoción, sino de reconfigurarla internamente mediante procesos como la resignificación, la aceptación o la expresión congruente.



1.1.1. La regulación emocional como función de integración neuropsicológica y narrativa

Una dimensión poco explorada pero muy relevante es la **integración emocional-narrativa**. Desde perspectivas como la neuropsicología afectiva y la terapia basada en la mentalización, se plantea que regular emociones implica también **dotarlas de sentido autobiográfico**. Es decir, la regulación emocional no solo modula la intensidad de una emoción, sino que permite **insertarla en una secuencia coherente de experiencia personal** (White & Epston, 1990).

1.2. Modelos teóricos relevantes (Gross, Thompson, Linehan, etc.)

Modelo modal de James Gross (1998, 2015):

Uno de los marcos más influyentes. Propone cinco puntos de intervención a lo largo del ciclo emocional:

1. Selección de la situación
2. Modificación de la situación
3. Despliegue atencional
4. Cambio cognitivo (reappraisal)
5. Modulación de la respuesta

Este modelo ha permitido distinguir entre estrategias adaptativas (como la reestructuración cognitiva) y desadaptativas (como la supresión emocional), y ha tenido alto impacto en investigación neurocientífica y clínica.

Modelo de Thompson (1994):

Ofrece una definición más inclusiva, entendiendo la regulación emocional como un conjunto de procesos intrínsecos y extrínsecos, conscientes e inconscientes, responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales. Este enfoque resalta la interacción entre autorregulación y co-regulación, algo especialmente relevante en contextos terapéuticos y parentales.

Modelo biosocial de Linehan (1993):

Desarrollado para la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), postula que las dificultades en la regulación emocional emergen de la interacción entre una alta vulnerabilidad emocional (neurobiológica) y un entorno invalidante crónico. La DBT introduce habilidades como:

1. Identificación y etiquetado de emociones
2. Reducción de la vulnerabilidad (alimentación, sueño, ejercicio, etc.)
3. Construcción de emociones positivas
4. Acción opuesta y aceptación radical

Modelo Procesal de Etkin, Büchel y otros (2015):

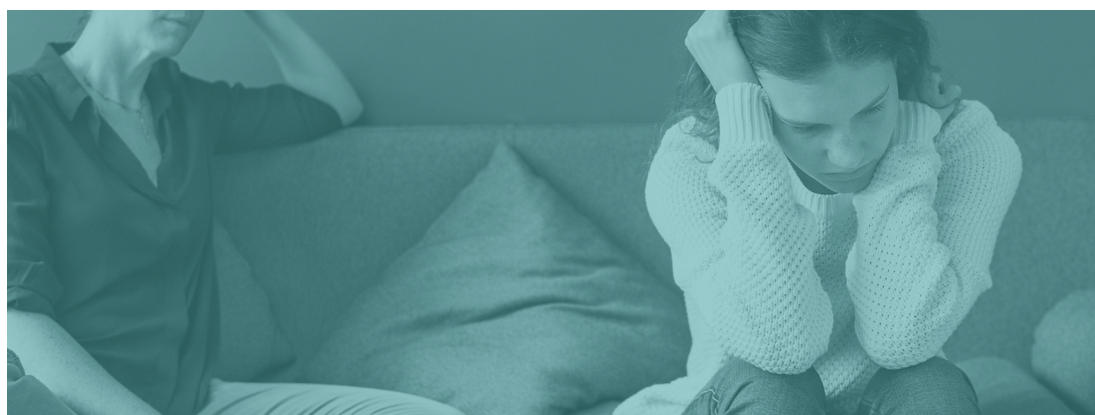
Desde la neurociencia afectiva*, este modelo integra aspectos conductuales, fisiológicos y neurobiológicos, enfatizando que la regulación emocional es una función emergente del sistema de control emocional, con redes como el *salience network* y el *default mode network** en interacción con el córtex prefrontal.

* La neurociencia afectiva es la disciplina que estudia los mecanismos cerebrales implicados en la experiencia, expresión y regulación de las emociones. Explora cómo redes funcionales como el *salience network*, el *default mode network* y el *executive control network* interactúan para generar y modular respuestas emocionales adaptativas. Este campo ha revelado que la regulación emocional no es solo un proceso consciente, es también anticipatorio, donde el cerebro ajusta sus respuestas en función de predicciones interoceptivas y necesidades futuras, lo que se conoce como alostasis. Sin embargo, la neurociencia afectiva también ha recibido críticas: se la ha acusado de reduccionismo biológico, al explicar procesos emocionales complejos únicamente desde el cerebro, ignorando el papel del contexto narrativo, relacional y cultural. Además, se cuestiona la validez de los modelos que asumen emociones básicas con localizaciones cerebrales fijas, ya que investigaciones recientes sugieren que las emociones son construcciones dinámicas y contextuales más que entidades discretas. Por ello, aunque ofrece aportes fundamentales, su aplicación clínica directa aún es limitada, y debe integrarse en un enfoque multiparadigmático que considere también dimensiones psicológicas, experienciales y sociales.

* En la regulación emocional intervienen distintas redes cerebrales funcionales que trabajan de forma dinámica. La red de saliencia [*salience network*, en inglés], compuesta por estructuras como la ínsula anterior y la corteza cingulada anterior, se encarga de detectar y priorizar estímulos relevantes —especialmente emocionales— para guiar la atención y la respuesta adaptativa. La red por defecto [*default mode network*, en inglés], activa principalmente en reposo, está implicada en procesos autorreferenciales, construcción de la narrativa personal y reflexión sobre uno mismo. Por su parte, la red de control ejecutivo [*executive control network*, en inglés], que incluye el córtex prefrontal dorsolateral, interviene en el control cognitivo y en la implementación de estrategias conscientes de regulación, como la reestructuración cognitiva o la inhibición de impulsos. La interacción entre estas redes permite comprender cómo la regulación emocional emerge como un proceso distribuido, que va más allá de estructuras aisladas y se organiza como una función sistémica y adaptativa del cerebro.

Modelo experiencial de Greenberg (2002):

En el marco de la terapia centrada en las emociones, se promueve la transformación de emociones primarias desadaptativas mediante la activación de emociones primarias adaptativas. Aquí, la regulación emocional se concibe más como transformación emocional que como simple control.



1.3. Dificultades comunes en los trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo presentan alteraciones específicas en los procesos de regulación emocional. Estas no se limitan a la intensidad emocional, sino a la **rigidez en el repertorio regulador**, el uso excesivo de estrategias desadaptativas y el sesgo hacia ciertos tipos de emociones [ej. tristeza, culpa, desesperanza].

En la depresión mayor, las principales dificultades observadas incluyen:

- **Rumiar de forma perseverativa:** La rumiación es una estrategia centrada en el contenido negativo, que mantiene e intensifica el afecto displacentero. No es un síntoma aislado, es un *mecanismo mantenedor* del cuadro depresivo.
- **Evitar emociones dolorosas a través de la desconexión emocional:** Esto puede incluir el embotamiento afectivo, el retraimiento interpersonal o incluso el abuso de sustancias.
- **Déficits en reappraisal:** Estudios muestran que personas con depresión tienen menor eficacia para reinterpretar situaciones emocionalmente *negativas* [Joormann & Gotlib, 2010].
- **Sesgos atencionales y de memoria** hacia estímulos congruentes con el estado de ánimo depresivo.

En el trastorno bipolar, la regulación emocional se ve comprometida tanto en las fases maníacas como depresivas:

- En la **manía**, la sobreactivación del sistema de recompensa puede llevar a una pobre evaluación del riesgo y a una desinhibición emocional.
- En la **fase depresiva**, se repiten los patrones típicos de la depresión unipolar, con el añadido de la anticipación disfuncional del cambio de estado.

Además, en ambos cuadros se ha observado **una disociación entre la conciencia emocional y la capacidad de manejo**: los pacientes pueden identificar una emoción sin poder modularla eficazmente, lo que se relaciona con déficits en *mentalización emocional* y *funciones ejecutivas*.

1.3.1. Regulación emocional y aprendizaje emocional

Otro aporte no trivial es concebir la regulación emocional como el **resultado de aprendizajes emocionales implícitos y explícitos**, que se adquieren a través de experiencias relacionales primarias y entornos de socialización emocional.

Esto implica que el repertorio regulador de una persona no se basa únicamente en habilidades cognitivas, sino en **modelos internalizados de respuesta afectiva**, como el apego, los estilos parentales o la exposición a contextos de validación/invalidación emocional.

Lo que también subraya la importancia de la intervención clínica como **espacio de reeducación emocional**, donde el vínculo terapéutico modela nuevas formas de experimentar y regular emociones.

1.4. Evaluación de habilidades de regulación emocional

La evaluación de la regulación emocional requiere un enfoque multimétodo que combine herramientas autorreportadas, entrevistas clínicas y observación conductual. Las siguientes son algunas de las estrategias y herramientas más utilizadas en el ámbito clínico y de investigación:

Instrumentos estandarizados:

- **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional** (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS, en inglés) [Gratz & Roemer, 2004]. Evalúa seis dimensiones de la desregulación emocional: conciencia emocional, claridad emocional, aceptación de las emociones, control de impulsos, acceso a estrategias de regulación y conducta dirigida a metas.
- **Cuestionario de Regulación Emocional** (*Emotion Regulation Questionnaire*, ERQ, en inglés) [Gross & John, 2003]. Mide el uso de dos estrategias principales de regulación emocional: la reevaluación cognitiva (*reappraisal*) y la supresión expresiva (*suppression*).
- **Escala de Respuestas Rumiativas** (*Ruminative Responses Scale*, RRS, en inglés) [Nolen-Hoeksema, 1991]. Evalúa el estilo rumiativo de respuesta ante el malestar, y tiene un alto valor predictivo en la identificación de vulnerabilidad a recaídas depresivas.

Entrevistas clínicas:

El análisis del discurso emocional en entrevistas semiestructuradas puede revelar patrones reguladores implícitos: evitación, dramatización, desconexión, entre otros.

Evaluación conductual y fisiológica:

En investigaciones experimentales, se emplean tareas de laboratorio que inducen emociones y miden la reactividad (conductual, autonómica y cerebral) y la capacidad de regulación. Algunas técnicas incluyen:

- *Eye-tracking* (para explorar sesgos atencionales)
- Medidas de variabilidad de la frecuencia cardíaca (HRV) como indicador de flexibilidad emocional
- Técnicas de imagen funcional (fMRI) para examinar la activación de regiones prefrontales vs. subcorticales durante tareas de *reappraisal*.

Evaluación contextual e idiográfica:

En terapia, puede utilizarse el análisis funcional de situaciones emocionales, el registro diario de estados afectivos o la reconstrucción de momentos críticos, para evaluar el repertorio regulador real de la persona.

La regulación emocional no puede entenderse fuera de un marco **culturalmente situado**. No todas las culturas valoran o enseñan las mismas estrategias. En sociedades individualistas, se promueve el autocontrol emocional como signo de madurez; en otras, la expresión emocional puede ser vista como signo de autenticidad o cohesión comunitaria.

Asimismo, existe un riesgo de patologización en torno al ideal de regulación: no todas las emociones intensas* o displacenteras deben ser *moduladas*. Hay un debate ético sobre cuándo la regulación emocional se convierte en una forma de **represión socialmente inducida**, especialmente en contextos de opresión estructural.

Este enfoque evita caer en el reduccionismo y recuerda que regular emociones no siempre significa calmarse, sino **afirmarse emocionalmente de manera contextualizada y justa**.

* El adjetivo *intensas* hace referencia al grado de activación fisiológica, urgencia conductual y carga subjetiva que acompaña a determinadas experiencias emocionales, sin asumir de entrada que estas sean inapropiadas o patológicas.



MÓDULO II

Regulación emocional en la depresión

En este módulo, nos centraremos en cómo la depresión altera el sistema emocional desde distintos planos: el placer, el pensamiento repetitivo y la visión del futuro. Analizaremos cómo la anhedonia, la rumiación y la desesperanza afectan a la capacidad de regular el estado de ánimo, y abordaremos estrategias clínicas clave como la activación conductual, la reestructuración cognitiva emocionalmente situada y el trabajo profundo con la autocrítica. Este recorrido nos permitirá comprender la depresión como una forma compleja de sufrimiento que exige intervenciones integradoras, sutiles y cuidadosamente moduladas.

2.1. Perfil emocional de la depresión: anhedonia, rumiación, desesperanza

El perfil emocional de la depresión no se reduce a sentirse triste. Desde una perspectiva clínica y neuropsicológica, la depresión se caracteriza por una desregulación afectiva específica y estructural que compromete la experiencia, expresión y modulación de estados emocionales. Tres componentes clave de esta constelación emocional son la anhedonia, la rumiación y la desesperanza:

- **Anhedonia** no es simplemente no *disfrutar*, sino una alteración compleja en la codificación de la recompensa y la motivación anticipada (Pizzagalli, 2014). Estudios de neuroimagen han mostrado **disfunción en el circuito fronto-estriatal**, con hipoactividad del núcleo accumbens (Jiang et al., 2023) y del córtex prefrontal medial (Kim et al., 2024), lo que se traduce en una reducción tanto de la expectativa como de la experiencia de placer. No se trata solo de no disfrutar lo que ocurre, sino de no esperar disfrutar lo que podría ocurrir, lo que compromete la motivación hacia actividades reguladoras del estado de ánimo.
- **Rumiación** es una forma de regulación emocional desadaptativa de tipo perseverativo. A diferencia de la reflexión, que puede ser productiva, la rumiación implica un **ciclo de pensamiento negativo autoreferencial** que no resuelve nada y amplifica el afecto negativo (Nolen-Hoeksema et al., 2008).
- **Desesperanza** no es un pensamiento puntual, es una estructura cognitivo-afectiva profundamente instalada. Se ha conceptualizado como una **alteración en la representación del futuro**, vinculada al funcionamiento hipofrontal y a la activación sostenida de redes de autoconciencia negativa [*default mode network*] (Marchetti et al., 2012). Esto genera una parálisis anticipatoria: la emoción no se regula porque no hay sentido en intentarlo.

Dicho *perfil emocional* implica que la regulación emocional en la depresión debe centrarse en **restaurar el sistema de recompensa, interrumpir la rumiación autorreferencial y reconstruir una narrativa emocional orientada al futuro**.



2.2. Técnicas de activación conductual

La activación conductual (AC) es una intervención estratégica basada en la **reconexión progresiva con reforzadores naturales del ambiente**, especialmente aquellos que generan valor personal, dominio o placer.

Desde una perspectiva neuroconductual, la AC busca **romper el círculo de evitación conductual** que refuerza el malestar emocional. En la depresión, la baja energía y el bajo refuerzo generan inactividad, que a su vez refuerza la percepción de inutilidad y agrava la anhedonia [Barraca & Pérez-Álvarez, 2015].

Los elementos centrales de una intervención eficaz en AC incluyen (Dimidjian et al., 2011):

- **Análisis funcional de patrones de evitación:** se identifican contextos en los que el paciente deja de hacer actividades por anticipación de fracaso, malestar o inutilidad. Esta evitación suele estar encubierta y requiere mapeo detallado.
- **Jerarquización de actividades según valor y dificultad:** no todas las actividades tienen el mismo peso afectivo. Se trabaja con el paciente para priorizar aquellas que estén conectadas con sus valores y generar reforzamiento positivo temprano.
- **Reconstrucción de la relación entre acción y emoción:** se enseña explícitamente que el afecto no precede necesariamente a la conducta. Es decir, "no hace falta tener ganas para empezar a actuar", lo cual constituye una intervención directa sobre el sesgo cognitivo de pasividad aprendido.
- **Monitoreo de la experiencia emocional post-actividad:** se realiza un seguimiento de la experiencia emocional real tras la acción para desafiar las creencias anticipatorias depresógenas ("no lo disfrutaré", "no servirá de nada").

La activación no es solo una técnica conductual, sino una **estrategia de regulación emocional experiencial** que opera sobre el sistema de recompensa deteriorado, promoviendo nuevos aprendizajes emocionales a través de la acción [Martell et al., 2010].

2.3. Reestructuración cognitiva centrada en el estado de ánimo

La reestructuración cognitiva en depresión exige más que identificar pensamientos distorsionados: requiere intervenir sobre **la lógica emocional que los mantiene activos y creíbles**. En lugar de discutir el contenido en abstracto, se busca **modificar el marco afectivo desde el que esos pensamientos emergen** [Clark & Beck, 2010].



En los cuadros depresivos, la activación de esquemas negativos no solo distorsiona la interpretación de los hechos, sino que filtra el acceso a la memoria autobiográfica, sesgando el recuerdo hacia experiencias congruentes con el estado de ánimo. Este fenómeno compromete la flexibilidad cognitiva y contribuye a la sensación de certeza interna de que todo ha sido, es y será negativo.

Una reestructuración eficaz en este contexto implica:

- **Intervenir en el momento de mayor activación emocional**, conectando el pensamiento con la vivencia que lo genera. Esto permite trabajar no solo el contenido verbal, sino también el tono afectivo y la postura corporal asociados.

Paciente (P):

[silencio largo, mirada baja, voz apagada] Es que siento que no soy... nada. Como si hubiera desaparecido. Estoy aquí, pero no hay nadie adentro.

Terapeuta (T):

[tejiendo desde el silencio, con tono contenido] Quédate ahí... No trates de explicarlo todavía. Solo mira, por un segundo, cómo se siente eso en tu cuerpo. ¿Dónde se nota más la ausencia?

P:

[tras respirar hondo] En el pecho. Es como una cavidad vacía. Como si me hubieran apagado.

T:

¿Puedes notar si esa sensación tiene un peso, una forma, un movimiento?

P:

Sí... es como una piedra... pero hueca. Está justo en medio. Me mantiene callada.

T:

¿Y si pudieras ponerle voz a esa parte tuya? No la tuya ahora, racional. Esa parte hueca. ¿Qué diría si pudiera hablar?

P:

[dirigiendo la mirada hacia un punto fijo, sin parpadear] Diría: "Deja de intentarlo. No sirve. Nunca sirvió".

T:

Esa frase... ¿te suena de algún momento anterior? ¿Es nueva o antigua?

P:

[ojos enrojecidos] Es antigua. Muy. Me la decía yo misma cuando salía del cuarto de mi madre llorando y nadie me miraba. Me la repetía para no llorar más.

T:

Entonces no estamos frente a una creencia nueva. Estamos frente a un mecanismo de congelamiento afectivo... que aparece justo cuando más sola te sientes. Y en vez de conectarte con el dolor, te aísla aún más. ¿Puedes ver eso?

P:

[ligeramente temblorosa] Sí... y creo que hoy volvió... porque me sentí invisible en esa reunión del trabajo. Nadie me escuchó. Fue como volver al pasillo de casa.

T:

Entonces no vamos a discutir si eso es cierto o no. Porque lo que importa es desde dónde se dice. Se dice desde esa piedra hueca. Y ahí es donde vamos a estar hoy. No para vaciarla a la fuerza, sino para hacerle sitio sin miedo.

- **Desplazar el foco desde la veracidad literal al impacto funcional:** el objetivo no es convencer al paciente de que sus ideas son falsas, sino abrir espacio a **perspectivas emocionales alternativas** que favorezcan una mayor capacidad de regulación. Por ejemplo, pasar del pensamiento “nunca hago nada bien” a “cuando estoy en este estado emocional, me cuesta reconocer lo que sí he

Paciente (P):

Es que... lo siento, pero es así. Nunca hago nada bien. Siempre termino estropeándolo todo.

Terapeuta (T):

¿Te parece si no discutimos todavía si eso es cierto o no, y en su lugar observamos qué efecto tiene en ti pensar eso?

P:

¿El efecto? Bueno... me hace sentir aún peor. Me dan ganas de no intentar nada más.

T:

Vale, eso es importante. Entonces más allá de si es “verdad”, ese pensamiento parece que te deja con una sensación de inutilidad y desánimo. ¿Lo ves?

P:

Sí, como si no tuviera sentido levantarme siquiera.

T:

¿Y sientes eso solo ahora o suele pasar cada vez que entras en este estado emocional?

P:

Me pasa mucho... Cuando me siento así, solo puedo ver lo que no hice, lo que salió mal.

T:

Eso suena más a un patrón. ¿Podríamos reformularlo, no como una afirmación absoluta, sino como una señal de tu estado de ánimo? Algo como: “Cuando me siento así, mi mente tiende a decirme que nunca hago nada bien”.

P (duda):

...Puede ser. A veces, cuando estoy mejor, recuerdo cosas que sí hice. Pero cuando estoy así, no las veo.

T:

Y eso no significa que lo estés inventando. Solo que en esos momentos tu estado emocional filtra lo que puedes ver. ¿Cómo cambia eso la forma en que te relacionas con el pensamiento?

P:

Bueno... si lo veo como algo que me pasa cuando estoy mal, no tengo que creerlo tanto. Puedo notar que está ahí, pero no dejar que decida todo por mí.

T:

Eso es. No se trata de obligarte a pensar que todo va bien, sino de darte margen para que esa voz no sea la única en la sala.

- **Reforzar la metacognición emocional:** en lugar de discutir directamente el pensamiento, se exploran las condiciones que lo hacen aparecer, su función en ese momento, y cómo se relaciona con el estado del ánimo presente. Esta estrategia facilita que el paciente empiece a **observar su mente sin fusionarse con ella**.

Paciente (P):

No sé... otra vez me vino esa frase a la cabeza: "Soy un fraude". Cada vez que pienso en buscar trabajo, me bloquea.

Terapeuta (T):

¿Y cuándo apareció exactamente ese pensamiento hoy?

P:

Esta mañana, después de que abrí un correo con ofertas laborales. Ni siquiera lo terminé de leer.

T:

Vale, entonces ese pensamiento no está flotando todo el tiempo. Tiene momentos de aparición. ¿Qué sentiste justo antes de que surgiera?

P:

Ansiedad... Como si algo fuera a salir mal. Me tensé y empecé a evitar abrir los otros correos.

T:

¿Y qué crees que intenta hacer esa voz que te dice "soy un fraude"? ¿Qué función podría tener?

P (piensa):

No lo había pensado así. Tal vez... protegerme. Si me convence de que no valgo, al menos no me expongo.

T:

Tiene sentido. No es que esa frase tenga que ser cierta o falsa, sino que aparece justo cuando hay una posibilidad de avance... y a la vez, de que algo duela si no sale bien. ¿Cómo te cambia eso la forma de escucharla?

P:

Es raro... pero me da menos miedo ahora. Es como si pudiera darme cuenta de que es una alarma antigua. No necesariamente la verdad.

T:

Exacto. No se trata de callarla, sino de reconocer que viene desde una parte tuya que quiere evitarte dolor. Y eso no significa que tenga que tomar el control.

- **Integrar el cuerpo como vía de acceso al cambio cognitivo:** intervenciones que incluyen el trabajo postural, el tono de voz o la respiración pueden modificar el tono emocional desde el que se construyen los pensamientos, facilitando así nuevas formulaciones internas más coherentes y autorreguladas.

Paciente (P):

[meciéndose ligeramente, con los brazos cruzados y el cuello hacia abajo] No me sale pensar otra cosa... De verdad, lo intento... Pero en mi cabeza solo está eso: "Estás fallando otra vez".

Terapeuta (T):

[tejiendo desde la postura, no desde el contenido] ¿Te das cuenta de cómo está tu cuerpo mientras lo dices?

P:

[se queda quieta] Encogido... No sé, me hago pequeña sin querer.

T:

¿Y el tono de tu voz? ¿Lo notas? Es como si saliera desde muy abajo. ¿Podemos probar algo, no para cambiar lo que piensas, sino para cambiar desde dónde lo estás diciendo?

P:

¿Desde dónde...?

T:

Eso es. Prueba a levantar un poco el pecho, sin forzarlo. Respira despacio. Ahora apoya bien los pies en el suelo. No digas nada aún. Solo observa qué cambia al darte un poco más de sostén.

P:

[hace una pausa, se recoloca, exhala profundamente] Me siento... menos cerrada. Más presente, creo.

T:

¿Y si vuelves a decir la frase ahora, desde esta postura? Solo por curiosidad. ¿Notas alguna diferencia?

P:

[la repite, más despacio] “Estoy fallando otra vez” ... suena distinto. No sé por qué. Es como si no tuviera tanta fuerza.

T:

Porque el cuerpo en el que estás ahora no es el mismo que generó esa frase. El pensamiento no existe en el aire. Está encarnado. Y si cambias el tono postural y emocional desde el que lo expresas, cambias también el tipo de relación que puedes tener con él.

P:

[silencio largo, luego leve asentimiento] Nunca había sentido eso... Que podía empezar a pensar distinto sin obligarme.

La reestructuración, entendida desde esta óptica, se convierte en una herramienta que **restaura la capacidad de pensar emocionalmente de forma flexible**, en lugar de combatir los síntomas desde una racionalidad externa al malestar.



2.4. Intervención en autocrítica y autoimagen

En la depresión, la autocrítica es **un sistema defensivo internalizado que se activa en momentos de vulnerabilidad emocional**, funcionando muchas veces como una forma paradójica de autoprotección frente a experiencias previas de rechazo, humillación o fracaso.

Más que trabajar solo con pensamientos negativos sobre uno mismo, es fundamental **desactivar la postura interna desde la que el paciente se evalúa**. La autocrítica severa tiende a organizar la identidad, de modo que el sujeto no solo se siente mal, sino que **se percibe como alguien inherentemente defectuoso**, atrapado en una narrativa de auto-reproche que refuerza el aislamiento y la pasividad.

Para intervenir en este plano, se combinan estrategias cognitivas, experienciales y relacionales:

- **Identificación del tono interno crítico como una voz aprendida:** muchas veces esta voz reproduce estilos parentales, figuras significativas del pasado o contextos socioculturales que han reforzado el perfeccionismo y la culpa. Nombrarla y externalizarla permite al paciente empezar a tomar distancia.
- **Exploración de la función emocional de la autocrítica:** en lugar de eliminarla directamente, se analiza qué intenta evitar o controlar. Por ejemplo, algunas personas se critican anticipadamente para no exponerse al juicio externo, o para no reconocer emociones más dolorosas como la vergüenza.
- **Entrenamiento en autocompasión activa:** más allá de “decirse cosas amables”, se trata de cultivar una postura interna de cuidado, responsabilidad emocional y capacidad de sostén ante el propio sufrimiento. Intervenciones como el *diálogo compasivo*, *el cambio de rol interno* o *las visualizaciones de figuras compasivas* pueden ser muy eficaces [Neff & Germer, 2013].
- **Reformulación narrativa de la identidad emocional:** el objetivo es que el paciente pueda reconocerse como alguien que ha sobrevivido a experiencias difíciles, en lugar de verse como “fallado” o “insuficiente”. Esto incluye resignificar momentos de su historia que han sido interpretados exclusivamente desde el fracaso o la culpa.
- **Trabajo con el cuerpo y la imagen interna:** en pacientes con fuerte auto-desprecio o trastornos de la autoimagen, se puede utilizar *espejoterapia**, *role playing* o *visualizaciones guiadas* para modificar la vivencia corporal asociada a la identidad depresiva [Werner et al., 2012].

En conjunto, estas intervenciones buscan **transformar el vínculo con uno mismo**, no desde la *corrección cognitiva*, sino desde la experiencia de ser tratado internamente con la misma humanidad que se ofrece a los demás.

* La espejoterapia es una técnica terapéutica que consiste en utilizar el espejo como herramienta para trabajar aspectos emocionales, cognitivos y corporales. Se emplea especialmente en trastornos de la imagen corporal, trauma, autoestima o disociación, permitiendo que la persona se observe, reconozca y conecte consigo misma desde una mirada guiada y terapéutica. Puede generar incomodidad al principio, pero bien conducida, ayuda a integrar la identidad, confrontar pensamientos autocríticos y promover una relación más compasiva con el propio cuerpo y la experiencia interna.

Ejercicio

Técnicas disponibles

1. Reconstrucción autobiográfica con foco en resiliencia
2. Activación de una voz compasiva interna
3. Exploración guiada del cuerpo y la autoimagen

Ejemplo 1

Durante una sesión, Lucía relata entre lágrimas lo inútil que se siente tras haber perdido su empleo. El terapeuta le pide que cierre los ojos y se imagine a una persona muy querida para ella, alguien vulnerable, pasando por una situación similar. Lucía se ablanda visiblemente mientras describe lo que le diría: “No fue culpa tuya... hiciste lo mejor que pudiste... yo estaría contigo, no te dejaría sola en eso”. A continuación, se le invita a repetir esas mismas palabras, pero dirigidas hacia sí misma. Al principio se muestra incómoda, pero termina diciendo: “Supongo que yo también merezco ese trato”. El tono de su voz cambia. Por primera vez en semanas, sus hombros bajan.

Ejemplo 2

Marta, que ha evitado mirarse al espejo durante años, acepta participar en un ejercicio guiado. Frente a un espejo de cuerpo entero, comienza observando sólo sus zapatos. El terapeuta le pide que enfoque partes neutras, como los codos o el cuello, mientras respira lentamente. Luego se le invita a describir su postura, su expresión facial y, finalmente, su impresión emocional al mirarse. A lo largo de varios minutos, Marta pasa de una expresión de tensión a una leve curiosidad. “No sé por qué... pero hoy no me vi tan horrible”, murmura. En sesiones posteriores, este ejercicio se repetirá como una forma de desacoplar la imagen corporal del juicio automático, abriendo un espacio para nuevas experiencias sensoriales y afectivas.

Ejemplo 3

En el transcurso de una sesión centrada en su infancia, Andrés describe cómo nunca fue lo suficientemente bueno para sus padres, que constantemente lo comparaban con su hermano mayor. “Fui un desastre, y lo sigo siendo”, afirma con amargura. El terapeuta le pide que describa lo que hacía en ese entonces para afrontar esa presión. Andrés recuerda que se refugiaba en la lectura y que cuidaba de su hermana menor cuando los padres discutían. Con ayuda, empieza a reformular esa etapa: “Quizás no era un desastre... tal vez era un niño que hacía lo que podía en un ambiente muy difícil”. Esta reinterpretación le permite pensar en su adolescencia no solo como una historia de fracaso, sino también como un relato de resistencia y cuidado.

MÓDULO III

Regulación emocional en el trastorno bipolar

En este recorrido nos adentraremos en uno de los desafíos emocionales más complejos y fascinantes de la clínica. Aprenderás a identificar señales tempranas de cambio, intervenir con precisión en fases de manía o depresión, y acompañar a tus pacientes en el restablecimiento de sus ritmos internos y su equilibrio emocional. Aunque el trastorno bipolar puede parecer caótico desde fuera, con las herramientas adecuadas, es posible generar espacios de estabilidad, autoconocimiento y autenticidad. Lo que estás aprendiendo aquí puede marcar una diferencia real.

3.1. Identificación de fases y estados emocionales

En el trastorno bipolar, la identificación precisa de los estados emocionales no se limita a diferenciar manía y depresión. Es fundamental desarrollar una sensibilidad clínica que permita captar las transiciones, matices mixtos y fenómenos afectivos sutiles que preceden a los episodios agudos.

Muchas veces, los primeros indicadores de cambio no son comportamientos evidentes, sino modificaciones en el ritmo del pensamiento, el tono emocional de fondo o la calidad del sueño. Un aumento de la irritabilidad sin causa aparente, cambios en la intensidad del lenguaje corporal o un entusiasmo excesivamente contagioso pueden ser señales de un viraje hacia la hipomanía. Del mismo modo, una sensación de ralentización interna, no siempre acompañada de tristeza, puede anticipar una recaída depresiva.

El reconocimiento temprano de estos indicadores requiere entrenar tanto al paciente como al terapeuta en habilidades de autoobservación. Esto incluye:

- **Monitorear el contenido y velocidad del pensamiento**
- **Observar alteraciones sutiles en el patrón de sueño-vigilia**
- **Identificar cambios en el patrón de relaciones interpersonales (idealización repentina o retraimiento abrupto)**
- **Explorar variaciones en el impulso creativo, el apetito sexual o la toma de decisiones**

La identificación precisa de estos cambios permite intervenciones más finas, que pueden prevenir la escalada del episodio afectivo y restaurar antes la autorregulación.



3.2. Técnicas de regulación en la manía e hipomanía

Durante las fases expansivas del trastorno bipolar, el desafío terapéutico no radica únicamente en frenar la activación, sino en intervenir sobre la percepción alterada de la realidad emocional que acompaña a estos estados. En la hipomanía, por ejemplo, muchas personas experimentan una sensación de claridad y capacidad aumentadas que pueden generar resistencia a la intervención clínica.

Las técnicas más útiles en estas fases tienen un componente de anclaje sensorial y relacional:

- **Anclaje somático:** trabajar con la respiración abdominal lenta, la atención a la postura y el peso del cuerpo. Esto permite reducir la sobreexcitación sin provocar confrontación.
- **Contención externa estructurada:** acordar rutinas predecibles, reducir la sobreexposición a estímulos, y limitar la toma de decisiones impulsivas mediante acuerdos terapéuticos anticipados.
- **Desaceleración cognitiva:** invitar a verbalizar ideas de forma más lenta, utilizar el método socrático para explorar consecuencias sin entrar en debates de contenido, y recuperar referencias temporales o contextuales para contrarrestar el pensamiento expansivo.
- **Uso terapéutico del vínculo:** el terapeuta puede funcionar como un “organizador externo” que ofrece un tono relacional regulador. Esto requiere mantener una presencia firme pero empática, evitando tanto la validación ciega como la confrontación directa.

La clave está en ofrecer al paciente una experiencia emocional de desaceleración que no sea vivida como pérdida de libertad, sino como recuperación de coherencia interna.

Ejercicio

A continuación, encontrarás tres casos breves que representan distintos momentos del espectro afectivo en episodios maníacos o hipomaníacos. Tu tarea consiste en analizar cada caso y seleccionar la técnica de intervención más adecuada entre las opciones propuestas:

Caso 1

Esther, de 32 años, acude a sesión con un tono de voz acelerado, saltando de un tema a otro, con ideas de emprender varios proyectos simultáneamente y sin dormir más de tres horas las últimas noches. No se muestra crítica con su estado; dice que se siente “más lúcida que nunca”. Cuando se le intenta preguntar por consecuencias o planes, se impacienta. Al hablar de su semana, pierde el hilo de lo que cuenta y mezcla diferentes tiempos verbales y eventos.

¿Qué intervención sería más adecuada en este momento?

- a) Anclaje somático
- b) Desaceleración cognitiva
- c) Contención externa estructurada

Caso 2

Luis, de 29 años, acude a su cita después de una semana en la que ha gastado una gran cantidad de dinero en ropa, ha iniciado una relación con alguien a quien conoció recientemente y ha tomado la decisión de mudarse de ciudad en dos semanas. Afirma que se siente “liberado”, pero su familia ha notado un aumento en la irritabilidad y una baja tolerancia a la frustración. Cuando se le propone reflexionar sobre estos cambios, responde que no quiere “que nadie le corte las alas”.

¿Qué técnica resultaría más eficaz como primer paso de intervención?

- a) Uso terapéutico del vínculo
- b) Contención externa estructurada
- c) Anclaje somático

Caso 3

Raquel, de 42 años, se presenta en sesión con un tono de voz alto, sonriente y visiblemente inquieta. Se levanta varias veces para gesticular o mirar su móvil. Describe sentirse “invadida de ideas”, tiene dificultad para quedarse sentada y dice que ha empezado a escribir un libro “que cambiará todo”. Se interrumpe a sí misma constantemente y parece poco receptiva a preguntas directas, aunque mantiene el contacto con el terapeuta.

¿Qué intervención debería priorizarse aquí?

- a) Desaceleración cognitiva
- b) Uso terapéutico del vínculo
- c) Contención externa estructurada

3.3. Estrategias en fases depresivas del trastorno bipolar

A diferencia de la depresión unipolar, las fases depresivas en el trastorno bipolar suelen estar teñidas de elementos mixtos o residuales de activación [Vieta e tal., 2018]. Es frecuente encontrar desesperanza con agitación interna, inhibición conductual con impulsividad mental, o incluso ideación suicida enmarcada en una sensación de urgencia. Por ello, las estrategias deben ajustarse no solo al contenido afectivo, sino también a su tono y velocidad [Johnson et al., 2008].

En este contexto, resulta útil:

- **Trabajar sobre la temporalidad emocional:** las fases depresivas tienden a generar una vivencia de irreversibilidad. Intervenciones que restituyen la percepción de transitoriedad [como revisar ciclos pasados, marcar pequeños avances o anclar la experiencia en un lenguaje narrativo dinámico] pueden ser altamente reguladoras.
- **Regulación somática progresiva:** incluir intervenciones de ritmo lento y progresivo [caminar, movimientos de estiramiento conscientes, contacto físico con texturas neutras] ayuda a modular el exceso de inhibición sin recurrir a una sobreestimulación prematura.

- **Activación adaptada:** en lugar de proponer actividades “agradables”, se recomienda identificar acciones mínimas que refuercen la agencia, incluso si el efecto placentero no es inmediato. El foco es restaurar la capacidad de actuar desde un lugar voluntario, aunque no haya motivación espontánea.
- **Monitoreo de pensamientos con tono mixto:** frases como “soy un fracaso y tengo que arreglarlo todo ahora” no son solo depresivas, contienen una urgencia disfrazada. Distinguir esta cualidad mixta permite ajustar la intervención para evitar recaídas en activación improductiva.

3.4. Psicoeducación emocional y regulación de ritmos vitales

Una de las piedras angulares en el tratamiento del trastorno bipolar es la estabilización de los ritmos biológicos, que no solo afecta al sueño, sino a la oscilación emocional global. La psicoeducación en este ámbito no se limita a informar sobre la importancia del descanso o la alimentación; su impacto radica en ayudar al paciente a construir una experiencia encarnada de previsibilidad y sostén [Colom et al., 2003].

Elementos esenciales incluyen:

- **Estabilización del sueño-vigilia:** promover una regularidad estricta, no solo en cantidad, sino en horario y calidad. Esto requiere desarrollar rutinas personalizadas, trabajar con higiene del sueño y evitar cambios bruscos incluso en fines de semana o vacaciones.
- **Regulación lumínica y ritmo circadiano:** muchas personas con trastorno bipolar son sensibles a los ciclos de luz. Intervenciones con luz natural [mañanera] o, en casos clínicos, fototerapia, pueden ayudar a regular la oscilación afectiva.
- **Ritualización de momentos clave del día:** pequeñas rutinas estructuradas al despertar, antes de dormir o al terminar el trabajo actúan como puntos de anclaje emocional y fisiológico. Estos microrituales fortalecen la coherencia narrativa y somática del día.
- **Psicoeducación centrada en autocuidado emocional:** más que promover normas universales, se busca que el paciente identifique qué actividades, relaciones o entornos desestabilizan sus ritmos internos y qué otros los sostienen. Esta autoconciencia permite un ajuste fino entre emoción, contexto y biografía.

Un abordaje efectivo integra el conocimiento clínico con la sabiduría experiencial del paciente, en un proceso continuo de autorregulación que lo posiciona como protagonista activo de su proceso terapéutico.

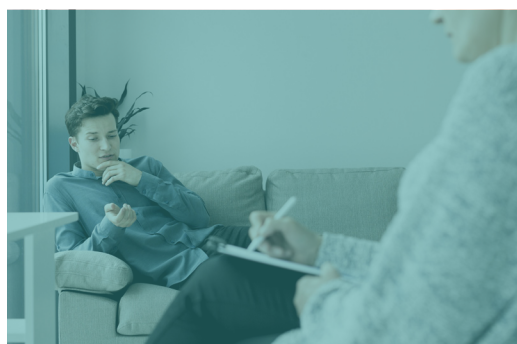
MÓDULO IV

Terapia Dialéctico-Conductual (DBT):
El módulo de regulación emocional

En este módulo vamos a trabajar con una de las propuestas más estructuradas y potentes para el tratamiento de la desregulación emocional severa. Entrar en este módulo implica no solo aprender habilidades, sino comprender una forma de estar con las emociones sin quedar atrapado en ellas. Lo que vas a aprender aquí puede sostener procesos terapéuticos profundamente complejos con una dirección clara y una humanidad preservada.

4.1. Principios dialécticos y validación emocional

La DBT se construye sobre el principio de la dialéctica: el reconocimiento de que dos ideas aparentemente opuestas pueden ser ciertas al mismo tiempo. Este principio no es solo teórico, es una herramienta terapéutica. En la práctica clínica, permite que el terapeuta y el paciente trabajen juntos en el equilibrio constante entre aceptar lo que es y avanzar hacia lo que podría ser diferente.



Una de las manifestaciones clínicas más ricas de este principio es la **validación emocional**. Validar no es estar de acuerdo ni reforzar conductas problemáticas. Es ofrecer una comprensión profunda de la experiencia interna del paciente, reconociendo su lógica interna, aunque sus manifestaciones externas sean disfuncionales. Por ejemplo, cuando alguien dice *nadie me quiere, soy una carga*, en lugar de corregirlo, el terapeuta puede responder: *Tiene sentido que te sientas así si lo que más necesitas es conexión y llevas tiempo sin sentirte visto*. La validación contiene, organiza y humaniza el caos afectivo, y desde ese lugar se abre la puerta al cambio.

4.1.1. Validación emocional y autorregulación: Una intervención con efectos neurobiológicos

Uno de los errores más comunes al aplicar estrategias de regulación emocional en pacientes altamente sensibles es intervenir desde el cambio sin haber generado previamente sintonía afectiva. La DBT parte de la premisa de que el sistema nervioso desregulado necesita primero sentirse comprendido antes de poder acceder a recursos de autorregulación. La validación emocional cumple esa función: actúa como una *clave de acceso* al sistema límbico, calmando la hiperactivación de la amígdala y activando redes prefrontales implicadas en la integración emocional (Boggiano & Gagliosi, 2022).

Cuando un terapeuta valida de forma precisa y empática, no solo está *haciendo sentir bien al paciente*: está disminuyendo la carga fisiológica de amenaza interna. Desde la neurobiología interpersonal, este tipo de intervenciones se conceptualizan como *microexperiencias correctivas* que, repetidas en el tiempo, modifican patrones de reactividad aprendidos. El sistema emocional, acostumbrado a ser invalidado o corregido, empieza a asociar la experiencia de sentirse sentido con una mayor seguridad interna. Es entonces cuando el cambio deja de vivirse como una exigencia externa y comienza a percibirse como una extensión natural de esa nueva seguridad.

Esta dimensión encarnada de la validación es especialmente importante en pacientes con desregulación emocional severa, como en el Trastorno Límite de la Personalidad. Para muchos de ellos, la historia afectiva ha estado marcada por una cronificación de la invalidez emocional —frases como *estás exagerando*, *no es para tanto*, o *tienes que controlarte*— han modelado un sistema emocional que oscila entre la hiperactivación y el colapso. En este contexto, validar no es consolar, es desarmar un patrón defensivo y abrir la posibilidad de una regulación sostenida.

4.2. Conciencia emocional y etiquetado de emociones

La DBT parte de una observación clínica esencial: muchas personas que sufren no saben exactamente qué están sintiendo. No porque les falte inteligencia emocional, sino porque su sistema nervioso ha estado demasiado ocupado en sobrevivir. El entrenamiento en conciencia emocional no se limita a identificar tristeza o ira, sino a construir un vocabulario fino y experiencial sobre el mundo afectivo.

El etiquetado de emociones es una intervención que busca reducir la fusión entre emoción y conducta. Por ejemplo, cuando alguien siente angustia y dice *esto es insoportable, tengo que salir corriendo*, se trabaja para que aprenda a decir: *esto es miedo, lo noto como un nudo en el estómago, y tiendo a evitarlo*. Este giro permite reconocer la emoción como un estado transitorio, no como una orden.

En el trabajo clínico, se usan herramientas como:

- Listados jerarquizados de emociones (básicas, secundarias, sociales)

Terapeuta: Vamos a usar esta tabla para explorar tus emociones. Comenzamos por las más básicas: alegría, tristeza, miedo, ira, asco, sorpresa. ¿Cuál sientes más cerca hoy?

Paciente: Tristeza.

Terapeuta: Bien, dentro de la tristeza, en las emociones secundarias, ¿crees que hay más de melancolía, decepción o soledad?

Paciente: Soledad.

Terapeuta: Y si vamos un paso más, a lo social... ¿dirías que esta soledad tiene que ver con sentirte excluido, abandonado o desconectado?

- Registros de emoción en tres planos: fisiológico, conductual y cognitivo

Cuando notaste esa irritabilidad con tu pareja, vamos a registrarlo así:

- **Fisiológico:** ¿Qué ocurrió en tu cuerpo? [Ej.: tensión en el cuello, calor en la cara].
- **Conductual:** ¿Qué hiciste o estuviste a punto de hacer? [Ej.: levantar la voz, evitar mirar].
- **Cognitivo:** ¿Qué pensamiento o imagen te vino? [Ej.: *Otra vez lo mismo, siempre tengo que explicarlo todo*].”

- **Metáforas experienciales: Si tus emociones fueran un paisaje, ¿cuál estarías atravesando hoy?**

Terapeuta: *Si tu mundo emocional hoy fuera un paisaje, ¿cómo sería?*

Paciente: *Uf... como un bosque nublado, sin caminos claros.*

Terapeuta: *¿Y en ese bosque, estás caminando, perdido, quieto?*

Paciente: *Estoy como en una cabaña, mirando por la ventana, sin querer salir.*

Terapeuta: *¿Qué pasaría si apareciera una pequeña claridad entre las nubes? ¿Te darías cuenta? ¿Qué emoción podría ser esa luz?*

La conciencia emocional no se entrena solo desde el lenguaje, también desde el cuerpo y el ritmo. Por eso, se integran pausas, observación de señales somáticas y mapas de activación subjetiva.

4.3. Reducción de vulnerabilidad emocional

Esta terapia propone que muchas crisis no surgen únicamente por eventos externos, sino porque el sistema emocional del paciente ya se encuentra en un estado de hipervulnerabilidad. Por eso, se trabaja en la reducción activa de factores que aumentan la sensibilidad emocional diaria.

Los elementos clave que se enseñan en este módulo son los conocidos como **PLEASE skills**:

- **Physical illness**: cuidar la salud física, atender síntomas somáticos no tratados.
- **Low eating**: mantener una nutrición estable y suficiente.
- **Energy through sleep**: regular el descanso, priorizando ritmos constantes.
- **Avoid mood-altering drugs**: evitar sustancias que alteren el equilibrio emocional.
- **Seek balance in exercise**: incorporar actividad física no extenuante.
- **Everyday structure**: fomentar una estructura diaria predecible.



A este nivel, se promueve una perspectiva integradora: reducir la vulnerabilidad no es solo autocuidado, es también una forma de resistencia emocional frente a entornos que pueden exacerbar la inestabilidad afectiva. Por ejemplo, un paciente con trastorno límite que empieza a dormir mejor y a comer con regularidad, *no solo está más estable*, también comienza a recuperar agencia frente a sus estados internos.

4.4. Construcción de emociones positivas

Este apartado va mucho más allá del pensamiento positivo o de proponer cosas agradables que hacer. En la DBT, construir emociones *positivas* es una estrategia de regulación que requiere una planificación activa y sostenida. La *positividad* emocional no se impone, se cultiva.

El entrenamiento en esta área implica:

- **Crear eventos agradables planificados:** no esperar que surjan, sino diseñarlos con intención.
- **Fomentar relaciones nutritivas:** diferenciar vínculos que alimentan del afecto de aquellos que lo drenan.
- **Practicar gratitud y disfrute consciente:** no como obligación, sino como microexperiencias reguladoras (ej. saborear el café, recordar momentos de conexión, escribir breves agradecimientos).
- **Desarrollar metas con sentido:** metas pequeñas, accesibles, que refuercen la sensación de dirección vital.



MÓDULO V

Terapia de Aceptación
y Compromiso [ACT] y *Mindfulness*

En este módulo, nos adentramos en dos enfoques terapéuticos que han transformado la intervención clínica contemporánea: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el entrenamiento en *Mindfulness*. Ambas metodologías nos ofrecen marcos de trabajo sólidos para acompañar a personas que experimentan sufrimiento emocional persistente, ayudándolas a recuperar dirección, presencia y compromiso con aquello que verdaderamente valoran.

5.1. Evitación experiencial y sus consecuencias clínicas

En ACT, la evitación experiencial no es simplemente *evitar emociones desagradables*, sino un patrón riguroso de alejamiento funcional del contacto con eventos privados —emociones, pensamientos, recuerdos— que se consideran intolerables, peligrosos o inválidos. Lo clínicamente relevante no es el malestar que se evita, sino lo que se sacrifica en el intento: la vida significativa.

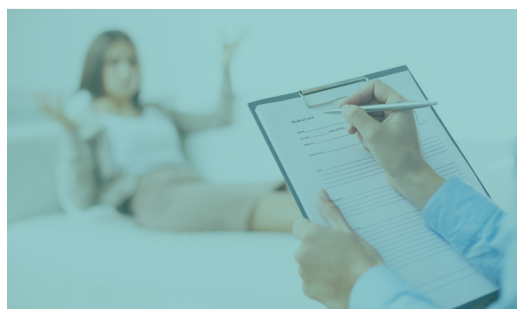
En muchos casos, la evitación experiencial produce síntomas que se malinterpretan como signos primarios del trastorno. Por ejemplo, el cansancio mental persistente o la desconexión afectiva pueden derivarse de años de reprimir tristeza o ira. En este sentido, lo que inicialmente fue una estrategia de supervivencia se convierte en una trampa ontológica: para protegerse del dolor, se reduce también la capacidad de sentir lo vital [Na et al., 2022].

Un ejemplo claro se ve en pacientes con trauma complejo, que han aprendido a desconectarse de su cuerpo o emociones como una forma de protección. **Lo que comienza como un mecanismo adaptativo termina bloqueando el acceso a la autoafirmación, al goce espontáneo o a la capacidad de autorregulación.** En la práctica clínica, muchos síntomas que parecen inexplicables —como la falta de motivación, el vacío emocional o la hiperactividad ansiosa— son, en realidad, los efectos acumulativos de años de evitación afectiva refinada.

Para abordar este patrón, **ACT no se enfoca en desmontar el contenido emocional evitado**, sino en modificar la relación del paciente con ese contenido. Se trata de descentrar la emoción como obstáculo y reenfocar la vida en dirección a lo que se valora. El objetivo no es *dejar de evitar*, sino aprender a quedarse con lo que incomoda, sin sacrificar lo que importa.

Ejemplo:

Marta evita sistemáticamente las reuniones familiares porque teme sentirse juzgada. El pensamiento que suele aparecer es: "Todos notan que estoy sola y piensan que soy un fracaso". Cada vez que se acerca una fecha familiar, experimenta ansiedad, tristeza y vergüenza. Para aliviar ese malestar, cancela su asistencia a última hora o inventa excusas.



5.2. Aceptación emocional y contacto con el momento presente

Aceptar una emoción no implica resignarse ante ella ni tolerarla pasivamente. Aceptar, en ACT, es habitar la experiencia tal como se manifiesta, con una apertura activa y sin necesidad de modificarla para que sea válida. Esto requiere una disposición corporal, cognitiva y relacional. No se trata de aprender a *querer* sentir dolor, se trata de interrumpir la lucha automática contra él.

5.2.1 Aceptación y anclaje en lo sensorial

En la práctica clínica, muchas personas afirman *ya acepto que estoy mal o sé que esto es lo que hay*, pero lo que realmente expresan es una forma de resignación intelectual más que una apertura auténtica a la experiencia emocional. La aceptación, tal como se entiende en ACT, no ocurre desde el juicio o la comprensión racional, sino desde una disposición somática y relacional que permite sostener la vivencia sin urgencia de transformarla.

Este tipo de apertura comienza con gestos simples y precisos: una respiración que se permite sin corrección, la observación detenida de una tensión corporal, la decisión de quedarse con la sensación en lugar de escapar hacia la distracción. Son pequeños actos que interrumpen el patrón automático de defensa emocional y abren un margen de presencia habitada.

El trabajo con el momento presente, en este contexto, no se traduce en estar atento como consigna general, sino en reconectar con coordenadas concretas de la experiencia actual: *¿cómo se manifiesta esto en mi cuerpo?, ¿qué matiz emocional aparece cuando dejo de narrar lo que debería sentir?, ¿qué sensación pide ser reconocida ahora, sin nombre, sin juicio?*

En sesión, esto puede tomar forma con ejercicios de anclaje sensorial. Por ejemplo, se invita al paciente a ubicar tres zonas de su cuerpo donde sienta más presencia, o a describir en voz alta la textura de una emoción sin apelar al lenguaje abstracto. Al entrenar esta atención fina, la emoción pierde su cualidad de amenaza y se convierte en una señal vivida, que puede sostenerse desde un lugar más amplio, más autónomo [Hoffmann et al., 2016].

5.3. Defusión cognitiva: Técnicas y ejemplos

La fusión cognitiva ocurre cuando los pensamientos son vividos como hechos inamovibles. El sujeto no piensa *tengo la idea de que soy un fracaso*, sino que es un fracaso en su marco interno. La defusión busca reencuadrar esa relación, permitiendo que el paciente observe sus pensamientos como construcciones mentales, no como verdades autoritarias [El-Ashry et al., 2024].

Las técnicas de defusión no se centran en discutir la validez del pensamiento, sino en desactivar su tiranía contextual. Por ejemplo:

- **Ejercicio de repetición verbal:** decir en voz alta una frase como *soy inútil* durante 45 segundos, hasta que pierde su carga emocional y se transforma en puro sonido. Esto permite mostrar que lo que duele no es la frase en sí, sino la forma en que se la cree.
- **Etiquetado mental:** cuando surge un pensamiento angustiante, se entrena al paciente a decir internamente *estoy teniendo el pensamiento de que...* Este pequeño cambio lingüístico introduce una distancia operativa que modifica la implicación emocional del contenido.
- **Técnicas visuales o metafóricas:** invitar al paciente a imaginar sus pensamientos como hojas que flotan por un río, nubes que pasan en el cielo, o personajes que cruzan un escenario. No se trata de quitarles valor, sino de dejar de tomarlos como el único marco válido para actuar.

En la práctica, la defusión ayuda a que la acción se guíe por valores y no por estados mentales momentáneos. Permite que un paciente con ideación depresiva pueda seguir escribiendo su tesis, o que alguien con ansiedad social pueda acudir a un evento, incluso si su mente le dice que será un desastre [Alisofi et al., 2024].

Ahora, estas técnicas de defusión pueden no ser útiles en algunos contextos, como por ejemplo:

1. Cuando la persona necesita habilidades básicas de regulación emocional

Si el malestar es tan intenso que la persona está completamente desbordada, puede necesitar primero técnicas más reguladoras o estabilizadoras antes de poder observar sus pensamientos con distancia.

2. Cuando hay confusión entre pensamiento y realidad objetiva

En casos de delirio o trastornos psicóticos, aplicar defusión puede invalidar la necesidad de una evaluación de realidad, o incluso reforzar el aislamiento del paciente si no se trabaja previamente el anclaje con el entorno.

3. Cuando la persona requiere análisis funcional del pensamiento

Si el pensamiento está directamente vinculado a un patrón de evitación o a una conducta problema, puede ser más útil primero un abordaje más conductual o de reestructuración que simplemente observar el pensamiento sin cuestionarlo.

4. Cuando el pensamiento es señal de un valor vulnerado

Si el contenido del pensamiento refleja una necesidad profunda o un valor importante que está siendo ignorado.



5.4. Valores personales como guía reguladora

En ACT, los valores no son metas ni conductas deseables. Son direcciones vitales, formas de estar en el mundo que dan sentido a las elecciones cotidianas. Actuar desde los valores permite que las emociones difíciles se integren como parte del camino, en lugar de percibirse como obstáculos o indicadores de que algo va mal.

El trabajo con valores implica varias fases:

1. Clarificación experiencial

no se pregunta *¿qué valores?* de forma directa, sino que se exploran momentos de plenitud, recuerdos de orgullo o actos cotidianos que hicieron sentir coherencia interna. Por ejemplo, un paciente puede descubrir que se siente alineado consigo mismo cuando cuida de sus sobrinos, aunque nunca haya formulado el valor de cuidado como central en su vida.

2. Diferenciación entre valores y reglas impuestas: muchas veces lo que se nombra como valor es una exigencia internalizada [*ser fuerte, ser perfecto*]. La tarea terapéutica consiste en distinguir qué elecciones emergen de la vitalidad y cuáles de la defensa o el deber.

3. Construcción de un mapa de acciones guiadas por valores: se trabaja con el paciente para traducir sus valores en pequeñas decisiones prácticas. Si *crear* es un valor, puede implicar escribir tres líneas de un poema, cocinar algo distinto, o rediseñar una esquina de su habitación. Lo importante no es la magnitud de la acción, sino su coherencia con una dirección elegida.

Diálogo módulo 5

T: *En la sesión de hoy me gustaría que exploremos un poco qué cosas han tenido sentido para ti en los últimos años. No lo que “deberías” valorar, sino momentos que, aunque fueran pequeños, te hicieron sentir en casa contigo mismo.*

P: *¿Momentos que me hicieron sentir bien, dices?*

T: *No necesariamente “bien” en términos de placer. Me refiero a situaciones en las que, aunque estuvieras cansado o incluso triste, sentiste que estabas actuando desde un lugar tuyo, auténtico. ¿Se te ocurre alguno?*

P: *Mmm... Hace poco, cuidé de mi padre después de su operación. Estaba agotado, pero sentía... como que lo estaba haciendo bien. No porque me lo agradeciera —de hecho se quejaba todo el rato—, pero yo me sentía... correcto, ¿sabes? Íntegro.*

T: *Correcto... íntegro... Esas palabras dicen mucho. ¿Qué crees que estaba ocurriendo ahí?*

P: *No sé, era como si... no tuviera dudas. Me sentía conectado, como si eso que hacía tuviera sentido, aunque fuera duro.*

T: *Quizá porque conectaba con algo más profundo. ¿Te pasa eso en otras situaciones?*

P: *Cuando acompaño a mi sobrina a sus clases de natación. Ella se pone nerviosa, y yo intento estar ahí, sin meter presión. Me sale natural. Y ella me sonrío al final como si... se sintiera a salvo.*

T: ¿Podríamos decir que hay algo ahí que tiene que ver con el cuidado, con estar presente para otros?

P: Puede ser. Nunca lo había pensado así, pero sí. Me siento... bien cuidando. Aunque a veces siento que me paso de cuidador con todos.

[Fin de la fase 1: Clarificación experiencial — el valor de “cuidado” emerge desde una vivencia significativa, no desde un concepto abstracto.]

T: Te escucho y me parece importante distinguir algo. ¿Ese cuidar que describiste con tu padre o con tu sobrina... lo haces desde un deber, o desde una elección?

P: ¿Qué quieres decir?

T: A veces hacemos cosas porque sentimos que “tenemos que” hacerlas, porque si no, estaríamos fallando. Otras veces, las hacemos porque, incluso si no hubiera nadie juzgándonos, seguiríamos eligiéndolas.

P: Uf... buena pregunta. Con mi familia, muchas veces siento que si no estoy, todo se rompe. Y eso me pesa. Pero lo de mi sobrina... eso sí lo elijo. Incluso si nadie lo supiera, lo haría igual.

T: ¿Entonces podríamos decir que cuidar es un valor cuando nace de ese lugar tuyo, pero también puede volverse una carga si se convierte en una regla impuesta?

P: Totalmente. A veces me siento atrapado por eso. Como si ser “el fuerte” fuera una obligación.

T: ¿Y cómo distinguirías ahora mismo entre ese valor que has sentido con tu sobrina y la exigencia de ser siempre el fuerte?

P: El valor me da paz, aunque me canse. La exigencia me pone tenso. Como si tuviera que rendir examen todo el tiempo.

[Fin de la fase 2: Diferenciación entre valores genuinos y reglas impuestas — se empieza a separar vitalidad interna de deber autoimpuesto.]

T: ¿Te gustaría que pensemos cómo podrías honrar ese valor de cuidado de forma pequeña, pero consciente, esta semana?

P: ¿Sin que sea algo que me agote?

T: Exactamente. Algo pequeño, viable, que tenga ese tono de elección libre.

P: Vale... Mmm... A veces dejo notas a mi sobrina cuando paso a buscarla. Pequeños dibujos. Hace tiempo que no lo hago. Podría volver a eso.

T: Me encanta esa idea. Es una forma de cuidar sin desgastarte. ¿Te gustaría ponerlo como una acción para esta semana?

P: Sí. Y quizá también enviarle un mensaje a una amiga que está pasando por un momento duro. Sin intentar resolverle nada, solo para decirle que pienso en ella.

T: Ambas acciones parecen tener algo en común: son expresiones de ese cuidado que no exige perfección ni sacrificio total. Solo conexión.

P: Me gusta eso. Cuidar sin borrarme.

T: Exacto. Ese es el mapa que vamos construyendo. Acciones pequeñas, pero que te alinean con lo que te importa.

[Fin de la fase 3: Construcción de un mapa de acciones guiadas por valores — se formulan compromisos concretos y accesibles que reafirman la dirección valiosa.]



MÓDULO VI

Regulación emocional
desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)

A lo largo de los distintos apartados, se abordarán las competencias fundamentales para la intervención efectiva en trastornos emocionales: la identificación de pensamientos automáticos negativos, la reestructuración cognitiva orientada a disminuir la reactividad emocional, la exposición a experiencias evitadas para recuperar flexibilidad conductual, y el entrenamiento en solución de problemas como vía de empoderamiento personal ante situaciones difíciles.

6.1. Identificación de pensamientos automáticos negativos

La identificación de pensamientos automáticos negativos (PAN) constituye una habilidad nuclear dentro de la TCC, particularmente relevante para abordar alteraciones emocionales persistentes como la ansiedad, la tristeza profunda o la ira (Beck & Haigh, 2014). Estos pensamientos, que emergen de manera rápida y semiautomática ante determinadas situaciones, suelen pasar desapercibidos para el paciente, pero tienen un impacto profundo en la vivencia emocional y en la conducta asociada.

Desde una perspectiva clínica, los PAN no deben ser abordados como simples errores lógicos, sino como expresiones idiosincráticas de esquemas subyacentes que se activan en contextos emocionalmente relevantes. Su identificación requiere entrenamiento en conciencia metacognitiva, es decir, la capacidad de observar el contenido del pensamiento como un fenómeno mental y no como un reflejo directo de la realidad (Wells & Matthews, 2015).

El terapeuta enseña al paciente a *atrapar* estos pensamientos en el momento en que aparecen, o bien a reconstruirlos retrospectivamente a partir de situaciones que hayan generado una reacción emocional intensa. Para ello, se utilizan herramientas como:

- **Registro de pensamientos:** una tabla donde el paciente describe la situación, emoción, pensamiento automático y nivel de credibilidad y malestar asociado.
- **Tareas de evocación emocional:** se pide al paciente que imagine una escena reciente problemática y que describa lo que se decía internamente.
- **Entrenamiento en atención focalizada interna:** mediante pausas reflexivas en sesión o mindfulness dirigido, se enseña al paciente a detenerse ante la emoción para descubrir qué pensamiento la está alimentando (Gu et al., 2015).



Es crucial que el profesional valide la vivencia del paciente y le ayude a diferenciar entre hechos y juicios. La expresión de pensamientos como *No valgo para nada* o *Seguro que me van a rechazar* debe ser explorada en su contexto emocional, sin invalidarla, para facilitar el paso posterior de reestructuración cognitiva.

6.2. Reestructuración cognitiva aplicada a emociones intensas

La reestructuración cognitiva es el proceso terapéutico mediante el cual se explora, cuestiona y modifica la interpretación que una persona hace de los acontecimientos, con el objetivo de generar una vivencia emocional más ajustada, flexible y menos disfuncional. Cuando se aplica a emociones intensas, la complejidad aumenta, pues el pensamiento suele presentarse con gran convicción y está fuertemente anclado a esquemas de autovaloración o amenaza.

Trabajar sobre emociones intensas —como la ira descontrolada, el pánico, o la desesperanza— requiere una intervención que combine elementos de contención afectiva con una indagación cognitiva rigurosa pero compasiva. No basta con aplicar técnicas de debate socrático en frío; se requiere sensibilidad clínica para regular primero el estado fisiológico y emocional del paciente, y luego introducir el análisis del pensamiento.

Las fases del proceso pueden incluir:

1. Nombrar la emoción y su intensidad

Identificar qué siente el paciente, con qué intensidad [por ejemplo, del 0 al 100] y en qué parte del cuerpo la percibe.

2. Acceder al pensamiento asociado

Mediante preguntas como: *¿Qué se te pasó por la cabeza justo antes de sentirte así?*, *¿Qué significa para ti lo que ha ocurrido?*

3. Evaluar el impacto del pensamiento

¿Cómo te hace sentir pensar eso? *¿Qué haces cuando lo piensas?*

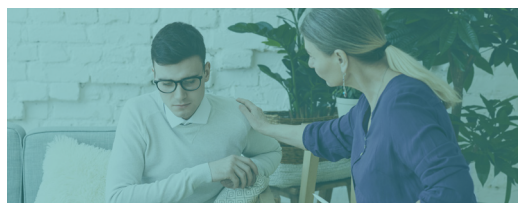
4. Cuestionamiento socrático

exploración de la validez, utilidad y alternativas del pensamiento. Aquí se introducen distinciones como posibilidad vs probabilidad, interpretación vs hecho, y se trabaja con técnicas como la doble columna, la prueba empírica o el diálogo interno corregido.

5. Generación de pensamiento alternativo

que no niegue la emoción ni los hechos, pero que amplíe el marco interpretativo de forma más funcional.

En este proceso, el objetivo no es sustituir un pensamiento negativo por uno positivo, sino generar **una nueva narrativa interna** que sea creíble, adaptativa y que permita una regulación más eficaz de la respuesta emocional.



Algunos incisos que te pueden ser interesantes de cara al trabajo cognitivo con emociones intensas [TCC]:

1. Nombrar la emoción y su intensidad

- No presupongas la emoción. Explora con preguntas abiertas sin asumir qué siente la persona.
- Usa la escala del 0 al 100 solo si el paciente se siente cómodo con ella. Alternativas útiles: semáforo emocional, metáforas de clima, intensidad lumínica o peso.
- Incluye el cuerpo como vía de acceso emocional. Preguntar “¿Dónde lo notas en el cuerpo?” puede facilitar la identificación emocional.

2. Acceder al pensamiento asociado

- Evita dirigir el contenido del pensamiento con preguntas cerradas o sugestionables. Prefiere “¿Qué se te pasó por la cabeza justo entonces?”.
- Si el pensamiento no aparece de forma espontánea, utiliza técnicas de evocación emocional o imaginación guiada para acceder a la vivencia interna.

3. Evaluar el impacto del pensamiento

- No asumas que el pensamiento es disfuncional solo por generar malestar. Evalúa también si es útil, coherente con valores y qué consecuencias tiene a nivel conductual.
- Pregunta por lo que hace el paciente cuando tiene ese pensamiento, pero también por lo que deja de hacer o evita. Esto permite detectar conductas de inhibición o evitación emocional.

4. Cuestionamiento socrático

- No adoptes un rol confrontativo. El objetivo no es rebatir el pensamiento, sino abrir espacio a otras formas de entender la experiencia.
- Adapta el nivel de cuestionamiento al estado emocional del paciente. Si está muy activado, prioriza la validación y la curiosidad, no el análisis lógico.

5. Generación de pensamiento alternativo

- Evita proponer tú el pensamiento nuevo. Acompaña al paciente a construirlo con sus propias palabras para que lo interiorice.
- Favorece pensamientos más amplios, flexibles y realistas, no simplemente más “positivos”. Un buen pensamiento alternativo reconoce el malestar, pero abre nuevas vías de acción o interpretación.

6.3. Exposición emocional y prevención de evitación

Una parte esencial del abordaje cognitivo-conductual en regulación emocional consiste en dismantlar los patrones de evitación que mantienen el malestar a largo plazo. Muchas emociones desagradables —ansiedad, culpa, tristeza, vergüenza— no desaparecen porque las personas intentan sistemáticamente esquivarlas, ya sea con conductas externas (por ejemplo, evitar situaciones sociales) o internas (rumiación, distracción constante, uso de sustancias, etc.).

La **exposición emocional** implica entrenar al paciente a **acercarse progresivamente a esas experiencias emocionales temidas** con una actitud de apertura, tolerancia y aceptación. El fin no es simplemente *acostumbrarse*, es poder actuar con libertad **a pesar del malestar**.

Existen distintos tipos de exposición:

- **Exposición in vivo:** enfrentarse a situaciones reales que generan emociones intensas, de forma gradual y planificada.
- **Exposición interoceptiva:** inducir sensaciones físicas temidas (como taquicardia o mareo en la ansiedad) para reducir el miedo a las propias reacciones corporales.
- **Exposición imaginaria:** visualizar situaciones o eventos traumáticos/emocionalmente dolorosos para procesarlos emocionalmente.
- **Exposición emocional dirigida:** recordar, revivir o explorar una emoción concreta (por ejemplo, una escena de abandono) para reducir su impacto disruptivo.

En todos los casos, se debe prevenir la **evitación sutil o encubierta**, como cambiar de tema, minimizar el impacto, o distraerse durante la exposición. Se entrena al paciente en **estar presente con lo que siente**, reconociendo que el objetivo no es eliminar la emoción, sino aumentar la **tolerancia emocional y la flexibilidad conductual**.

La clave está en **transformar el modo en que se responde a la emoción**: de la evitación a la exposición, de la parálisis a la acción comprometida.

6.4. Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas es una técnica cognitivo-conductual clásica que se convierte en una poderosa herramienta de regulación emocional cuando las emociones se disparan por la sensación de impotencia, bloqueo o ambigüedad ante situaciones difíciles. En este enfoque, se parte de la idea de que muchas emociones displacenteras no son *irracionales*, sino que reflejan desafíos reales que requieren afrontamiento activo.

Este entrenamiento busca **empoderar al paciente** enseñándole una secuencia estructurada para abordar los problemas de la vida diaria de manera eficaz, reduciendo la sensación de caos o indefensión. El modelo más utilizado incluye cinco pasos:

- 1. Definición clara del problema:** delimitar la situación concreta que genera malestar, separándola de generalizaciones o sobreinterpretaciones emocionales.
- 2. Generación de alternativas:** promover el pensamiento divergente y creativo, suspendiendo el juicio crítico inicial para explorar diferentes posibles respuestas o soluciones.
- 3. Valoración de consecuencias:** analizar los pros y contras de cada alternativa en términos realistas, funcionales y no únicamente emocionales.
- 4. Elección de la mejor opción:** seleccionar la respuesta más viable y alineada con los valores personales y objetivos a largo plazo.
- 5. Plan de acción y evaluación posterior:** ejecutar la solución elegida y evaluar su eficacia, para reforzar el aprendizaje y ajustar si es necesario.

Ejemplo:

Lucía, 35 años, siente una creciente tensión con su madre desde hace meses. Suele sentirse infantilizada cada vez que hablan, y tras cada encuentro, experimenta una mezcla de rabia, culpa y agotamiento. No sabe cómo gestionar esta relación sin entrar en conflicto o terminar cortando el contacto.

Intervención en sesión:

Terapeuta: *Lucía, veo que esta situación con tu madre te genera un malestar profundo y sostenido. ¿Te parece si trabajamos esto desde una perspectiva de solución de problemas?*

Lucía: *Sí, pero no sé si tiene solución... siento que haga lo que haga, siempre termino mal.*

1. Definición clara del problema:

T: *Vamos a intentar acotar un poco. No se trata de "tu madre" como concepto amplio, sino de situaciones concretas. ¿Recuerdas la última interacción que te dejó mal?*

L: *Sí, el domingo. Me llamó para preguntarme si había hecho ya la declaración de la renta. Yo le dije que sí, y ella me respondió que "menos mal que por fin estás haciendo cosas por tu cuenta". Me sentí completamente ninguneada.*

T: *Entonces podríamos formular el problema así: "Cada vez que mi madre hace comentarios que percibo como despectivos sobre mi autonomía, me siento herida y pierdo el control emocional, pero no sé cómo responder sin escalar el conflicto." ¿Te parece ajustado?*

L: *Exacto. Esa es la sensación.*

2. Generación de alternativas:

T: *Bien, suspendamos un momento el juicio sobre lo que funcionaría o no. Imaginemos que tienes carta blanca para probar formas distintas de responder o gestionar esa situación. ¿Qué podrías hacer, incluso si ahora te parecen ideas raras o poco efectivas?*

L: Vale... podría:

- Ignorar el comentario por completo.
- Decirle de forma directa que ese tipo de comentarios me sientan mal.
- Enviarle una nota por escrito, para que no sea en caliente.
- Cambiar de tema cuando note que se mete en ese terreno.
- Grabarme una respuesta tipo y practicarla antes de hablar con ella.
- Hablarlo con mi padre para que le diga algo él.
- Tomar distancia un tiempo.

T: Perfecto, son muchas opciones. Algunas más asertivas, otras más evasivas, otras más simbólicas.

3. Valoración de consecuencias (centrada en valores y realidad, no en impulsos)

T: Vamos a mirar los pros y contras de algunas. Por ejemplo, decirle directamente que te molesta. ¿Qué tendría de positivo?

L: Me sentiría más honesta, más adulta. Estaría poniendo un límite.

T: ¿Y qué riesgo ves?

L: Que lo niegue o se victimice, como hace a veces. Me daría mucha culpa.

[Se hace lo mismo con otras opciones, como escribir una nota, o usar frases practicadas previamente].

4. Elección de la mejor opción (alineada con valores, no solo alivio emocional)

T: ¿Cuál de estas opciones te permitiría sentirte coherente con cómo quieres relacionarte con tu madre y contigo misma?

L: Creo que hablarlo en persona, pero sin acusarla. Usar una frase tipo: "Cuando me dices que menos mal que hago algo por mi cuenta, siento que no ves lo que ya he hecho. Y me cuesta mucho quedarme tranquila después." Me gustaría decirlo, incluso si se molesta.

T: ¿Y qué valor estarías defendiendo al hacerlo?

Lucía: Respeto. Hacia mí misma, y hacia la relación.

5. Plan de acción y evaluación posterior (con compromiso flexible)

T: ¿Te animas a probarlo la próxima vez que tengáis una conversación donde surja este tipo de comentario?

L: Sí, aunque con miedo.

T: ¿Quieres que lo ensayemos aquí antes de que llegue el momento? Y la próxima semana revisamos cómo fue, cómo te sentiste, qué funcionó y qué podría mejorarse. No como un juicio, sino como parte del entrenamiento.

MÓDULO VII

Regulación emocional interpersonal

Este módulo aborda la dimensión social de la regulación emocional, una faceta clave del funcionamiento psicológico que, con frecuencia, se subestima en los enfoques individuales. Las emociones se moldean, intensifican o calman en función de nuestras interacciones con los demás, y aprender a navegar esos vínculos es esencial tanto para el bienestar como para la prevención del sufrimiento crónico.

7.1. El papel del entorno social en la regulación emocional

La regulación emocional no es un proceso exclusivamente intrapsíquico. A lo largo del desarrollo humano, los vínculos sociales cumplen un rol fundamental en la modulación de los estados afectivos, desde la figura del cuidador que calma al bebé, hasta las redes sociales que sostienen al adulto ante experiencias difíciles. En psicoterapia, esta dimensión toma especial relevancia en el análisis de cómo determinadas relaciones funcionan como contextos amplificadores o reguladores del malestar.

El entorno social puede actuar como un regulador externo de emociones a través de distintas vías: la co-regulación emocional (por ejemplo, sentirse escuchado y comprendido), la modelación de respuestas (observar cómo otros manejan sus emociones), o la activación de significados compartidos que dan sentido a lo vivido. Estas interacciones no solo modulan la intensidad emocional, sino que también condicionan el tipo de emociones que emergen, su duración y la narrativa que se construye alrededor de ellas.

Es importante considerar que el entorno social también puede ejercer una influencia desorganizadora o desreguladora: invalidación persistente, hipervigilancia relacional, expectativas de perfección o mensajes ambiguos generan contextos en los que la persona internaliza un estilo emocional inseguro. **Analizar con el paciente cómo reacciona su entorno a sus expresiones emocionales y qué papel juega en su estabilidad afectiva** permite ampliar el enfoque hacia una regulación emocional contextualizada, relacional y más sostenible [Zaki & Williams, 2013].

7.2. Detección de patrones relacionales disfuncionales

La forma en que nos relacionamos con los demás suele reproducir esquemas aprendidos que, si no se hacen conscientes, perpetúan ciclos de sufrimiento emocional. Detectar patrones relacionales disfuncionales implica identificar aquellas dinámicas interpersonales que, de forma repetida, generan malestar, inhibición emocional o intensificación del conflicto.

En consulta, estos patrones pueden observarse en distintas expresiones: relaciones asimétricas marcadas por el control o la sumisión, vínculos basados en la dependencia afectiva o en la evitación del contacto emocional genuino, así como relaciones que giran en torno al rescate permanente o a la culpa compartida. **Muchos de estos esquemas se desarrollan como respuestas adaptativas tempranas**, pero cuando se trasladan a la vida adulta sin revisión crítica, tienden a rigidizar la experiencia emocional.

Una herramienta clínica eficaz para detectar estos patrones es el análisis funcional relacional: explorar cómo reacciona el paciente emocionalmente en distintos contextos, qué conductas pone en marcha, qué consecuencias se producen y qué función cumplen esas respuestas. Otro recurso valioso es la identificación de temas relacionales centrales —ideas recurrentes como *si muestro mis emociones, me abandonan o tengo que agradar para ser aceptado*— que operan como guiones ocultos y condicionan la expresión emocional.

La clave está en ayudar al paciente a mapear sus modos habituales de vincularse, identificar el impacto que estos tienen en su estabilidad emocional y abrir espacios para alternativas relacionales más seguras y reguladoras.



7.3. Asertividad emocional y establecimiento de límites

La asertividad emocional implica expresar con claridad lo que uno siente, necesita o teme en un lenguaje emocionalmente honesto y respetuoso. **Es una habilidad esencial en la regulación interpersonal**, ya que permite prevenir la acumulación de tensión afectiva, disminuir el resentimiento y generar contextos relacionales más predecibles y seguros.

Establecer límites no significa rechazar al otro, sino definir de manera explícita hasta dónde se está dispuesto a llegar, y en qué condiciones se puede mantener el bienestar emocional propio. Muchas personas que sufren dificultades emocionales crónicas han desarrollado una relación ambigua con los límites: los perciben como amenazas de pérdida, señales de egoísmo o motivos de culpa. Desde esta perspectiva, el trabajo terapéutico implica redefinir el límite como un acto de autocuidado y claridad relacional, más que como una ruptura.



Este tipo de entrenamiento requiere práctica continua, retroalimentación y un enfoque compasivo. No se trata de que el paciente actúe de forma impecable, sino de que comience a priorizar su integridad emocional en sus decisiones y vínculos, incluso si al principio eso genera incomodidad o duda [Linehan, 2014].

7.4. Regulación emocional en conflictos interpersonales

Los conflictos interpersonales son escenarios de alta carga emocional y, a la vez, oportunidades terapéuticas excepcionales para entrenar regulación afectiva en tiempo real. En ellos convergen expectativas frustradas, estilos de comunicación aprendidos y heridas relacionales no resueltas. Por eso, no basta con entrenar la comunicación eficaz: es necesario enseñar a sostener emocionalmente el conflicto sin caer en dinámicas de escalada, evitación o sumisión.

Trabajar la regulación emocional en conflictos implica desarrollar **habilidades de autoobservación, contención interna, lectura del contexto y postergación de respuestas impulsivas** (Overall & McNulty, 2017). Una estrategia efectiva es el uso de *tiempo emocional diferido*: enseñar al paciente a reconocer cuándo la emoción lo desborda y necesita detenerse antes de responder. Esto no implica huir del conflicto, sino generar un margen de seguridad para poder intervenir con claridad y coherencia.

Asimismo, es crucial trabajar la anticipación de conflictos previsibles: qué temas suelen detonar discusiones, cómo se puede preparar una conversación difícil, qué señales físicas o cognitivas anuncian una escalada emocional. Se puede utilizar el análisis de conflictos pasados para reconstruir la secuencia de hechos, emociones y reacciones, ayudando al paciente a detectar patrones de escalada o evitación.

El objetivo no es eliminar el conflicto, es fortalecer la capacidad del paciente para afrontarlo de forma emocionalmente sostenible. Eso incluye reconocer sus propios límites, distinguir entre intención y efecto en la comunicación, y validar las emociones propias y ajenas sin necesidad de rendirse ni imponerse.

7.4.1. Regulación emocional anticipatoria: intervenir antes del punto de quiebre

Una parte crítica del abordaje emocional en contextos interpersonales es entrenar al paciente para reconocer el conflicto **antes de que se vuelva ingobernable**. Esto implica identificar señales precoces de activación emocional que muchas veces pasan desapercibidas, como microgestos corporales, pensamientos recurrentes o cambios en el tono interno del discurso. Cuando estas señales son ignoradas, la respuesta emocional suele alcanzar un punto de intensidad que inhibe el uso de recursos previamente adquiridos.

El trabajo terapéutico debe centrarse en **la conciencia del umbral emocional personal**, es decir, el punto a partir del cual el paciente pierde la capacidad de reflexionar, modular la respuesta y comunicarse con claridad. Reconocer ese umbral no es evidente para muchos pacientes, especialmente si han crecido en entornos donde el conflicto era evitado, negado o vivido como amenaza directa. A través del análisis de situaciones reales, se puede enseñar a identificar momentos en los que todavía hay margen de maniobra emocional, y desde ahí construir un plan de acción previsible.

7.5. Memoria emocional y reactividad interpersonal

Las reacciones emocionales intensas ante situaciones sociales no suelen originarse únicamente en el presente. En pacientes con trastornos del estado de ánimo, especialmente en cuadros depresivos recurrentes o en el trastorno bipolar, la reactividad interpersonal se ve intensamente influida por **huellas emocionales antiguas que operan de forma implícita**. Estas memorias emocionales, almacenadas a nivel somático y afectivo, no se activan como recuerdos narrativos, sino como **sensaciones de amenaza relacional, vulnerabilidad o anticipación de rechazo**, que emergen en forma de malestar difuso, cambios bruscos en el estado de ánimo o conductas de evitación, ataque o sometimiento.

Desde el punto de vista clínico, es esencial **ayudar al paciente a identificar cuándo está reaccionando a una situación actual y cuándo está reviviendo una escena emocional pasada**. Esta discriminación favorece una mayor claridad interna y disminuye la fusión entre presente y pasado, una distorsión muy frecuente en el campo afectivo. Se puede trabajar a través del análisis emocional guiado, preguntando por la familiaridad de la emoción sentida [*¿cuándo has sentido esto antes?*], el estilo de respuesta [*¿es una forma habitual de reaccionar contigo mismo o con los demás?*], y la sensación corporal asociada.

Además, en estos pacientes es común que no tengan acceso consciente a estas memorias, pero sí manifiesten patrones rígidos de respuesta afectiva que interfieren en la calidad del vínculo: distancia emocional, búsqueda de aprobación constante, hipervigilancia ante señales de desaprobación, o necesidad de tener razón como forma de protección. El abordaje requiere tiempo, validación y psicoeducación para que el paciente **entienda que muchas de sus respuestas actuales tienen sentido a la luz de su historia afectiva, pero que hoy puede elegir nuevas formas de estar en el vínculo**.

Trabajar la memoria emocional como factor relacional y regulador contribuye a que el paciente no se vea a merced de sus estados de ánimo ante cada dificultad interpersonal. Le devuelve agencia, comprensión de sí mismo y una oportunidad de intervenir sobre sus vínculos desde un lugar más consciente y menos condicionado por experiencias pasadas no elaboradas (Hofmann, 2014).

7.6. Reestructuración emocional del diálogo interno en la relación con el otro

En los trastornos del estado de ánimo, el diálogo interno del paciente en situaciones interpersonales no solo refleja malestar, **sino que lo multiplica, lo mantiene y lo cronifica**. La forma en que una persona se habla a sí misma tras una discusión, un desencuentro o una situación de conflicto no es neutra: estructura la forma en que se valora a sí misma, interpreta la relación y anticipa el futuro del vínculo.

En la depresión, este diálogo suele estar teñido de autocrítica, pasividad y desesperanza. Tras un conflicto con un ser querido, el paciente puede interiorizar frases como: *He vuelto a arruinarlo todo, soy insoportable, o nadie va a querer estar conmigo así*. Estas verbalizaciones, lejos de aliviar el malestar, actúan como **generadores secundarios de sufrimiento**, manteniendo el estado depresivo y bloqueando la posibilidad de reparación del vínculo (Morin & Uttl, 2019).

En el trastorno bipolar, especialmente durante fases de alta activación, el diálogo interno puede alternar entre pensamientos grandilocuentes y reacciones autorreferenciales (*no me entienden porque soy superior, si me cuestionan, es porque tienen envidia*), y momentos de colapso interno cuando baja la intensidad emocional, dando paso a frases de autosabotaje, arrepentimiento o culpa (*soy un desastre, no puedo controlar nada, siempre termino solo*). Estas oscilaciones generan una experiencia subjetiva caótica y erosionan la estabilidad de las relaciones cercanas.

El objetivo clínico no es eliminar estos pensamientos, sino ayudar al paciente a **desarrollar un estilo de diálogo interno más regulador, más compasivo y más funcional**, que pueda sostener los momentos de conflicto sin distorsionar el valor personal ni proyectar significados catastróficos sobre la relación. Esto requiere identificar no solo qué se dice el paciente, sino *desde qué lugar emocional se lo dice y qué efectos tiene ese discurso sobre su estado de ánimo y su comportamiento* (Aldao et al., 2010).

Ejemplo:

Terapeuta (T): ¿Qué pasó después de la discusión con tu pareja el martes?

Paciente (P): Me dijo que estaba harto de que yo me pusiera así por todo... que siempre dramatizo. Apenas colgó el teléfono, pensé: “Ya está. Lo arruiné otra vez. No soy capaz de mantener una relación sin estropearlo todo”.

T: Esa frase... “lo arruiné otra vez” ... ¿cómo te sentiste al decirla internamente?

P: Hundida. Como si no tuviera arreglo. Me puse a llorar, cancelé todo lo que tenía ese día. Sentí que tenía razón, que soy una carga.

T: ¿Crees que esa voz interna te ayudó a calmarte o a entender mejor lo que pasó?

P: No... fue como caer más hondo. No me dejaba pensar con claridad.

T: Ese diálogo interno no solo expresaba tu malestar, sino que lo amplificaba. ¿Te parece que podríamos observar esa voz desde otro lugar? No para negar lo que sientes, sino para contenerlo de una forma que no te hunda más.

P: ¿Cómo sería eso?

T: Por ejemplo, en lugar de “lo arruiné otra vez”, podrías decir: “Estoy alterada por lo que pasó, pero aún no sé bien qué sentí ni cómo se lo transmití. Voy a darme tiempo para aclararme antes de juzgarme.”

¿Cómo suena eso en comparación?

P: Mucho menos duro... como si aún tuviera margen. Como si no todo estuviera perdido.

T: Justo eso es regularse: reconocer el impacto sin quedarte atrapada en él. No se trata de pensar en positivo, sino de encontrar un lenguaje interno que te acompañe, no que te castigue

MÓDULO VIII

Integración clínica y aplicación práctica

Este módulo final tiene como objetivo consolidar los aprendizajes adquiridos a lo largo del curso y trasladarlos a la práctica clínica desde una perspectiva integradora y reflexiva. Se profundiza en la selección y adaptación de técnicas en función del perfil emocional del paciente, la elaboración de planes de intervención personalizados, el desarrollo de estrategias que favorezcan la sostenibilidad del cambio emocional a largo plazo y la supervisión clínica como herramienta de análisis y mejora continua. Todo ello orientado a fortalecer la toma de decisiones terapéuticas y a afinar la sensibilidad profesional en el abordaje de los trastornos del estado de ánimo.

8.1. Selección y adaptación de técnicas según el perfil del paciente

La elección de técnicas de regulación emocional requiere **una lectura fina de las características clínicas, personales y contextuales del paciente**. No se trata de aplicar estrategias de forma estandarizada, sino de comprender el papel que cumple la emoción disfuncional dentro del funcionamiento psíquico del individuo. Por ejemplo, una persona con depresión cuyo patrón predominante es la rumiación mental persistente podría beneficiarse de intervenciones que aborden la sobreidentificación con los contenidos cognitivos, mientras que en otro caso, con predominancia de anhedonia, será más pertinente activar el sistema de recompensa a través de intervenciones conductuales estructuradas.

El trabajo clínico implica una evaluación continua del impacto que tiene cada técnica en la regulación emocional real del paciente. Esta dimensión adaptativa también exige considerar la etapa del proceso terapéutico: en fases iniciales, algunas personas no están en condiciones de utilizar técnicas introspectivas complejas y es necesario favorecer estrategias que fomenten el anclaje y la contención. **El terapeuta debe tener en cuenta no solo los síntomas, sino los estilos de afrontamiento, la historia emocional, las resistencias y los aprendizajes previos del paciente respecto a sus emociones.**

8.2. Diseño de planes de intervención personalizados

Diseñar un plan de intervención emocional supone mucho más que ordenar sesiones o aplicar técnicas de forma secuencial. Requiere construir un mapa clínico dinámico donde se establezcan objetivos graduales de cambio, sostenidos por hipótesis funcionales específicas. En el contexto de los trastornos del estado de ánimo, esta planificación debe integrar no solo los síntomas observables, sino también los mecanismos que mantienen la desregulación emocional a nivel cognitivo, conductual y relacional.



El plan no es estático: se retroalimenta con la evolución clínica, la respuesta emocional del paciente y las resistencias emergentes. Las fases del tratamiento deben considerar momentos para la exploración emocional, la adquisición de habilidades, la confrontación de patrones desadaptativos y la generalización de recursos a contextos de vida real. Es esencial que el diseño contemple formas de sostener la motivación del paciente, prever puntos de estancamiento y establecer criterios de evaluación que permitan ajustar el enfoque sin caer en la improvisación [Aldao et al., 2010].

8.3. Prevención de recaídas y sostenibilidad del cambio emocional

El cambio emocional duradero no depende únicamente de la adquisición de habilidades, sino de la transformación en la forma en que la persona se relaciona con sus propios estados internos. En este sentido, prevenir recaídas implica favorecer procesos de metarregulación, es decir, el desarrollo de una conciencia reflexiva sobre cómo gestionar las emociones en distintos escenarios vitales, incluso cuando estas emociones reaparecen con intensidad.

Las estrategias de prevención de recaídas involucran la construcción de un marco interno más flexible, la capacidad de anticipar contextos de riesgo, y la habilidad para restaurar la regulación sin percibirlo como un retroceso. En los trastornos del estado de ánimo, esto implica trabajar también con el miedo al deterioro, con el juicio sobre la vulnerabilidad emocional, y con la tendencia a interpretar variaciones normales como señales de fracaso. La sostenibilidad del cambio requiere acompañar al paciente a desarrollar una narrativa emocional coherente, donde los avances se consoliden como parte de una identidad emocional más integrada y consciente.

Este trabajo de prevención exige un enfoque terapéutico que contemple no solo la anticipación del malestar, sino también la legitimación de su presencia. Es necesario ayudar al paciente a construir una mirada interna que permita diferenciar entre una recaída clínica y una oscilación emocional esperable, evitando respuestas alarmistas que activen patrones de evitación o conductas de sobrecontrol. En este sentido, la metarregulación implica tres competencias interrelacionadas: la capacidad de observar la emoción sin quedar absorbido por ella [conciencia emocional activa], la habilidad para contextualizar el estado emocional dentro de un ciclo vital más amplio [pensamiento transaccional], y el entrenamiento para decidir cómo responder sin invalidar la experiencia afectiva [flexibilidad regulatoria].

Ejemplo:

Contexto: *Carla, 34 años, ha pasado por un episodio depresivo y ha finalizado hace dos meses una primera fase de tratamiento. Vuelve a consulta tras notar señales de bajada emocional.*

Terapeuta (T): *Carla, ¿cómo te has sentido esta semana?*

Carla (C): *Mal... Otra vez. Me está volviendo ese cansancio. No tengo ganas de nada. Y en el trabajo... fue solo una reunión, pero me sentí invisible. Al salir pensé: "no valgo, da igual lo que haga".*

T: *¿Y ese pensamiento apareció justo después de la reunión?*

C: *Sí. Fue como un bajón en picado. Y lo peor es que me dije: “ya está, todo esto que hicimos en terapia no ha servido para nada.”*

T: *Escucho dos cosas importantes ahí. Una es la emoción, ese malestar tan denso. Y otra es cómo te hablaste a ti misma cuando surgió. ¿Te das cuenta?*

C: *Sí... me derrumbé rápido. Es como si no hubiera aprendido nada.*

T: *Vamos a parar ahí un momento. Lo que estás sintiendo sí es doloroso, pero quiero que pruebes a observarlo desde un lugar más amplio. ¿Qué estaba pasando estos días? ¿Has podido descansar bien, comer, moverte?*

C: *No... la verdad es que llevo semanas durmiendo poco, comiendo mal y no he salido a caminar, aunque sé que me ayuda. También hubo mucha tensión en la oficina.*

T: *Eso que estás haciendo ahora —mirar el contexto completo— es pensamiento transaccional. No estás negando lo que sientes, pero tampoco lo estás interpretando como un fracaso personal. ¿Lo notas?*

C: *Sí... se siente menos definitivo.*

T: *Exacto. Eso es parte de la prevención de recaídas: no tanto evitar el malestar, sino darte cuenta de qué lo está amplificando. Y darte espacio para no caer en la respuesta automática. ¿Qué podrías decirte en un momento así, que te ayude a sostenerte sin dejarte arrastrar?*

C: *Tal vez algo como: “esto se parece a lo de antes, pero no significa que esté igual”.*

O: *“puedo parar, pedir ayuda, no tengo que solucionarlo todo sola.”*

T: *Ese es tu músculo de flexibilidad regulatoria trabajando. Y lo estás haciendo ahora mismo. No vamos a evitar por completo que haya bajones, pero sí vamos a entrenar que cuando lleguen, no se conviertan en túneles. Y eso se practica justo como lo estás haciendo hoy: con conciencia, con contexto y con autocompasión.*

C: *Nunca me había dado cuenta de que una recaída también se puede pensar. Siempre la viví como una catástrofe que me atrapaba.*

T: *Y ahora puedes empezar a responderle, no desde el miedo, sino desde esa parte tuya que ya ha recorrido este camino antes. No estamos volviendo al inicio. Estás ampliando el modo de estar contigo en los momentos difíciles.*

8.4. Supervisión de casos y análisis reflexivo de la práctica clínica

La práctica clínica en regulación emocional demanda del terapeuta una mirada autorreflexiva y rigurosa sobre sus intervenciones. Supervisar casos no es solamente revisar técnicas, sino explorar cómo influyen las dinámicas emocionales del paciente en la propia contratransferencia, en la toma de decisiones clínicas y en la coherencia del encuadre. **Una supervisión efectiva implica abrir espacios para cuestionar supuestos, detectar interferencias sutiles y observar los puntos ciegos del propio estilo terapéutico.**

El análisis reflexivo incluye también el reconocimiento de momentos clínicos significativos: aquellos en los que una intervención moviliza al paciente de forma inesperada, o en los que la técnica no produce el efecto esperado. **En esos momentos, se pone en juego la capacidad del terapeuta para reevaluar hipótesis, escuchar el proceso emocional en su complejidad, y mantener una postura clínica que combine rigor técnico con sensibilidad relacional.** Este tipo de análisis es crucial en el abordaje de los trastornos del estado de ánimo, donde las emociones del paciente pueden arrastrar al terapeuta a respuestas que refuercen la evitación o el sobrecontrol emocional, reproduciendo así los patrones que se intentan transformar.

8.4.1. Supervisión emocional del terapeuta: regulando desde quien interviene

En el abordaje de los trastornos del estado de ánimo, el terapeuta se encuentra expuesto a una carga emocional compleja que puede influir en su capacidad de intervención. Estados prolongados de desesperanza, inhibición afectiva o desregulación intensa por parte del paciente pueden generar resonancias internas que condicionan, muchas veces de forma sutil, la manera de escuchar, interpretar o intervenir. La supervisión adquiere así una función clave: ofrecer un espacio estructurado donde el profesional pueda revisar no solo sus decisiones clínicas, sino también su experiencia emocional en el proceso terapéutico.

Este tipo de autoconsciencia resulta esencial para prevenir el desgaste emocional, especialmente en contextos donde el terapeuta sostiene a pacientes con elevada carga afectiva, algo que estudios recientes han vinculado con altos niveles de burnout si no se cuenta con espacios adecuados de supervisión o regulación (Potash et al., 2014).

Cuando el terapeuta responde desde lugares no explorados —como el cansancio empático, el temor al fracaso terapéutico o la necesidad de reparar— pueden consolidarse patrones de actuación reactiva que comprometen la dirección del tratamiento. La supervisión permite reconocer estos movimientos, darles un lugar y transformarlos en recursos clínicos a través de una elaboración consciente. Esta elaboración, además, ayuda a prevenir que factores personales como el perfeccionismo o la autoobservación excesiva —presentes en muchos profesionales en formación— se traduzcan en agotamiento emocional (Kwon et al., 2022).

Esta práctica contribuye a sostener una postura terapéutica lúcida y comprometida, donde la sensibilidad emocional del profesional no actúe como distorsión, sino como canal de conexión profunda con el proceso del paciente. Cultivar esta conciencia requiere entrenamiento, humildad clínica y un entorno donde sea posible pensar sin defensas lo que también le ocurre a quien acompaña.



Diálogo clínico [Sesión 14 con Tomás, 28 años, depresión distímica]

Tomás (paciente): No he hecho los ejercicios esta semana. Me sentía sin energía... y, no sé, como que todo me daba igual. Pensé en venir o no venir hoy, para ser honesto.

Terapeuta: [con tono levemente presionado, intentando sonar amable] Bueno, al menos has venido, y eso ya es importante. Pero... ¿qué pasó con el compromiso que habías tomado contigo mismo? La semana pasada saliste convencido.

Tomás: [levemente a la defensiva] Ya... sí. Pero luego fue como si nada de eso tuviera sentido. No sé, no quiero que me veas como alguien que no se esfuerza.

Terapeuta: No, claro... pero esto es lo que hablamos tantas veces, ¿no? Si no aplicas nada entre sesiones, no vamos a avanzar.

Tomás: [bajando la mirada] Ya. Lo sé.

Diálogo de supervisión posterior

Supervisora: ¿Cómo te sentiste en esa parte de la sesión?

Terapeuta: Frustrado, la verdad. Llevamos semanas trabajando. Siento que no está avanzando, y empiezo a dudar de si soy el terapeuta adecuado para él.

Supervisora: ¿Y qué crees que pasó con tu intervención en ese momento?

Terapeuta: Creo que me apuré. Quise moverlo, activarlo... pero quizás lo empujé desde mi incomodidad. Me di cuenta después de que él se cerró.

Supervisora: ¿Puede ser que no estabas escuchando tanto a Tomás como a la voz dentro de ti que te decía que “deberías estar logrando algo”?

Terapeuta: Sí... totalmente. Es esa parte mía que se siente fracasando cuando el paciente no mejora.

Supervisora: Lo interesante es que, en lugar de registrar que su retraimiento necesitaba contención, reaccionaste intentando corregir el rumbo. ¿Te suena familiar ese patrón?

Terapeuta: [suspira] Es el mismo que tengo fuera del trabajo. Cuando las cosas no salen, redoblo el esfuerzo... y a veces asfixio la situación.

Supervisora: Entonces esto no es solo sobre Tomás. Es también un momento de autorregulación para ti. Tal vez el próximo paso no sea pedirle que avance, sino mostrarle que tú también estás ahí cuando el avance no llega.



MÓDULO IX

Casos prácticos

A continuación, podrás observar cómo se incorporan algunos de los aspectos aprendidos en el curso en varios casos. Puedes repasar las ideas principales de cada apartado del temario para asegurar que recuerdas qué se está tratando en cada uno de ellos. Todos los nombres y datos presentados son ficticios ¡Esperamos que te sea útil!

Caso Marta

Nombre: Marta

Edad: 32 años

Ocupación: diseñadora gráfica freelance

Diagnóstico: trastorno depresivo mayor, episodio actual moderado, sin síntomas psicóticos

Motivo de consulta: "Siento que todo me cuesta, como si estuviera desconectada de mí."

Historia reciente: Desde hace unos tres meses, Marta experimenta anhedonia, fatiga intensa, insomnio de mantenimiento y pensamientos de inutilidad. Comenta que antes disfrutaba de dibujar, salir sola a caminar o leer poesía, pero ahora "nada tiene sentido". Mantiene sus responsabilidades laborales mínimamente, pero con gran esfuerzo. Vive sola, no tiene pareja, y refiere poco contacto social. Reconoce que, en momentos puntuales, ha pensado que "si no estuviera aquí, no pasaría nada", pero sin plan suicida.

Situación trabajada en sesión: Marta relata que el fin de semana se encontró con su hermana y que, al volver a casa, sintió una especie de vacío inexplicable. En sus palabras: "Ella hablaba de sus planes, de su pareja, de su nueva casa, y yo solo podía pensar que estoy estancada, que soy un lastre".

Diálogo con el terapeuta:

Terapeuta: *¿Y te molestó que ella hablara tanto de sí misma?*

Marta: *No... no fue eso. Fue más lo que me pasó a mí después.*

Terapeuta: *Ya... claro, compararte con ella te activa esa sensación de fracaso.*

Marta: *Supongo. Es como que vuelvo a sentir lo mismo de siempre.*

Terapeuta: *¿Y qué te dijiste exactamente en ese momento?*

Marta: *Que no he hecho nada con mi vida.*

Terapeuta: *Bueno, eso es el pensamiento depresivo típico, ¿verdad? Ya hemos visto que no es realista. Has logrado muchas cosas. Trabajas, vives sola, eres independiente...*

Marta: *Sí, pero no lo siento así.*

Terapeuta: *¿Y por qué crees que te cuesta tanto verlo, si objetivamente hay pruebas de que sí avanzas?*

Caso Laura

Nombre: Laura

Edad: 39 años

Diagnóstico: Episodio depresivo moderado [F32.1, CIE-11]

Síntoma predominante: Tristeza persistente, autodesvalorización, anhedonia y aislamiento social

Objetivo terapéutico: Disminuir el malestar emocional asociado a pensamientos automáticos negativos (PAN) mediante reestructuración cognitiva centrada en el estado de ánimo

Número de sesión: 7ª sesión de tratamiento

Modelo de intervención: Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) adaptada al perfil emocional de la paciente

Antecedentes y contexto

Laura acude a consulta tras una ruptura de pareja que ocurrió hace 6 meses. Desde entonces, presenta tristeza constante, insomnio, desmotivación laboral, aislamiento y una sensación intensa de fracaso personal. La paciente refiere que esta no es su primera experiencia depresiva, pero sí la más prolongada. Identifica una autocrítica muy activa, que se intensifica cuando experimenta tristeza o desmotivación. La paciente se describe como perfeccionista, poco indulgente consigo misma y muy influenciada por su estado emocional al interpretar situaciones.

Sesión centrada en la reestructuración cognitiva

Inicio de sesión:

Terapeuta (T): ¿Cómo te has sentido esta semana?

Laura (L): Igual. Me cuesta levantarme. Hoy casi cancelo la sesión. Me miro al espejo y solo veo a alguien sin fuerza ni rumbo.

T: Y cuando surge esa imagen, ¿qué te dices?

L: Que soy una decepción. Que no estoy a la altura de lo que debería ser. Me lo digo incluso antes de pensar si hay algo que quiero hacer. Me lo creo por cómo me siento.

Fase 1: Identificación del pensamiento automático negativo (PAN)

T: ¿Te das cuenta de que ese pensamiento —“soy una decepción”— aparece después de sentirte triste?

L: Sí... como si la tristeza lo activara. O como si la tristeza confirmara que es verdad.

T: Exacto. Lo que sientes —la tristeza— es una emoción real, pero no tiene por qué ser una prueba de lo que piensas sobre ti. Vamos a trabajar eso.

Fase 2: Exploración de evidencia a favor y en contra

T: ¿Podemos detenernos un momento y examinar esa idea? Cuando piensas “soy una decepción”, ¿hay alguna evidencia que apoye ese pensamiento?

L: Bueno... no estoy trabajando al 100%, no socializo, evito muchas cosas.

T: Es cierto que tu nivel de actividad ha bajado, y eso es importante. Pero eso describe comportamientos, no define quién eres. ¿Hay algo que no encaje con la idea de “ser una decepción”?

L: He seguido viniendo a terapia. A veces me esfuerzo por comer bien, incluso cuando no tengo ganas. Y ayudé a mi hermana con un problema legal la semana pasada.

T: ¿Te parece coherente llamar a alguien que hace todo eso “una decepción”?

L: Supongo que no... pero no lo siento así cuando estoy mal.

Fase 3: Reatribución y reencuadre emocional

T: Entonces lo que ocurre es que cuando aparece la tristeza, se activa un filtro. Ese filtro te hace ver solo una parte de ti. Es como si el estado de ánimo fuera el color del cristal desde donde te juzgas.

L: Sí. Es exactamente eso. Cuando estoy un poco mejor, pienso distinto. Pero en los días malos, solo veo lo peor.

T: Y eso tiene un nombre: distorsión cognitiva centrada en el estado de ánimo. Es muy común en la depresión. El objetivo no es sentirte bien todo el tiempo, sino aprender a no creer todo lo que piensas cuando estás mal. ¿Podríamos construir juntos una alternativa más ajustada a la realidad?

L: Podría ser: “Estoy pasando por un momento difícil y eso afecta cómo me veo. Pero eso no significa que yo sea una decepción.”

T: Excelente. ¿Cómo suena eso en comparación?

L: Más justo. No tan absoluto. Como si dejara espacio para algo más.

Fase 4: Consolidación y ensayo emocional

T: ¿Podrías escribir esa frase y tenerla a mano durante la semana? No como una orden para sentirte bien, sino como una cuerda a la que agarrarte cuando el estado de ánimo te haga dudar de ti.

L: Sí. Lo puedo hacer. Escribirla me ayuda a recordarlo cuando empiezo a perder perspectiva.

T: Eso es lo que buscamos: que poco a poco se instale una nueva forma de responderte a ti misma, incluso en los momentos más oscuros.

Resumen técnico del procedimiento

- Tipo de pensamiento trabajado: autodesvalorización ligada al afecto negativo
- Técnica aplicada: reestructuración cognitiva centrada en el estado de ánimo con identificación de la distorsión de “razonamiento emocional”
- Recurso psicoeducativo empleado: explicación del sesgo de confirmación emocional y metáfora del “cristal con filtro afectivo”

- *Resultado de la sesión: generación de pensamiento alternativo más realista y funcional; inicio de entrenamiento en recordatorios emocionales y metacognición*

Caso David

Nombre: David

Edad: 26 años

Diagnóstico: Esquizofrenia paranoide [F20.0, CIE-11]

Estado clínico: Estabilizado farmacológicamente. Síntomas positivos en remisión parcial, síntomas negativos moderados. Elevada evitación emocional y conductual ante situaciones que despiertan angustia interpersonal.

Objetivo terapéutico: Recuperar contacto con situaciones de activación emocional evitando recurrencias de retraimiento o sobrecontrol defensivo.

Contexto inicial

David acude a terapia tras un año de seguimiento psiquiátrico, durante el cual ha conseguido mantener cierta estabilidad en su vida cotidiana, con buen cumplimiento farmacológico. Aunque no presenta delirios activos, muestra hipervigilancia interpersonal, inhibición emocional y baja expresión afectiva, así como conductas de evitación: ha dejado de salir con amigos, no acude a reuniones familiares, evita mirar a los ojos, y reporta ansiedad somática intensa al exponerse a emociones fuertes, incluso cuando son agradables (como entusiasmo, deseo o ternura).

A lo largo de las sesiones iniciales se identifica un patrón de evitación emocional estructural, reforzado por la creencia de que mostrar emociones podría desatar descontrol mental o “perder la cabeza otra vez”. Este miedo no se expresa como delirio, sino como una convicción asociada a experiencias pasadas en brote, en las que emociones intensas precedieron episodios psicóticos.

Intervención clínica: sesión con exposición emocional guiada

Momento de trabajo: *Sesión 10. El objetivo es acompañar a David en una exposición emocional progresiva, en este caso a la emoción de tristeza, que él suele suprimir sistemáticamente. Se ha identificado un evento emocional reciente: el cumpleaños de su sobrina, al que no asistió, y que luego le provocó malestar persistente.*

Terapeuta (T): *Hablamos la semana pasada de ese día del cumpleaños. ¿Te parece que podamos quedarnos un rato con lo que sentiste?*

David (D): *No me gusta pensar en eso. Me pone raro. Me da vueltas la cabeza.*

T: *Entiendo que no es fácil. Pero algo en ti quiso traerlo. No vamos a forzarlo, solo vamos a mirar cómo aparece eso en ti. Si lo evitamos, ¿qué suele pasar?*

D: *Me quedo callado. Me siento tenso. Y luego pienso todo el día que estoy raro o que algo va mal.*

T: *¿Y si en lugar de evitarlo, nos quedamos aquí, observando qué pasa cuando aparece esa emoción?*

D: ¿Y si me desbordo?

T: Aquí podemos regularlo juntos. Lo que vamos a practicar es estar con esa emoción sin que tenga que crecer ni desaparecer. Solo notarla. ¿Estás de acuerdo?

D: Vale... pruebo.

[Pasan 30 segundos en silencio. David empieza a mover las manos con inquietud.]

T: ¿Qué notas ahora?

D: Me pican los ojos. Como si fuera a llorar, pero no quiero.

T: ¿Y qué pasa si te das permiso? ¿Qué piensas que ocurriría?

D: Que me va a doler todo, como cuando estaba mal. Que se me va a descontrolar la cabeza.

T: Ese miedo es comprensible. Pero hoy no estás en brote. Estás aquí, conmigo. Y lo que sientes es tristeza. La emoción no es el problema. Lo que vamos a hacer es quedarnos con esa sensación. Solo un poco. Solo hoy.

[David respira hondo. Se humedecen los ojos. No llora, pero deja de tensar la mandíbula.]

T: ¿Qué estás sintiendo ahora mismo?

D: Pena. Me la perdí... Ella me quería allí.

T: Y tú también querías estar, ¿no?

[David asiente. Lagrimea levemente.]



Referencias bibliográficas

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alisofi, A., Kaikha, H., & Badpa, K. (2024). The effect of Acceptance and Commitment Therapy on cognitive fusion in anxious students. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 5(12), 125–131. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.5.12.14>
- Barraca, J., & Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Boggiano, J. P., & Gagliesi, P. (2022). *Terapia Dialéctico Conductual: Introducción al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Centro InterContext. <https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2022/04/DBT-BOGGIANO-Y-GAGLIESI.pdf>
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour research and therapy*, 57, 13–20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003>
- Chacón Retana, F. M. (2023). Estudio de caso en regulación emocional de la terapia dialéctica conductual en paciente con diagnóstico de trastorno de personalidad límite. *Revista Ciencia y Salud: Integrando conocimientos*, 7(1), 59–71. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i1.579>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., ... & Corbella, B. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402–407. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.4.402>
- Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
- El-Ashry, A. M., Abd Elhay, E. S., Taha, S. M., Khedr, M. A., Attalla Mansour, F. S., Alabdullah, A. A. S., Farghaly Abdelaliem, S. M., & El-Sayed, M. M. (2024). Effect of applying nursing-based cognitive defusion techniques on mindful awareness, cognitive fusion, and believability of delusions among clients with schizophrenia: a randomized control trial. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1369160. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1369160>
- Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693–700. <https://doi.org/10.1038/nrn4044>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.

- Gross, J. J. [2015]. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26[1], 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. [2015]. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Hofmann S. G. [2014]. Interpersonal Emotion Regulation Model of Mood and Anxiety Disorders. *Cognitive therapy and research*, 38[5], 483–492. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9620-1>
- Hoffmann, A. N., Contreras, B. P., Clay, C. J., & Twohig, M. P. [2016]. Acceptance and Commitment Therapy for Individuals with Disabilities: A Behavior Analytic Strategy for Addressing Private Events in Challenging Behavior. *Behavior Analysis in Practice*, 9[1], 14–24. <https://doi.org/10.1007/s40617-016-0105-4>
- Jiang, Y., Zou, M., Wang, Y., & Wang, Y. [2023]. Nucleus accumbens in the pathogenesis of major depressive disorder: A brief review. *Brain Research Bulletin*, 196, 68–75. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2023.03.004>
- Johnson, S. L., Cuellar, A. K., Ruggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White, R., & Miller, I. [2008]. Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117[2], 268–277. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.117.2.268>
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. [2010]. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion*, 24[2], 281–298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>
- Kim, J., Seol, S., Kim, T. E., Lee, J., Koo, J. W., & Kang, H. J. [2024]. Synaptotagmin-4 induces anhedonic responses to chronic stress via BDNF signaling in the medial prefrontal cortex. *Experimental & Molecular Medicine*, 56[2], 329–343. <https://doi.org/10.1038/s12276-024-01156-8>
- Kwon, W., Ha, J. H., Jang, H., & Lee, D. [2022]. The effects of perfectionism and dispositional self-focused attention of novice counselor on psychological burnout: Moderated mediating effects of cognitive emotion regulation strategies. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 44[2], 283–297. <https://doi.org/10.1007/s10447-021-09460-y>
- Linehan, M. M. [1993]. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. [2014]. *DBT® Skills Training Manual*. Guilford Press.
- Marchetti, I., Koster, E. H. W., Sonuga-Barke, E. J. S., & De Raedt, R. [2012]. The default mode network and recurrent depression: A neurobiological model of cognitive risk factors. *Neuropsychology Review*, 22[3], 229–251. <https://doi.org/10.1007/s11065-012-9199-9>
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. [2010]. *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Morin, A., & Uttl, B. [2019]. Inner dialogical communication and pathological personality traits. *Frontiers in Psychology*, 10, 1740. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01740>
- Na, E., Lee, K., Jeon, B. H., Jo, C., Kwak, U. H., Jeon, Y., Yang, K., Lee, E. J., & Jeong, J. [2022]. Acceptance and Commitment Therapy for Destructive Experiential Avoidance

[ACT-DEA]: A Feasibility Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16434. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416434>

- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Overall, N. C., & McNulty, J. K. (2017). What type of communication during conflict is beneficial for intimate relationships? *Current Opinion in Psychology*, 13, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.002>
- Pizzagalli, D. A. (2014). Depression, stress, and anhedonia: Toward a synthesis and integrated model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 393–423. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- Potash, J. S., Ho, A. H. Y., Chan, F., Wang, X. L., & Cheng, C. (2014). Can art therapy reduce death anxiety and burnout in end-of-life care workers? A quasi-experimental study. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(5), 233–240. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.5.233>
- Shahar, B., Britton, W. B., Sbarra, D. A., Figueredo, A. J., & Bootzin, R. R. (2014). Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(4), 402–416. <https://doi.org/10.1521/ijct.2014.7.4.402>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations* (Vol. 59, pp. 25–52). Monographs of the Society for Research in Child Development.
- Vieta, E., Salagre, E., Grande, I., Carvalho, A. F., Fernandes, B. S., Berk, M., Birmaher, B., Tohen, M., & Suppes, T. (2018). Early Intervention in Bipolar Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 175(5), 411–426. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17090972>
- Wells, A., & Matthews, G. (2015). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Psychology Press.
- Werner, K., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(5), 543–558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: Norton.
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803–810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>

