

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de

México

México

Reyes Ortega, Michel André

Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional

Psicología Iberoamericana, vol. 21, núm. 2, julio-diciembre, 2013, pp. 7-18

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

# Características de un modelo clínico transdiagnóstico de regulación emocional

*Characteristics of a transdiagnostic clinical model of emotion regulation*

Michel André Reyes Ortega<sup>1</sup>

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

## RESUMEN

La regulación emocional inefectiva se relaciona con el desarrollo y el mantenimiento de un estimado de 75% de las categorías diagnósticas del DSM-IV TR (Kring & Werner, 2004); elaborar tratamientos que la intervengan contribuye al avance de la ciencia psicológico-clínica basada en evidencias y al alivio del sufrimiento de personas con problemas emocionales o afectivos crónicos en comorbilidad (Hayes & Spencer, 2005; Riskind, 2008). En el artículo se describe un modelo de intervención orientado a la resolución de dificultades de regulación emocional, que integra elementos de terapias metacognitiva y conductual-contextuales. Se presenta un caso que ilustra su aplicación a un problema de trastorno por atracón. Se describen sus supuestos teóricos básicos y se ilustran sus aplicaciones clínicas, así como sus resultados. El modelo representa una innovación porque hasta la fecha, en México, no existen tratamientos que intervengan en procesos de valor transdiagnóstico comprobado. Se espera que el artículo pueda ayudar a ilustrar la aplicación de estrategias de efectividad comprobada a problemas complejos y estimular el desarrollo de tratamientos efectivos en el país.

Palabras clave: regulación emocional, terapia conductual, atención plena, trastorno por atracón.

## ABSTRACT

*Ineffective emotion regulation is related to the development and maintenance of an estimated 75% of DSM-IV-TR diagnostic categories (Barlow, 2000; Kring & Werner, 2004), to develop intervention treatments that help advance evidence-based clinical psychological science and to alleviate the suffering of people with chronic emotional or behavioral problems with co-morbidity (Hayes, 2005; Riskind, 2008). This article describes a model of intervention oriented toward resolving emotion regulation difficulties that combine elements of metacognitive contextual-behavioral therapies. A case study illustrates its application to an eating disorder problem. We describe the basic theoretical hypotheses and illustrate their clinical applications and results. The model represents an innovation because in Mexico treatments which would intervene in processes with proven transdiagnostic value are not yet available. The article can help illustrate the application of proven strategies of effectiveness to address complex problems and to boost the development of effective treatment in Mexico.*

Keywords: emotion regulation, behavioral therapy, complete attention, eating disorder.

<sup>1</sup> Recibido: 22 de enero, 2013 – Aceptado: 2 de agosto, 2013.

Correspondencia: Michel André Reyes Ortega, Asociación Mexicana de Ciencias Conductual Contextuales, Miguel Ángel de Quevedo 785-14, Rosedal, Coyoacán, México, D. F., C. P. 04330. michel.reyes@terapiascontextuales.org

## REGULACIÓN EMOCIONAL

Cualquier intento que hacen las personas para influir en su experiencia y expresión emocional lleva por nombre *regulación emocional* (RE) (Fairholme, Boisseau, Ellard, Ehrenreich & Barlow, 2010). Se considera efectiva cuando el grado de control que se tiene sobre ella se adecua a las características de la situación y los objetivos personales a largo plazo (Berenbaum, Raghava, Le Vernon & Gomez, 2003; John & Gross, 2004; Kring & Werner, 2004; Mennin & Farach, 2007).

La regulación emocional efectiva se dificulta cuando las personas carecen de las destrezas necesarias, o estas habilidades se encuentran impedidas o deterioradas (Cicchetti, Ackerman & Izard, 1995; Farach & Mennin, 2007; Kring & Werner, 2004; Mennin, Heimberg, Fresco & Turk, 2005). Estas deficiencias resultan en *desregulación emocional*, caracterizada por una excesiva intensidad de la experiencia y expresión emocional, impulsividad o una enorme inhibición de la experiencia (Leahy, Tirc & Napolitano, 2011).

Los metanálisis de Harvey, Mansell, Watkins y Shafran (2004), Wells (2000) y Werner y Gross (2010) indican que la evitación situacional, las conductas de seguridad y control, el monitoreo de estímulos negativos, la distracción y la evitación cognoscitiva, la rumiación, la preocupación y la acción impulsiva motivada por emoción, son estrategias de RE inefectivas de estatus causal y de mantenimiento en varios síndromes clínicos y subclínicos (Werner & Gross, 2010).

En la actualidad, existen diversos protocolos que pretenden corregir las estrategias de RE inefectivas. La mayoría de estos modelos se ha desarrollado en Estados Unidos y se encuentra en fase experimental, por ejemplo, el protocolo unificado de regulación emocional (Barlow et al., 2008; Fairholme et al., 2010) y la terapia de regulación emocional (Mennin & Fresco, 2010; Mennin et al., 2005). En México, Reyes (2012) desarrolló el Modelo Integrativo para la Regulación Emocional (MIRE) como una guía flexible para la formulación de caso y la aplicación de tratamientos para pacientes con desregulación emocional (el modelo se describe en la siguiente sección). El MIRE se ha presentado en conferencias y entrenamientos para profesionales (Reyes, 2010, 2011a, 2011b; Reyes, Ramírez & Ascencio, 2011), permitiendo desarrollar habilida-

des clínicas transdiagnósticas en psicoterapeutas que trabajan en instituciones y de forma independiente.

## MODELO INTEGRATIVO PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL (MIRE)

El MIRE es un modelo basado en principios conductual-contextuales, en la teoría del trastorno por evitación experiencial (Hayes, Strosahl & Wilson, 2003; Swales & Heard, 2009) y en estrategias de terapias contextuales basadas, a su vez, en la aceptación y el *mindfulness* (Hayes et al., 2012; Tsai, Kohlenberg, Kanter, Holman & Loudon, 2012; Linehan, 1993; Roemer & Orsillo, 2009), aunque también integra elementos de la teoría del procesamiento informacional (Persons, 2008) y modelos emocionales metacognitivos (Wells & Mathews, 1996).

El modelo distingue la experiencia emocional de las estrategias utilizadas para regularla, y supone que la desregulación emocional es consecuencia del uso de estrategias de RE inefectivas. También se consideran diferencias entre la regulación emocional y la del *estado de ánimo*. Asume que la segunda resulta de la congruencia entre el comportamiento actual y las metas del individuo (Carver & Scheier, 1998; Johnson, Carver & Fulford, 2010). La figura 1 presenta un modelo gráfico del MIRE; la explicación de la figura se encuentra en la siguiente sección.

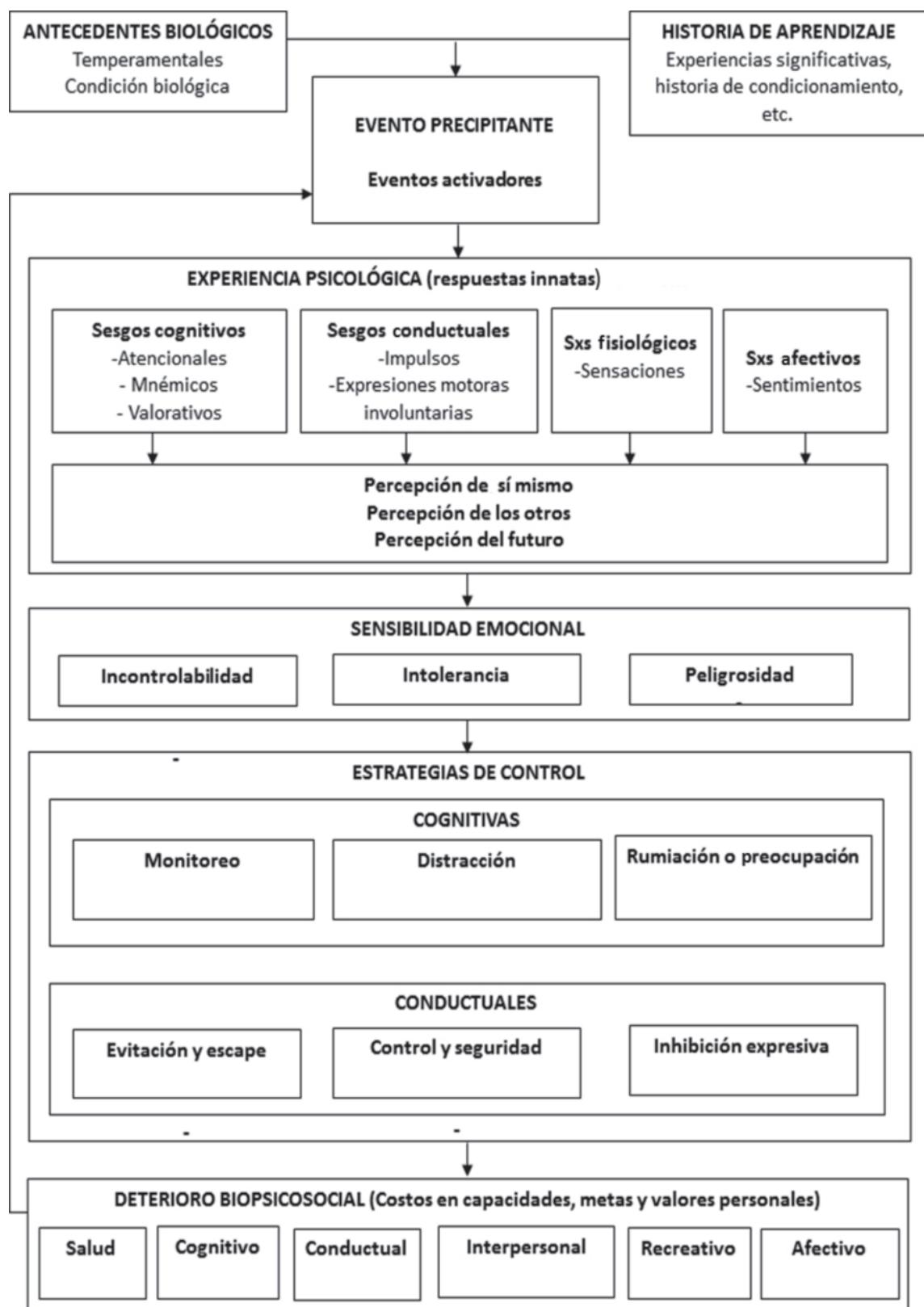
## ASPECTOS TEÓRICOS DEL MIRE

Los dos cuadros superiores de la figura describen antecedentes distales para la desregulación emocional de la persona.

**Factores biológicos.** En congruencia con las teorías etológicas, se asume que las emociones tienen una función comunicativa (Levenson, 1999) y preparan al organismo para responder a eventos de relevancia significativa para su supervivencia y reproducción (James, 1984). También se integran elementos de la teoría de temperamento y carácter de Cloninger (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993) y de los cinco factores de personalidad (Costa & Widiger, 2002) para explicar las predisposiciones individuales a tener dificultades de regulación en unas emociones sobre otras, o generalizadas.

**Historia de aprendizaje.** Se refiere a las experiencias personales que resultan en condicionamientos que

FIGURA 1. Modelo Integrativo para la Regulación Emocional



determinan las situaciones y particularidades en las cuales se expresan, interpretan y regulan las emociones (Roemer & Orsillo, 2009).

En la figura, las líneas que conectan los factores biológicos y la historia del aprendizaje indican que éstas interactúan para determinar la forma en que la persona experimenta sus emociones en el presente.

*Experiencia emocional.* En el MIRE se distingue entre las *experiencias cognitivas intrusivas* (juicios, imágenes, recuerdos, anticipaciones, etc.) aprendidas, de los *sesgos del procesamiento informacional* innatos y característicos de la emoción experimentada. Se asume que las primeras están condicionadas a la emoción por una historia de experiencias repetitivas y/o traumáticas, generalización del aprendizaje y derivación de funciones (Hayes, Fox, Gifford & Wilson, 2001).

La integración de estas expresiones emocionales universales (por ejemplo, aceleración cardiaca y sensibilidad a las amenazas en la angustia) y las experiencias individuales (por ejemplo, recuerdos intrusivos sobre experiencias humillantes en la adolescencia) conforman *supuestos personales momentáneos* sobre nosotros mismos, los demás y la situación que prevalece mientras la emoción esté activa. Se cree que la aceptación y la exposición a esta información facilita la habituación (Clark, 2001; Wells, 2008), el procesamiento (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007; Foa, Huppert & Cahill, 2006) y la extinción (Linehan, 1993) de estos contenidos de pensamiento. Estos procesos permiten responder de manera flexible y orientada a metas (Roemer & Orsillo, 2009).

Debajo de este cuadro, se ilustra la influencia de manifestar una emoción al ejecutar diversas estrategias de regulación.

*Supuestos de control.* Similar a lo propuesto por los modelos cognoscitivos (Leahy, 2002, 2007; Wells, 2000) se distinguen dos estrategias de RE inefectivas: las metacognitivas como la rumiación, la preocupación, el monitoreo o la vigilancia y la distracción (Wells, 2000), así como las conductuales de seguridad, control y escape (Harvey et al., 2004). Ambos tipos se refuerzan por su efectividad a corto plazo, pero a la larga impiden exponerse a información correctiva de la experiencia emocional, del desarrollo de habilidades de afrontamiento productivas y, con frecuencia, refuerzan la experiencia emocional inicial (Clark, 2001; Wells & Matthews, 1996).

*Deterioro de la calidad de vida.* La figura muestra que el uso de estas estrategias tiene efectos contraproducentes a largo plazo. Las estrategias metacognitivas impiden el adecuado funcionamiento de otras tareas ejecutivas y, por lo tanto, deterioran la toma de decisiones y la solución de problemas, concentración y manipulación efectiva de la atención (Butler & Gross, 2004; Metzger, Miller, Cohen, Sofka & Borkovec, 1990). Esto contribuye a generar una sensación de descontrol y desesperanza ante la propia experiencia emocional, y deteriora el funcionamiento de la persona en otras áreas de su vida (Wells, 2009). La persistencia de estas estrategias concentra los esfuerzos en reducir el malestar emocional, y a largo plazo limita las acciones dirigidas a otras metas y valores (Hayes et al., 2003).

## TRATAMIENTO INTEGRATIVO PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL

El MIRE inicia con una conceptualización de caso colaborativa entre el usuario y el terapeuta (Persons, 2008). En primer lugar, se identifica el valor evolutivo de las emociones y su funcionalidad en la situación actual del paciente, lo cual “despatologiza” la experiencia emocional y valida su derecho a “sentir” (Linehan, 1993).

Se identifican las experiencias que pueden haber contribuido al desarrollo de la experiencia emocional personal, así como las que favorecen el desarrollo de las estrategias de control improductivas. A continuación se describen las estrategias que se usan en esta etapa.

*Validar la experiencia emocional.* El terapeuta valida la emoción señalando su naturalidad, dadas las circunstancias y la historia de vida del paciente (Linehan, 1993), e identificando con él las posibles ventajas que pudiera tener la emoción y su expresión.

*Identificar las respuestas de control.* Terapeuta y paciente identifican las características de su experiencia emocional, las situaciones que se asocian a su aparición y las estrategias que utiliza para lidiar con su malestar. Se analiza su efectividad a corto y largo plazos y se reflexiona sobre sus posibles efectos contraproducentes (Ciarrochi & Bailey, 2008; Hayes & Spencer, 2005). Se identifican también las estrategias de control que pudieran presentarse durante la sesión terapéutica (Kanter, Tsai & Kohlenberg, 2010).

Las tácticas improductivas reciben el nombre de *estrategias de control* y se formulan como *supuestos*,

*reglas o creencias* que hacen explícita la utilidad subjetiva que tienen para el paciente y sus consecuencias adversas a largo plazo. Por ejemplo, un atracón se conceptualiza como una conducta mantenida por reforzamiento negativo, y podría traducirse en la regla “si he tenido un mal día me merezco comer para pasar tiempo conmigo misma y relajarme [...] pero después me angustiaré por la posibilidad de ganar peso y me juzgaré por mi falta de voluntad”; otros ejemplos pudieran ser “observar mi figura me ayudará a imaginar cómo me ven los demás [...] pero también me volveré más sensible a las partes de mi cuerpo que no me agradan y generará inseguridad”, o “esconder comida me dará seguridad por si la necesito [...] pero depender de ella impedirá que aprenda a lidiar con mis emociones”.

Las destrezas que permiten lograr objetivos y regular emociones se denominan *habilidades productivas* y se relacionan con la regulación emocional efectiva.

*Aceptar las emociones y desarrollar una actitud flexible hacia ellas.* Al analizar las consecuencias de las estrategias de control se hace énfasis en el impacto que éstas han tenido en la calidad de vida del usuario, y se comparan los resultados con momentos donde éste se ha permitido sentir y ocuparse de algo mejor. Se señala que los intentos de control y evitación emocional son el verdadero problema, y que la aceptación emocional representa una solución.

Se utilizan metáforas y ejercicios de la terapia de aceptación y compromiso para exemplificar la práctica de la aceptación. Se identifican conflictos para dejar ir las estrategias de control y se resuelven retomando el análisis de las consecuencias y contando metáforas (Higgins, 1997; Luoma, Hayes & Walser, 2007).

*Sustituir estrategias metacognitivas improductivas.* Las intervenciones de atención plena y metacognitivas pueden utilizarse para distanciarse de los pensamientos y sentimientos que confunden entre las *interpretaciones emocionales* de la realidad (Hayes et al., 2003). Estas estrategias representan planes de procesamiento alternativos a sus estrategias de control metacognitivas que impiden la generación de emociones secundarias (Safer, Telch & Chen, 2009). De encontrarse necesario se pueden programar *experimentos* para comprobar la fiabilidad de los supuestos metacognitivos.

*Fortalecer habilidades de regulación emocional.* Comer balanceadamente, establecer buenos hábitos de

sueño, ejercitarse, evitar sustancias que alteran el estado de ánimo, dedicarse a actividades que generan una sensación de maestría y satisfacción, así como las estrategias de acción opuesta contribuyen a disminuir la labilidad emocional (Linehan, 1993); asimismo, constituyen un método para sustituir estrategias de control improductivas.

*Replantearse direcciones de vida.* En esta fase, el terapeuta utiliza tácticas de clarificación de valores (Luoma et al., 2007) para reorientar al paciente hacia las metas personales que han sido desatendidas por apegarse a una agenda de control. Se plantean nuevos objetivos que contribuyen a desarrollar el autorrespeto y vivir de forma significativa. Se utiliza gran variedad de estrategias de la terapia de activación conductual (Martell, Dimidjan & Herman-Dunn, 2010) para identificar y programar actividades, imponerse metas a corto y mediano plazos, mantener el compromiso con las acciones planteadas y construir pautas de acción valorada.

*Fortalecer las habilidades para cuidarse a sí mismo.* El terapeuta puede entrenar en habilidades de afrontamiento como las habilidades sociales o de resolución de problemas para fortalecer la capacidad de mantener y aprovechar al máximo su dirección valorada.

*Reevaluar supuestos emocionales.* En esta fase, terapeuta y paciente colaboran para hacer un resumen de los supuestos que dirigían las estrategias de control inefectivas, y se analiza su credibilidad a la luz de las evidencias. De encontrarse supuestos residuales se pueden hacer experimentos conductuales o metacognitivos para refutar su credibilidad (Bennett-Levy, Butler, Fennell, Hackmann, Mueller & Westbrook, 2004; Cooper, Todd & Wells, 2009).

*Reevaluar supuestos personales.* Se utilizan estrategias centradas en el esquema para cuestionar los supuestos personales del paciente (Leahy, Beck & Beck, 2005; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Usualmente, se utiliza el modelo de prejuicio de Padesky (1990) para presentar el concepto de esquema y se cuestiona con diarios de evidencia contraria y refutación histórica (Padesky, 1994).

*Prepararse para la vida fuera de la terapia.* Por último, paciente y terapeuta colaboran para hacer un resumen del proceso terapéutico; se usan metáforas para presentar los conceptos de *prepararse para los res-*

*balones y prevenir las recaídas* (Reyes, 2010) y se desarrollan planes de mantenimiento de acción valorada y afrontamiento efectivos. Se programan sesiones de seguimiento y por último se finaliza la terapia. En la figura 2 se presenta un resumen de las estrategias utilizadas para conceptualizar el caso acorde al MIRE.

Los cuadros superiores de la figura describen las estrategias que pueden utilizarse para obtener información sobre las variables biológicas y sociales que influyen para desarrollar el problema de regulación emocional. Éste se hace más evidente ante la presencia de un evento precipitante (la relación entre estos eventos y el precipitante se muestra con la flecha que los une).

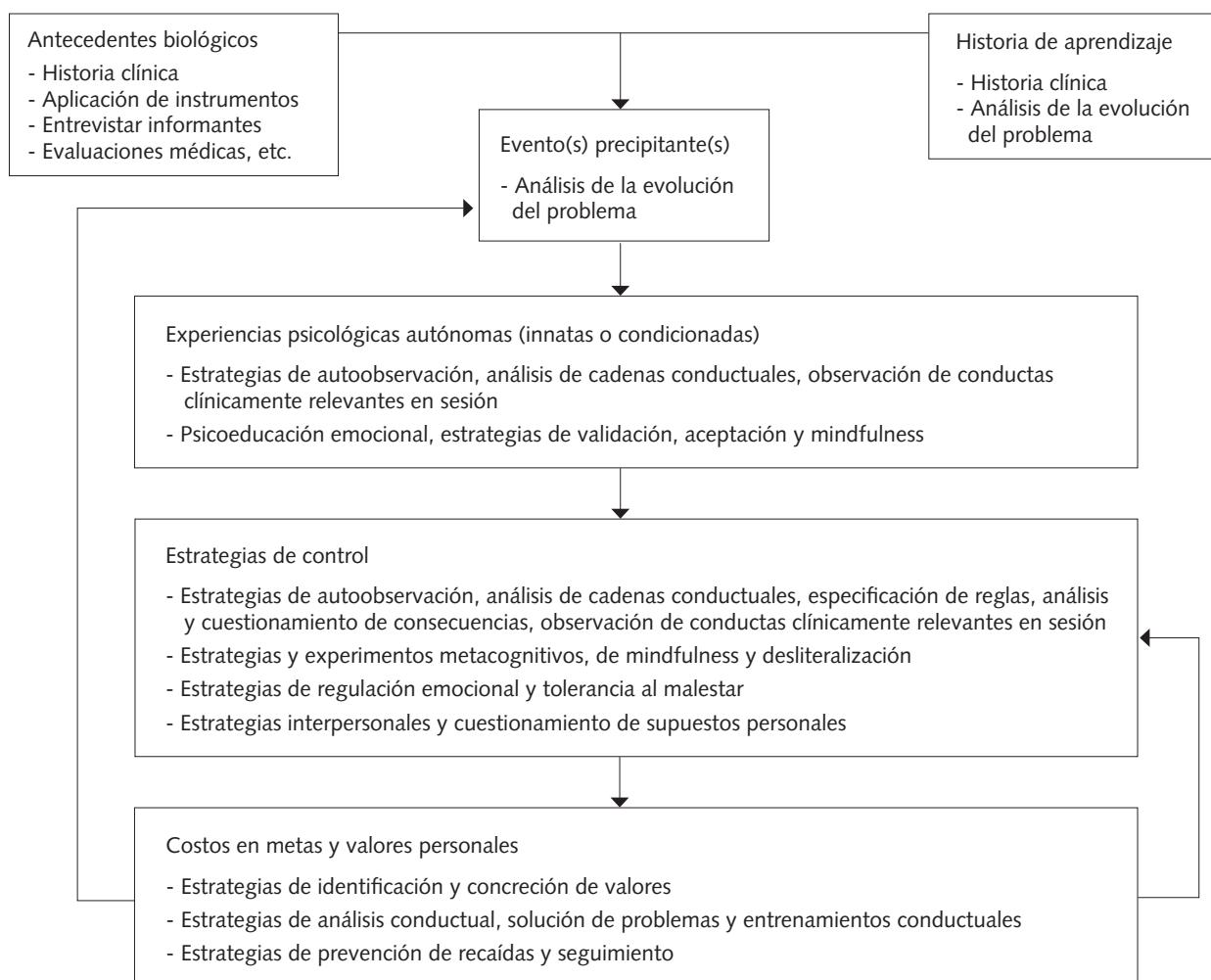
### Ejemplo de un caso

Se recomendó a la paciente que recibiera tratamiento psicoterapéutico después de haber contado con un diagnóstico de trastorno por atracón, hecho por el médico psiquiatra en la clínica de control de peso a la cual asiste.

Se trata de una mujer de veintisiete años de edad que decide tomar el tratamiento por recomendación de su madre, quien se preocupa por su sobrepeso. Ésta se sometió a una cirugía de derivación gástrica indicada por un médico debido a su exceso de peso (115 kg midiendo 1.68 m). Tres años antes pesaba cincuenta kg.

El motivo de la consulta, que manifiesta al ser entrevistada por el psicoterapeuta, eran sus sentimientos

**Figura 2. Resumen de las estrategias utilizadas para la formulación de caso acorde al Modelo Integrativo para la Regulación Emocional**



de insatisfacción por su apariencia física, llevar una mala relación con sus padres y sentirse insegura para independizarse de ellos e iniciar una vida con su novio. Reconoció que su sobrepeso se relacionaba con sus hábitos alimenticios descontrolados y que estaba avergonzada por esto. Identificó a sus atracones como el principal problema en su vida y que se sentía atemorizada por los efectos que a largo plazo podrían generar en su salud, autoconcepto y relaciones interpersonales. Se negó la presencia de conductas compensatorias que hicieran más apropiado el diagnóstico de bulimia nerviosa.

La paciente reportó que los atracones comenzaron en una época de intensos conflictos entre sus padres, donde llegaron, incluso, a la violencia física. Éstos la ayudaron a soportar la impotencia que sentía ante la situación. Al comenzar a ganar peso, sus padres se preocuparon, por lo que dejaron de pelear y se concentraron en ayudarla; identificó que había “ganado influencia” en ellos y se convirtió en su mediadora. A largo plazo temía dejar de ser atractiva para su pareja, y si se independizaba sus padres podrían terminar divorciándose.

El tratamiento inició definiendo un atracón como un episodio de alimentación descontrolada y de alto contenido calórico; en el caso de la paciente consistía, básicamente, en golosinas como refrescos, malteadas, helados y chocolates.

Le siguió una conceptualización de caso basada en la relación que la paciente sostenía con los pensamientos, los sentimientos y los comportamientos asociados a sus atracones. Reportó sentirse angustiada por no poder controlar sus emociones y tener una relación ambivalente con sus atracones; por una parte, los consideraba la mejor forma de pasar un buen rato consigo misma y tranquilizarse y, por otra, constituyan un problema que se volvía irrefrenable, le hacía sentir culpa y estaba terminando con su vida.

Se repasaron las situaciones asociadas con ellos, como estar aburrida, sentirse “vacía” e insatisfecha por “no estar haciendo nada de su vida”, el “momento de relajarse y pasar un buen rato” y sentimientos de culpabilidad por no poder ayudar a sus padres a llevar una mejor relación. Las estrategias de control improductivas más relevantes fueron los atracones, comprar de manera impulsiva, atender (o proteger) compulsiva-

mente a las necesidades de sus padres y evitar observar su cuerpo. Las recompensas identificadas de los atracones fueron el sentirse aliviada de su malestar emocional, tener la sensación de estar “recompensándose emocionalmente” y gozar “intensamente” los momentos positivos. Las consecuencias negativas incluyeron la presencia de emociones secundarias como vergüenza, angustia por su sobrepeso, culpa por “gastar irresponsablemente” y enojo por pensar que sus padres la manipulaban. Los efectos restrictivos de estas estrategias incluyeron la posposición de su boda por “odiatar la idea de ser una novia obesa”, frustración generalizada por no atreverse a independizarse de su familia, decepción de sus padres por su obesidad y de su novio por no “progresar en su relación”, así como deterioro del respeto por sí misma por no haber sido capaz de vivir acorde a sus ideales.

Después de la evaluación se llevó a cabo una intervención educativa sobre la naturaleza de las emociones (Safer et al., 2009; Roemer & Orsillo, 2009). Se señaló la inutilidad de intentar frenarlas, pues su componente bioquímico tarda un tiempo en metabolizarse y desaparecer, y se discriminó entre emociones primarias y secundarias. Se habló de la necesidad de orientar el tratamiento a cultivar una actitud de aceptación y regulación productiva de las emociones, en vez de intentar ignorarlas, evitarlas o controlarlas.

Se animó a la paciente a registrar sus emociones identificando los eventos activadores, la interpretación del suceso, los cambios fisiológicos asociados, las urgencias, las acciones y sus consecuencias.

El siguiente paso fue profundizar en los elementos de la experiencia emocional que resultaban más desagradables para la paciente y se enfatizó su significado personal. Se concluyó que luchaba contra un polimórfico sentimiento de “imperfección”, se repasaron las diferentes formas de luchar contra éste y se analizaron las ventajas y las desventajas de las estrategias de control a corto y largo plazos.

Entre sesiones se fortaleció la autoobservación de la paciente con un *diario de estrategias de lucha* (Hayes & Spencer, 2005).

En la siguiente etapa se compararon situaciones donde ella, incidentalmente, había aceptado sentir su “imperfección” sin resistencia en las ocasiones cuando quiso controlarla. Se concluyó que era necesario acep-

*tar radicalmente las emociones* (Linehan, 1993) y se hicieron ejercicios de tolerancia al malestar. En éstos, ella identificaba y describía sus emociones, aceptaba el malestar y después se explicaba por qué era de esperarse que se sintiera de esa manera. Se relacionaron estos ejercicios con los momentos en los que era necesario tolerar las urgencias de atracarse y cómo podrían aplicarse para *surpear las urgencias* (Safer et al., 2009).

Para reforzar el trabajo entre sesiones se usaron técnicas de control de estímulos, que recordaban a la paciente observar y describir sus experiencias emocionales.

Para introducir esta etapa, el terapeuta discutió con la paciente sobre la improductividad de sus estrategias de control metacognitivas y se conceptualizaron como reglas. Se comparó a *la mente con un martillo que todo ve como clavos* (Luoma et al., 2007), a fin de discriminar entre la preocupación propositiva orientada a metas y la automatizada o “de hábito”, que es improductiva e irrelevante; asimismo, se hicieron ejercicios de atención plena para desarrollar una actitud contemplativa de estos pensamientos e interrumpir el procesamiento repetitivo, incrementar el control ejecutivo de la atención y escapar de su influencia en el autoconcepto (Wells, 2006, 2009).

Paciente y terapeuta discutieron sobre lo “engañosas” que pueden ser las primeras impresiones de los eventos, y se hicieron ejercicios para distinguir *hechos de interpretaciones*. Con ayuda de una experta en nutrición se desarrolló un programa de *alimentación efectiva* (Wisniewski, Safer & Chen, 2007) y se programaron períodos progresivos de actividad física. Finalmente, se entrenaron distintas habilidades de acción opuesta (Linehan, 2003; McKay, Wood & Brantley, 2007).

Al iniciar esta etapa se discutió sobre los niveles de satisfacción de la paciente y la importancia que tiene involucrarse en satisfacer metas y áreas valoradas de la vida para la construcción de la felicidad (Diener & Lucas, 1999). Asimismo, se hizo un análisis sobre sus valores (Wilson & Luciano, 2009).

Como actividades se programaron acciones concretas frente a las que representaban un mayor involucramiento y se establecieron metas semanales. Se analizó su experiencia al involucrarse en estas actividades, su grado de satisfacción y detección de situaciones de fluidez (Luoma et al., 2007; Nakamura &

Csikszentmihalyi, 2002). Mientras estuvo en tratamiento la paciente se mudó con su novio, comenzó a vender joyería con amistades, consiguió empleo como diseñadora y protegió su relación con sus padres, permitiendo que ellos mismos resolvieran sus problemas.

Mientras la paciente avanzaba en el cumplimiento de sus metas semanales se entrenaron habilidades de *expresión emocional y de necesidades* (Linehan, 2003; McKay et al., 2007) para poner límites, empáticamente, en su relación con sus padres, y favorecer la intimidad emocional en su relación de pareja.

En esta etapa se revisaron los temores que ella presentaba hacia sus emociones al inicio del tratamiento, así como la utilidad atribuida a las estrategias de seguridad, y se cuestionaron algunos mitos genéricos sobre las emociones (Linehan, 2003). Se establecieron experimentos conductuales para fortalecer el efecto de las estrategias de debate (Cooper, Whitehead & Boughton, 2004).

Se reflexionó sobre los cambios en sus sentimientos de imperfección y se concluyó que ésta era la única conclusión posible a la que podía llegar después de reiterar en la preocupación y el autorreproche como estrategias de autocontrol emocional. Se distinguió el “sí mismo” real que es trascendente a la experiencia pasajera y se reflexionó sobre la irrelevancia que tienen los sentimientos temporales de autoestima frente a las metas y los valores personales.

Hacia la finalización del tratamiento se discutió con la paciente sobre sus objetivos a corto y mediano plazos, se identificaron obstáculos que pudieran dificultar la consecución de estas metas y se analizaron diferentes soluciones. Se realizó un resumen de las estrategias de regulación emocional que ella había encontrado más útiles y se desarrolló un plan para seguir practicándolas. Se identificaron temores relacionados con la finalización de la terapia y se discutieron con técnicas socráticas y de solución de problemas. Se programaron dos sesiones de seguimiento una vez al mes, dos cada mes y medio y una después de los tres meses. Al final de la intervención transcurrieron 19 sesiones.

Según el reporte de la paciente sus sentimientos de imperfección aún regresaban de manera ocasional, pero ya no la perturbaban; a veces experimentaba preocupaciones relacionadas con su peso pero las contemplaba como *huellas de su pasado* y sólo eran

levemente molestas. Sus atracones casi habían cesado y mantenía un plan de ejercicio físico cada vez más intenso (era una combinación de ejercicio aeróbico y entrenamiento con peso, en un promedio de cuatro veces semanales con duración de una hora; el ejercicio no se realizaba de manera compulsiva). En ocasiones, compraba más de lo que se había propuesto, pero ya no lo hacía de manera impulsiva; su relación con sus padres era más satisfactoria y había descubierto nuevas formas de relacionarse con ellos. Finalmente, manifestó un incremento en su sensación de bienestar y satisfacción.

## CONCLUSIONES

La regulación emocional inefectiva con frecuencia es destructiva. Se resumió un modelo integrativo para conceptualizar y tratar estos problemas, donde se balancean estrategias de aceptación psicológica (por ejemplo, validación, aceptación y atención plena) y cambio conductual (por ejemplo, estrategias de activación conductual y expresión emocional). Este modelo considera que los pensamientos, las emociones, las conductas y sus efectos personales, ambientales e interpersonales son parte de un mismo sistema y, por lo tanto, se cree que intervenir en todos maximiza la efectividad de la acción terapéutica. El modelo contempla la implementación de técnicas de aceptación y validación, modificación cognitiva y metacognitiva, desarrollo de habilidades de afrontamiento y estrategias centradas en los valores.

Hasta la fecha no existen intervenciones con orientación transdiagnóstica en el país. El modelo representa una aportación teórica original, que integra elementos teóricos con sustento empírico, de diversas teorías cognitivas y conductuales, de manera coherente; también representa una aportación clínica, pues orienta acerca del momento y la forma de aplicación de diversas estrategias de intervención de efectividad comprobada. El autor desconoce la existencia, en el país, de otros tratamientos sistemáticos conductuales que incorporen estrategias de atención plena y centradas en los valores; estos tratamientos se han desarrollado a gran velocidad en otras partes del mundo y han demostrado ser tan efectivos (y en ocasiones más efectivos) como otros de elección, teniendo la ventaja de que se relacionan con un mayor bienestar subjetivo y calidad de vida.

Aunque se ilustró la aplicación del modelo en un caso de trastorno por atracón, no pretende ser un tratamiento especializado en este problema. La perspectiva clínica transdiagnóstica enfatiza la intervención en procesos psicológicos patológicos compartidos por diversos trastornos clínicos, y persigue el desarrollo de tratamientos también aplicables a diversos trastornos, independientemente de sus topografías específicas. La perspectiva transdiagnóstica resulta ventajosa ya que explica por qué diversos trastornos comparten diferentes síntomas y presentan una alta tasa de comorbilidad, identifica sus mecanismos comunes y permite tratarlos directamente; esto permite intervenir en los factores relacionados con la aparición y el mantenimiento de diversas patologías, persigue tratar casos con comorbilidad y prevenir recaídas o la aparición de otros trastornos en el futuro, de manera efectiva. Estas metas no pueden ser logradas por los modelos centrados en un trastorno; éstos descansan en teorías descriptivas sobre un problema específico y no explican, satisfactoriamente, su evolución temporal ni su comorbilidad, rara vez se ajustan a las necesidades particulares de los usuarios y resultan costosos para los clínicos, quienes tienen que aprender una nueva teoría y una nueva intervención cada vez que necesitan intervenir en un problema distinto.

El MIRE tiene ventajas respecto a los tratamientos centrados en un trastorno: a) ataca mecanismos patológicos comprobados por evidencias (como la rumiación, supresión cognitiva, etc.); no es el caso en muchos tratamientos centrados en un trastorno; por ejemplo, los cognitivo-conductuales desarrollados para tratar los trastornos de la conducta alimentaria dan gran importancia al tratamiento de la cognición distorsionada, aunque no existe evidencia de que ésta represente un mecanismo causal en su aparición o mantenimiento; b) sólo utiliza estrategias de valor terapéutico comprobado y focalizado en la rehabilitación de los procesos patológicos que identifica; esto permite conocer con precisión los objetivos de sus estrategias de intervención, evaluar con precisión sus impactos y elegir libremente entre diversas alternativas que atacan los mismos mecanismos (por ejemplo, se pueden usar estrategias de atención plena, exposición situacional y aceptación radical para facilitar la aceptación emocional, en vez de depender de una sola alternativa); c) el

modelo es flexible pues contempla la inclusión de otras estrategias de intervención y en otros mecanismos patológicos, según si las evidencias clínicas y experimentales demuestran la necesidad de hacerlo; d) puede ser aplicado a diversos problemas afectivos y de control de impulsos sin tener que ser adaptado; e) finalmente, el MIRE es un modelo que orienta las acciones y toma de decisiones flexibles; no es un protocolo de intervención estructurado que sea difícil de adaptar a las necesidades individuales de los usuarios o a los problemas emergentes a lo largo del tratamiento.

Se requiere hacer investigación controlada sobre su efectividad. Por el momento, el estudio sugiere que contribuye a aceptar el malestar, desarrollar mayor co-

nocimiento y apertura a la experiencia emocional, desarrollar habilidades que ayudan a la regulación emocional efectiva y a incrementar el grado de bienestar subjetivo y felicidad. Las estrategias de atención plena, aceptación, activación conductual y modificación metacognitiva resultaron efectivas en el tratamiento del caso presentado. Se cree que es importante evaluar la efectividad de estas estrategias por separado para identificar sus mecanismos de acción específicos y su posible utilidad, a fin de fortalecer o construir nuevos modelos de intervención clínica efectivos y adecuados a las necesidades de los usuarios de servicios de salud mental. ♦

## REFERENCIAS

- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (Comps.) (2004). *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Berenbaum, H., Raghava, C., Le Vernon, L. L. & Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical psychology: Science and Practice*, 10(2), 206-226.
- Butler, E. A. & Gross, J. J. (2004). Hiding feelings in social context: out of sight is not about of mind. En Philippot, P. & Feldman, R. S. (Comps.), *The regulation of emotion* (pp. 101-126). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Carver, S. C. & Scheier, M. F. (1998). *On the self regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Ciarrochi, J. V. & Bailey, A. (2008). *A CBT practitioner's guide to ACT, how to bridge the gap between cognitive behavioral therapy & acceptance & commitment therapy*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P. & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation and developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 7, 1-10.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective of social phobia. En Crozier, W. R. & Alden, L. E. (Comps.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405-430). Chichester: Wiley.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. & Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of general psychiatry*, 42, 1029-1033.
- Cooper, M., Todd, G. & Wells, A. (2009). *Treating bulimia nervosa and binge eating, an integrated metacognitive and cognitive therapy manual*. New York: Routledge.
- Cooper, M., Whitehead, L. & Boughton, N. (2004). Eating disorders. En Bennett-Levy, J., Westbrook, D., Fennell, M., Cooper, M., Rouf K. & Hackmann A. (Comps.), *Oxford guide to experiments in cognitive therapy* (pp. 267-285). New York: Oxford University Press.
- Costa, P. T. & Widiger, T. A. (Comps.) (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Diener, E. & Lucas, R. (1999). Personality and subjective well-being. En Kahneman, E., Diener E. & Schwartz, N. (Comps.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 213-229). New York: The Guilford Press.
- Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T. & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treatment: a unified perspective. En Kring, A. M. & Sloan, D. M. (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 283-309). New York: The Guilford Press.
- Farach, F. I. & Mennin, D. S. (2007). Emotion-based approaches to the anxiety disorders. En Rottenberg,

- J. & Johnson, S. L. (Comps.), *Emotion and psychopathology: Bridging affective and clinical science* (pp. 243-261). Washington, DC: American Psychological Association.
- Foa, E. B., Hembree, E. & Rothbaum, B. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences* [therapist guide]. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Huppert, J. D. & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: an update. En Rothbaum, B. O. (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York: The Guilford Press.
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205.
- John, O. P. & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1334.
- Johnson, S. L., Carver, Ch. S. & Fulford, D. (2010). Goal dysregulation in the affective disorders. En Kring, A. M. & Sloan, D. M. (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 204-228). New York: The Guilford Press.
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. En Philippot, P. & Feldman, R. S. (Comps.), *The regulation of emotion* (pp. 359-385). Hove, RU: Psychology Press.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioral processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Hayes, S. C. & Spencer, S. (2005). *Get out of your mind & into your life*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Hayes, S. C., Fox, E., Gifford, E. V. & Wilson, K. G. (2001). Derived relational responding as learned behavior. En Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. & Roche, B. (Comps.), *Relational frame theory, a post-skinnerian account of human language and cognition* (pp. 21-50). New York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy, an experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Higgins, E. T. (1997). Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*, 52, 1280-1300.
- Kanter, J. W., Tsai, M. & Kohlenberg, R. J. (2010). *The practice of functional analytic psychotherapy*. New York: Springer.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 36-45.
- Leahy, R. L., Beck, A. T. & Beck, J. S. (2005). Cognitive therapy of personality disorders. En Strack (Comp.), *Personology: Essays in honor of Theodore Millon* (pp. 442-461). New York: The Guilford Press.
- Leahy, R. L., Tirch, D. & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Levenson, R. W. (1999). The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*, 13, 481-504.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M., (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C. & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT, An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Martell, C. R., Dimidjan, S. & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: a clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- McKay, M., Wood, J. & Brantley, J. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & distress tolerance*. Oakland: New Harbinger Publications Inc.
- Mennin, D. S. & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 339-352.
- Mennin, D. S. & Fresco, D. M. (2010). Emotion regulation and psychopathology: a conceptual framework. En Kring, A. M. & Sloan, D. M. (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic*

- approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). New York: The Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M. & Turk, C. L. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90.
- Metzger, R. L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M. & Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision making: the effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 78-88.
- Nakamura, J. & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. En Snyder, C. R. y Lopez, S. (Comps.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 89-105). New York: Oxford University Press.
- Padesky, C. A. (1990). Schema as self-prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 6, 6-7.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Persons, J. B. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behavior therapy (guides to individualized evidence-based treatment)*. New York: The Guilford Press.
- Reyes, M. A. (2010). *Programa grupal-individual de aceptación y desarrollo de habilidades para pacientes con desregulación emocional y conducta suicida*. Entrenamiento llevado a cabo en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, Jalisco, México.
- Reyes, M. A. (2011a). *Actuar junto a la ansiedad, no contra ella*. Conferencia llevada a cabo en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México, D.F.
- Reyes, M. A. (2011b). *Terapia cognitivo conductual integrativa para la depresión*. Conferencia llevada a cabo en la Asociación Mexicana de Alternativas en Psicología, México, D. F.
- Reyes, M. A. *Procesos psicológicos básicos en terapia cognitivo conductual: una guía para la conceptualización de caso y diseño de plan de tratamiento*. Manuscrito en preparación.
- Reyes, M. A., Ramírez, A. & Ascencio, M. (2011). Assessing the effectiveness of an ACT based program on a mexican psychiatric inpatients group. En Reyes Ortega, M. A., *The utility of ACT, behavior regulation in parents, adolescents and inpatients populations*. Simposio llevado a cabo en la Association for Contextual Behavioral Science's World Conference IX, Parma, Italia.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2009). *Mindfulness and acceptance based behavioral therapies in practice (guides to individualized evidence-based treatment)*. New York: The Guilford Press.
- Riskind, J. H., (Ed.) (2008). *International journal of cognitive therapy*, 1 (3), The Guilford Press.
- Safer, D. L., Telch, C. F. & Chen, E. (2009). *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. New York: Guilford Press
- Swales, M. A. & Heard H.L. (2009). *Dialectical behavior therapy: The cbt distinctive features series*. New York: Routledge.
- Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Holman, G. I. & Loudon, M. P. (2012). *Functional analytic psychotherapy: distinctive features*. New York: Routledge.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2006). Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 23, 337-355.
- Wells, A. (2008). *Metacognitive therapy: a practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: the s-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: a conceptual framework. En Kring, A. M. & Sloan, D. M. (Comps.), *Emotion regulation and psychopathology. A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). New York: The Guilford Press.
- Wilson, K. G. & Luciano, M. C. (2009). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Wisniewski, L., Safer, L. & Chen, E. (2007). Dialectical behavior therapy and eating disorders (pp. 174-221). En Dimeff, L. A. & Koerner, K. (Comps.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: application across disorders and settings*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: The Guilford Press.