



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

DOCTORADO EN CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO SALUDABLE

TESIS

**COMPARACIÓN DE UN PROGRAMA FOCALIZADO
EN LA EMOCIÓN CON UNO COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LOS SÍNTOMAS
DE ANSIEDAD EN ADULTOS**

**Para obtener el título de
Doctora en Ciencias del Comportamiento Saludable**

PRESENTA

Zindy Juárez Gutiérrez

Directora

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Codirectora

Dra. Olivia Mariann Montserrat Gamarra Recalde

Comité Tutorial

Dra. Karla Patricia Valdés García

Dra. Margarita Tarragona Sáez

Dra. Norma Angélica Ortega Andrade

Pachuca de Soto, Hidalgo., México., septiembre de 2025



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología

Doctorado en Ciencias del Comportamiento Saludable

1 de septiembre de 2025

ICSA/DCCSA/S21/2025

Asunto: Autorización de impresión de tesis

MTRA. OJUKI DEL ROCÍO ISLAS MALDONADO
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE

Con fundamento en los artículos 6, fracción III, y 27, fracciones I de la Ley Orgánica, así como en los artículos 18, fracción IV, y 51, fracciones III, VI y IX, del Estatuto General, disposiciones de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, me permito informar que el Comité Tutorial de la tesis titulada: "Comparación de un programa focalizado en la emoción con uno cognitivo conductual para disminuir los síntomas de ansiedad en adultos" realizada por la sustentante: Zindy Juárez Gutiérrez, con número de cuenta V00101, estudiante del programa de posgrado de Doctorado en Ciencias del Comportamiento Saludable, una vez que se ha revisado, analizado y evaluado el documento recepcional de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 110 del Reglamento de Estudios de Posgrado tiene a bien extender la presente.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

Por lo que la sustentante deberá cumplir los requisitos del Reglamento de Estudios de Posgrado y con lo establecido en el proceso de grado vigente.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"

El Comité Tutorial

DIRECTORA Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

CO - DIRECTORA Dra. Olivia Mariann Montserrat Gamarra Recalde

ASESORA Dra. Karla Patricia Valdés García

ASESORA Dra. Margarita Tarragona Sáez

ASESORA Dra. Norma Angélica Ortega Andrade

C. c. p. Minutario
JAHV/JEZC/AIVO/RGC



Centro de Investigación y Desarrollo en Psicología
Carretera Real, km. 10.5, San Andrés
Código Postal 42100, P.O. Box 42100
Toluca, México 50500-42100
Teléfono 55 720 71220 ext. 42100
Email: dcm@uaeh.mx
www.uaeh.mx

Este proyecto de investigación se realizó con apoyo del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC) y el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt) encargados de promover el avance de la investigación científica, bajo el proyecto denominado “Comparación de un programa focalizado en la emoción con uno cognitivo conductual para disminuir los síntomas de ansiedad en adultos” con número de CVU: 173138, perteneciente al Doctorado en Ciencias del Comportamiento Saludable con orientación a la investigación. Bajo la responsabilidad y dirección de la Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz y revisión de la Dra. Olivia Mariann Montserrat Gamarra Recalde, Dra. Karla Patricia Valdés García, Dra. Margarita Tarragona Sáez y la Dra. Norma Angélica Ortega Andrade.

“Las emociones son impenetrables para la razón, estas guían y gestionan de manera fundamental al pensamiento y complementan sus deficiencias”.

“Para transformar emociones dolorosas, hay que sentirlas”

Leslie Greenberg

Dedicada con amor a mi hijo y a mi madre

Tabla de Contenido

Resumen	19
Abstract.....	21
Introducción	23
Capítulo 1. Salud mental y ansiedad.....	25
Prevención de los trastornos mentales.....	26
Intervenciones universales y selectivas para salud mental	28
Intervenciones selectivas para la ansiedad	31
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	33
Conceptualización del TAG	35
Criterios diagnósticos del TAG	39
Epidemiología del TAG.....	41
Consecuencias del TAG.....	44
Tratamientos basados en evidencia para la ansiedad	47
Farmacológico.....	52
Terapia cognitiva conductual	56
Terapia focalizada en la emoción	58
Capítulo 2. Enfoque focalizado en la emoción	60
Antecedentes	61
El papel central de las emociones	62
La emoción.....	63
La evaluación de las emociones.....	71
Intervención focalizada en la emoción.....	76
Causas del trastorno emocional y el self o sí mismo	77
Principios de la intervención	80
Fases de la intervención.....	85
Intervenciones focalizadas en la emoción para diferentes problemáticas	88
Intervención focalizada en la emoción (TFE) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	95
Elementos de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) para TAG	101
Intervenciones focalizadas en la emoción para TAG	120

Capítulo 3. Enfoque cognitivo conductual	136
Antecedentes	136
El papel central del pensamiento	138
Terapia cognitiva conductual para el TAG.....	139
El modelo de la preocupación como evitación y el TAG	140
El modelo de desregulación de la emoción	141
El modelo de la intolerancia a la incertidumbre.....	144
El modelo metacognitivo	146
La terapia conductual basada en la aceptación	150
El modelo de evitación del contraste emocional del TAG	152
Terapia cognitiva conductual modelo cognitivo para TAG	154
Modelo cognitivo del TAG de Clark y Beck (2010).....	157
Formulación del caso cognitivo del TAG	163
Elementos de la terapia cognitiva conductual para TAG	168
Intervenciones de terapia cognitiva conductual (TCC) desde el modelo cognitivo para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta	179
Método General	209
Planteamiento del problema.....	209
Justificación	210
Pregunta de investigación	214
Objetivo general.....	214
Método Fase I: Descriptivo correlacional.....	216
Pregunta de Investigación	216
Objetivo General	216
Tipo de Diseño y Estudio	216
Hipótesis estadística	217
Instrumentos	218
Participantes	218
Análisis estadístico propuesto	219
Consideraciones éticas	219
Resultados Fase I	220
Datos descriptivos de la población	220
Análisis descriptivo de las pruebas.....	221

Método Fase II: Validación por Jueces	226
Hipótesis de trabajo	229
Participantes	229
Instrumentos	230
Procedimiento Fase 2	230
Consideraciones éticas	231
Resultados Fase II	231
Intervención con enfoque focalizado en la emoción para disminuir ansiedad en adultos	233
Intervención con enfoque cognitivo conductual para disminuir ansiedad en adultos	236
Análisis descriptivos de la Fase II: Validación por Jueces Expertos	240
Método de Estudio: Intervención	252
Pregunta de investigación	252
Objetivo general	252
Tipo de estudio.....	252
Tipo de diseño.....	253
Variables	254
Hipótesis	255
Procedimiento Fase II	260
Análisis de datos	262
Consideraciones éticas	262
Resultados del Estudio.....	264
Resultados de estudio de caso único tipo AB con dos réplicas por programa (focalizado en la emoción y cognitivo conductual) con línea base múltiple	276
Análisis estadístico clínico	276
Análisis clínico de inspección visual a través de gráficas de línea base múltiple	278
Comparación split middle technique con un caso de cada grupo de intervención	284
Resultados preprueba-posprueba y grupo control	288
Discusión y conclusiones	310
Referencias.....	322

Anexos.....	348
Anexo A. Intervenciones focalizadas en la emoción.....	349
Anexo B. Fases de tratamiento focalizado en la emoción	354
Anexo C. Conceptualización focalizada en la emoción un modelo de transformación emocional para el TAG.....	357
Anexo D. Intervenciones Cognitivas Conductuales para Trastorno de Ansiedad Generalizada en población adulta	358
Anexo E. Comparación de los componentes y de las técnicas para propuesta de intervención de terapia focalizada en emociones (TFE) y propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) para sintomatología ansiosa en población adulta.....	362
Anexo F. Dictamen del Comité de ética e investigación del ICSa de la UAEH	369
Anexo G. Cartas descriptivas de la intervención con enfoque focalizado en la emoción para disminuir la ansiedad en adultos	371
Anexo H. Trece cartas descriptivas de la intervención con enfoque cognitivo conductual para disminuir la ansiedad en adultos	384
Anexo I. Método de Estudio	397
Anexo J. Autorregistro diario	400

Índice de tablas

Tabla 1 Principales dominios empíricos de la salud mental	28
Tabla 2 Criterios de validez de los criterios psicológicos (1998) para evaluar tratamientos eficaces.....	48
Tabla 3 Criterios de practica basada en evidencia para evaluar el tratamiento de terapia focalizada en la emoción (TFE) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG).....	50
Tabla 4 Medicamentos utilizados en el tratamiento de trastornos de ansiedad	55
Tabla 5 Análisis de las emociones primarias.....	70
Tabla 6 Marco de intervención en la terapia focalizada en la emoción (TFE).....	86
Tabla 7 Artículos de Intervención de la Terapia de Pareja Focalizada en la Emoción (TPFE) de 2017 a 2023.....	90
Tabla 8 Artículos de intervención de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) para el Trastorno por Atracón (TA) de 2018 a 2023.....	91
Tabla 9 Artículos de Intervención de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) para síndromes físicos o somáticos de 2018 a 2023	92
Tabla 10 Modelo de transformación emocional para el TAG	98
Tabla 11 Procesos de evitación emocional cognitivos y conductuales	99
Tabla 12 Marcadores en procesos de evitación emocional cognitivos	100
Tabla 13 Intervenciones de TFE para ansiedad	121
Tabla 14 Elementos generales para la propuesta de intervención de terapia focalizada en emociones (TFE) para sintomatología ansiosa en población adulta.....	132
Tabla 15 Componentes, técnicas y estrategias para la propuesta de intervención de terapia focalizada en emoción (TFE) para sintomatología ansiosa en población adulta.....	132
Tabla 16 Esquemas que caracterizan a los trastornos de ansiedad generalizada.....	162
Tabla 17 Estrategias de control de la preocupación en el TAG	167

Tabla 18 Elementos para propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) para sintomatología ansiosa en población adulta	206
Tabla 19 Componentes y técnicas para propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) para sintomatología ansiosa en población adulta	206
Tabla 20 Comparación de categorías de análisis de la terapia focalizada en la emoción (TFE) vs la terapia cognitiva conductual para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	212
Tabla 21 Elementos generales finales para las propuestas de intervención para sintomatología ansiosa en población adulta de terapia focalizada en la emoción (TFE) y terapia cognitiva conductual (TCC).....	214
Tabla 22 <i>Variables Fase I</i>	217
Tabla 23 <i>Instrumentos Fase I</i>	218
Tabla 24 Datos sociodemográficos de la muestra	220
Tabla 25 Datos descriptivos del Inventario de Depresión de Beck (BDI II)	221
Tabla 26 Datos descriptivos del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	223
Tabla 27 Datos descriptivos del Inventario de Dependencia Emocional (IDE)	224
Tabla 28 Definición conceptual y operacional de las variables.....	228
Tabla 29 Descripción del instrumento para la validación por jueces.....	230
Tabla 30 Para fines de comparación de las intervenciones.....	232
Tabla 31 Esquema de objetivos y técnicas de la intervención con enfoque focalizado en la emoción para disminuir la ansiedad en adultos.....	234
Tabla 32 Esquema de objetivos y técnicas de la intervención con enfoque cognitivo conductual para disminuir la ansiedad en adultos	238
Tabla 33 Porcentajes de participaciones por su grado académico	240
Tabla 34 Porcentajes de participaciones por años de experiencia clínica	240
Tabla 35 Porcentajes de aceptación del objetivo general del enfoque cognitivo conductual por los Jueces Expertos	241

Tabla 36 Porcentajes de aceptación del objetivo general del modelo focalizado en emociones por los Jueces Expertos.....	241
Tabla 37 Porcentajes de aceptación del modelo teórico de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos.....	242
Tabla 38 Porcentajes de aceptación del modelo teórico de la intervención focalizada en emociones por los Jueces Expertos.....	242
Tabla 39 Porcentajes de aceptación de los temas de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos	242
Tabla 40 Porcentajes de aceptación de los temas de la intervención focalizada en emociones por los Jueces Expertos.....	243
Tabla 41 Porcentajes de aceptación de la secuencia de sesiones de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos.....	243
Tabla 42 Porcentajes de aceptación de la secuencia de sesiones de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos.....	244
Tabla 43 Porcentajes de aceptación del número de sesiones de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos.....	244
Tabla 44 Porcentajes de aceptación del número de sesiones de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos	244
Tabla 45 Porcentajes de aceptación de las actividades de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos.....	246
Tabla 46 Porcentajes de aceptación de las actividades de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos	247
Tabla 47 Porcentajes de aceptación de actividades y registros de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos.....	247
Tabla 48 Porcentajes de aceptación de las actividades y registros de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos.....	248

Tabla 49 Porcentajes de aceptación de las técnicas y actividades de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos.....	248
Tabla 50 Porcentajes de aceptación de las técnicas y actividades de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos.....	249
Tabla 51 Porcentajes de aceptación de la relación entre los objetivos y los resultados en la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos.....	250
Tabla 52 Porcentajes de aceptación de la relación entre los objetivos y los resultados en la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos.....	250
Tabla 53 Porcentajes de aceptación de la propuesta en la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos.....	250
Tabla 54 Porcentajes de aceptación de la propuesta en la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos.....	251
Tabla 55 Descripción de variables del Estudio.....	254
Tabla 56 Evaluaciones psicométricas para pre y posprueba.....	258
Tabla 57 Instrumentos para identificar la muestra del estudio.....	264
Tabla 58 Nivel de estudio de los participantes.....	267
Tabla 59 Datos descriptivos de las evaluaciones.....	268
Tabla 60 Datos descriptivos del Inventario de Ansiedad de Beck.....	268
Tabla 61 Datos descriptivos del Inventario de Depresión de Beck.....	269
Tabla 62 <i>Datos descriptivos del DERS</i>	270
Tabla 63 <i>Datos descriptivos del RUM</i>	271
Tabla 64 <i>Correlaciones de Pearson</i>	272
Tabla 65 Datos sociodemográficos de la muestra.....	273
Tabla 66 Porcentaje de síntomas de ansiedad antes y después del tratamiento.....	276
Tabla 67 Porcentaje de identificación de emociones antes y después del tratamiento.....	277
Tabla 68 Porcentaje de bienestar antes y después del tratamiento.....	277

Tabla 69 Resultados pre y posprueba por caso y por puntaje.....	288
Tabla 70 Puntos de corte para las variables dependientes	289
Tabla 71 Datos descriptivos y significancia para las variables dependientes en la comparación pretest y posttest.....	290

Índice de figuras

Figura 1 Porcentaje de población con síntomas de ansiedad por Entidad Federativa	34
Figura 2 <i>Anatomía de la ansiedad</i>	37
Figura 3 <i>Fuentes de información para la evaluación de emociones</i>	72
Figura 4 <i>Autorregistro emocional</i>	74
Figura 5 <i>Principios de relación y tarea</i>	81
Figura 6 Marcadores del proceso de intervención en TFE	83
Figura 7 Pasos y principios de la Intervención en TFE	86
Figura 8 Modelo de transformación de la vulnerabilidad emocional crónica	102
Figura 9 Componentes, técnicas y estrategias de la TFE	103
Figura 10 Elementos básicos de la relación terapéutica.....	104
Figura 11 Experiencias emocionales crónicas presentes en el TAG	106
Figura 12 <i>Esquemas emocionales</i>	107
Figura 13 <i>Reestructuración emocional</i>	108
Figura 14 <i>Psicoeducación</i>	109
Figura 15 <i>Exploración empática</i>	110
Figura 16 <i>Despejar un espacio</i>	111
Figura 17 <i>Focusing</i>	112
Figura 18 Despliegue evocativo sistemático de experiencias desconcertantes	113
Figura 19 <i>Exposición emocional</i>	114
Figura 20 <i>Reflexión</i>	115
Figura 21 <i>Diálogo de las dos sillas</i>	116
Figura 22 <i>Promulgación de las dos sillas</i>	117
Figura 23 Diálogo de las dos sillas para autocritica.....	118
Figura 24 Modelo de evitación de la preocupación (MEP) para TAG	140

Figura 25	Modelo de Desregulación de la Emoción (MDE) para TAG	142
Figura 26	Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII) para TAG	145
Figura 27	Modelo Metacognitivo (MMC) para TAG	148
Figura 28	Modelo Basado en la Aceptación (MBA) para TAG	151
Figura 29	Función mediadora de la cognición de la TCC	154
Figura 30	<i>Modelo cognitivo de la ansiedad</i>	155
Figura 31	Modelo cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada	158
Figura 32	Conceptualización cognitiva de caso para el trastorno de ansiedad generalizada..	164
Figura 33	Componentes, técnicas y estrategias de la TCC para TAG.....	168
Figura 34	Manejo de ansiedad o inoculación del estrés	170
Figura 35	<i>Reestructuración cognitiva</i>	171
Figura 36	<i>Exposición conductual</i>	172
Figura 37	<i>Relajación</i>	173
Figura 38	<i>Análisis funcional</i>	174
Figura 39	Entrenamiento en solución de problemas.....	175
Figura 40	<i>Exposición funcional cognitiva</i>	176
Figura 41	<i>Autorregistro cognitivo</i>	176
Figura 42	Frecuencia hora a hora de la emoción	177
Figura 43	<i>Autocontrol</i>	178
Figura 44	Esquema general de la investigación	215
Figura 45	Evaluación del Inventario de Depresión de Beck (BDI II)	222
Figura 46	Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	223
Figura 47	Evaluación del Inventario de Dependencia Emocional (IDE).....	224
Figura 48	<i>Análisis de asociación de Pearson</i>	225
Figura 49	Estructura general de la intervención focalizada en emociones para disminuir ansiedad en adultos	234

Figura 50 Estructura general de la intervención cognitiva conductual para disminuir ansiedad en adultos	237
Figura 51 <i>Procedimiento del estudio</i>	261
Figura 52 <i>Sexo</i>	265
Figura 53 <i>Estado civil</i>	265
Figura 54 <i>Hijos</i>	266
Figura 55 <i>Edad</i>	266
Figura 56 Síntomas de ansiedad del grupo Focalizado en la Emoción (FE).....	278
Figura 57 Síntomas de ansiedad del grupo Cognitivo Conductual (CC).....	279
Figura 58 Identificación de emociones del grupo Focalizado en la Emoción (FE)	280
Figura 59 Identificación de emociones del grupo Cognitivo Conductual (CC)	281
Figura 60 Percepción de bienestar del grupo Focalizado en la Emoción (FE).....	282
Figura 61 Percepción de bienestar del grupo Cognitivo Conductual (CC)	283
Figura 62 Gráficas de caso único para la medida de síntomas de ansiedad	284
Figura 63 Gráficas de caso único para la medida de identificación de emociones	286
Figura 64 Gráficas de caso único para la medida de percepción de bienestar	287
Figura 65 Evaluación pre y posprueba para la variable GADI del grupo Focalizado en la Emoción (FE).....	291
Figura 66 Evaluación pre y posprueba para la variable CORE OM para el grupo FE.....	292
Figura 67 Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Percepción del grupo FE.....	292
Figura 68 Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Comprensión del grupo FE ...	293
Figura 69 <i>Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Regulación del grupo FE</i>	293
Figura 70 <i>Evaluación pre y posprueba para la variable DERS del grupo FE</i>	294
Figura 71 <i>Evaluación pre y posprueba para la variable GADI del grupo CC</i>	294
Figura 72 <i>Evaluación pre y posprueba para la variable CORE OM del grupo CC</i>	295
Figura 73 <i>Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Percepción del grupo CC</i>	295

Figura 74	<i>Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Comprensión del grupo CC...</i>	296
Figura 75	<i>Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Regulación del grupo CC</i>	296
Figura 76	<i>Evaluación pre y posprueba para la variable DERS del grupo CC</i>	297
Figura 77	<i>Evaluación pre y posprueba para la variable GADI para el Grupo Control</i>	297
Figura 78	<i>Evaluación pre y posprueba para la variable CORE OM para el Grupo Control</i>	298
Figura 79	<i>Evaluación pre y posprueba para la variable TMM Percepción para el Grupo Control</i>	298
Figura 80	<i>Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Comprensión para el Grupo Control</i>	299
Figura 81	<i>Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Regulación para el Grupo Control</i>	299
Figura 82	<i>Evaluación pre y posprueba para la variable DERS para el Grupo Control</i>	300
Figura 83	<i>Pre y posprueba de la sintomatología ansiosa (BAI)</i>	301
Figura 84	<i>Pre y posprueba de sintomatología depresiva (BDI II)</i>	302
Figura 85	<i>Pre y posprueba de ansiedad generalizada (GADI)</i>	303
Figura 86	<i>Pre y posprueba de malestar emocional (CORE OM)</i>	304
Figura 87	<i>Pre y posprueba de dificultades de regulación emocional (DERS)</i>	305
Figura 88	<i>Pre y posprueba de percepción de los estados emocionales (TMMS)</i>	307
Figura 89	<i>Pre y posprueba de comprensión de los estados emocionales (TMMS)</i>	308
Figura 90	<i>Pre y posprueba de regulación de los estados emocionales (TMMS)</i>	309

Resumen

La ansiedad, es definida por la Asociación Estadounidense de Psicología (APA, 2014) como “una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos angustiantes y cambios físicos como el aumento de la presión arterial”. Se estima que el 3,6 % de la población mundial sufre ansiedad (más de 250 millones de personas), siendo mayor su prevalencia en mujeres (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). A esto se añade una alta comorbilidad, con tasas superiores al 50% (Kessler et al., 2015). En México el INEGI (2021) publica en la presentación de resultados de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE), que la media nacional de población adulta con síntomas de ansiedad es de 50.7% (más de 32 millones), de los cuales, 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado. En este contexto, la ansiedad puede ser abordada como fenómeno psicológico en la que coexisten diversos modelos, enfoques o conceptos para intervenir esta desde factores que puedan establecerse como explicaciones alternativas, plausibles y funcionales. Por lo que la presente investigación tiene como objetivo comparar un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual para medir los efectos diferenciales en la disminución de sintomatología ansiosa en adultos.

Este estudio se llevó a cabo en tres fases en la que cada fase tiene su método y resultados. La Fase I corresponde a un estudio descriptivo correlacional para identificar la sintomatología con mayor prevalencia en pacientes que solicitaron atención psicológica, los resultados de esta fase arrojaron que el 88% de la muestra presentó síntomas de ansiedad moderada y severa. La Fase II tuvo como objetivo, validar por jueces expertos dos intervenciones, una con enfoque focalizado en la emoción y otra con enfoque cognitivo

conductual para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos, se procedió a la revisión de literatura y al diseño de las intervenciones con base en criterios de práctica basada en evidencia y los resultados de esta fase para el sustento teórico y práctico de la intervención con enfoque focalizado en la emoción obtuvo un promedio de 95.45% de beneficio para los participante, en cuanto a la intervención con enfoque cognitivo conductual se obtuvo un promedio de 95.25%, por lo que con base en la validación por jueces expertos se esperaba obtener resultados positivos en la disminución de los síntomas de ansiedad en los participantes del estudio. Finalmente, la Fase de Estudio que correspondió a la implementación y comparación de las intervenciones, una con enfoque focalizado en la emoción y una con enfoque cognitivo conductual para comparar el efecto de un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad en adultos, ambas intervenciones se ofrecieron en un formato de trece sesiones, el diseño fue experimental; de caso único con línea base múltiple con dos réplicas y; con grupos equivalentes pre y posprueba con dos grupos experimentales de intervención uno por cada programa y con un grupo control. El presente estudio cierra con un apartado de discusión y conclusiones, así como las referencias y los anexos.

Palabras clave

Ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, terapia focalizada en la emoción, terapia cognitiva conductual.

Abstract

Anxiety, is defined by the American Psychological Association (APA, 2014) as “an emotion characterized by feelings of tension, distressing thoughts, and physical changes such as increased blood pressure”. It is estimated that 3.6% of the world's population suffers from anxiety (more than 250 million people), with a higher prevalence in women (WHO, 2017). Added to this is a high comorbidity, with rates above 50% (Kessler et al., 2015). In Mexico, INEGI (2021) publishes in the presentation of results of the National Survey of Self-Reported Well-Being (ENBIARE), that the national average of adult population with anxiety symptoms is 50.7% (more than 32 million), of which, 19.3% of the adult population has symptoms of severe anxiety, while another 31.3% reveals symptoms of minimal anxiety or to some degree. In this context, anxiety can be approached as a psychological phenomenon in which various models, approaches or concepts coexist to intervene from factors that can be established as alternative, plausible and functional explanations. Therefore, the present research aims to compare a program focused on emotion and a cognitive-behavioral program to measure the differential effects in the reduction of anxious symptoms in adults.

This study was carried out in three phases in which each phase has its method and results. Phase I corresponds to a descriptive correlational study to identify the most prevalent symptomatology in patients seeking care, the results of this phase showed that 88% of the sample presented symptoms of moderate and severe anxiety. The objective of Phase II was to validate by expert judges two interventions, one with an emotion-focused approach and the other with a cognitive-behavioral approach for the reduction of anxiety symptoms in adults; the literature was reviewed and the interventions were designed based on evidence-based practice criteria and the results of this phase for the theoretical and practical support of the intervention with an emotion-focused approach obtained an average of 95.45% of benefit for the participants, as for the intervention with cognitive-behavioral approach an average of 95.25% was obtained, so that

based on the validation by expert judges it was expected to obtain positive results in the reduction of anxiety symptoms in the participants of the study. Finally, the Study Phase corresponded to the implementation and comparison of the interventions, one with an emotion-focused approach and one with a cognitive-behavioral approach to compare the effect of an emotion-focused program and a cognitive-behavioral program on reducing anxiety symptoms in adults, both interventions were offered in a format of thirteen sessions, the design was experimental; single case with multiple baseline with two replications and; with equivalent pre- and post-test groups with two experimental intervention groups one for each program and with a control group. The present study closes with a discussion and conclusions section, as well as references and annexes.

Key words

Anxiety, generalized anxiety disorder, emotion-focused therapy, cognitive behavioral therapy.

Introducción

La Organización Panamericana de la Salud en el marco de la Conferencia Internacional de ALMA-ATA (2018) resaltó la necesidad de acción urgente que tienen los gobiernos, entidades privadas, todo el personal de salud y toda la comunidad en general de proteger, promover la salud y prevenir la enfermedad. El nuevo llamado busca empoderar a los posibles afectados para que realicen acciones en la atención primaria.

Las investigaciones señalan que las condiciones y entornos que condicionan la salud, en diversos países de América Latina y el Caribe no cumplen con muchas de las acciones para lograr entornos saludables. Por esto uno de los escenarios para intervenir este problema radica en conocer, comprender e intervenir factores de índole psicológico para que las personas tengan elementos desde esta perspectiva para iniciar y mantenerse en cambios asociados a su salud (OMS, 2014).

La ansiedad es considerada un problema significativo de salud mental, actualmente su prevalencia es tan alta que se cree podría afectar, en mayor o menor grado, a una gran parte de las personas en edad adulta. De acuerdo con las estimaciones sanitarias mundiales, en 2015 se estimaba que la ansiedad afectaba a 3.6% y en 2022 aumento en un 25% en la población general. Debido a ello, se le considera un padecimiento mental grave que refleja una pérdida de salud y del funcionamiento general (OMS, 2014). Al respecto, en México el INEGI (2021) publica en la presentación de resultados de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (Enbiare), que la media nacional de población con síntomas de ansiedad es de 50.7%, de los cuales, 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado.

Desde esta perspectiva resulta importante abordar la ansiedad desde factores que puedan establecerse como explicaciones plausibles y funcionales al fenómeno, que aportan diferentes enfoques. Es en este contexto, en que la presente investigación tiene como objetivo

comparar un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual para medir los efectos diferenciales en la disminución de sintomatología ansiosa en adultos. La presente investigación se sustenta en un marco teórico dividido en tres capítulos; 1. Salud mental y ansiedad, 2. Enfoque focalizado en la emoción y 3. Enfoque cognitivo conductual. La metodología del estudio se encuentra dividida en tres fases, cada una de las cuales tiene su método y resultados. La Fase I corresponde a un estudio descriptivo correlacional para identificar la sintomatología con mayor prevalencia en pacientes que solicitaron atención. La Fase II tuvo como objetivo, validar por jueces expertos dos intervenciones, una con enfoque focalizado en la emoción y otra con enfoque cognitivo conductual para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos. Finalmente, la Fase de Estudio que correspondió a la implementación y comparación de las intervenciones, una con enfoque focalizado en la emoción y una con enfoque cognitivo conductual para comparar el efecto de estas en la disminución de los síntomas de ansiedad en adultos. El presente estudio cierra con un apartado de discusión y conclusiones, así como las referencias y los anexos.

Capítulo 1. Salud mental y ansiedad

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental del individuo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (2004): “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Según la OMS, parte de tener una salud mental adecuada equivale a tener una respuesta apta al estrés normal de la vida, un rendimiento productivo laboral y con la comunidad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), revela que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Los trastornos mentales representan un 23% de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos a moderados, se ven relacionados con menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad (Chacón et al., 2021).

Los problemas de salud mental suponen una importante carga de morbilidad en todo el mundo. Se estima que 450 millones de personas pueden padecer un trastorno mental a lo largo de su vida. Los problemas de salud mental son causa de importantes pérdidas en los sistemas económicos, sociales, educativos, penales y judiciales (Esteban et al., 2012).

Las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. El modelo de abordaje que actualmente se utiliza es el biopsicosocial que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal (Valencia, 2007).

Los trastornos mentales implican una importante carga como enfermedad superando la de los accidentes cerebrovasculares y del resto de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer o el Alzheimer. Las intervenciones en salud mental tienen la evidencia no sólo de mejorar

el desarrollo del individuo sino de disminuir los costes económicos y sociales (Leiva-Peña et al., 2021).

Actualmente existe una gran variedad de tratamientos para los trastornos mentales que generalmente combinan el uso de psicofármacos con la psicoterapia en sus distintas modalidades: individual, grupal, familiar, etc., así como programas de promoción y prevención con especial énfasis en técnicas psicoeducativas para los pacientes y sus familiares (Valencia, 2007).

Prevención de los trastornos mentales

El alto costo de las enfermedades mentales lleva a un planteamiento en el que los tratamientos actuales por si solos no son lo suficientemente efectivos para controlar los altos índices de trastornos mentales; por lo que se propone la implementación de estrategias de prevención eficaces, basadas en evidencia científica que impactará en la salud mental de la población (OMS, 2004).

Al respecto, la OMS (2004) establece que la prevención de los trastornos mentales tiene el objetivo de “reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad”.

La prevención primaria incluye la prevención universal que son las intervenciones dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo; por otra parte, la prevención selectiva es la que se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es más alto de manera significativa que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social y la prevención indicada dirigida a las personas en alto riesgo que son identificadas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un

trastorno mental, o marcadores biológicos que muestran la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental (Vega-Michel & Camacho, 2019).

La prevención indicada de los trastornos mentales tiene como objetivo reducir los síntomas por debajo del umbral en las personas en riesgo y, en última instancia, disminuir la aparición y la carga de los trastornos mentales. Sin embargo, la prevención de los trastornos mentales no es suficiente para mejorar la salud mental, ya que estos enfoques no suelen dirigirse a toda la población. La promoción de la salud mental intenta enfrentar este desafío y reconceptualiza la salud mental en términos positivos en lugar de negativos. La OMS define la promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla” (OMS, 1986 citado por Fusar-Poli et al., 2020).

La promoción de la salud mental se define como “la mejora de la capacidad de las personas, familias, grupos o comunidades para fortalecer o apoyar experiencias emocionales, cognitivas y relacionadas positivas”. Por lo tanto, es esencial promover el valor de la salud mental y mejorar las estrategias de afrontamiento de las personas, en lugar de simplemente tratar de lograr una mejora de los síntomas y los déficits (OMS, 2002 citado por Fusar-Poli et al., 2020). Además, un cierto grado de malestar mental puede resultar útiles para el crecimiento personal o el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas. De manera similar, no existen límites netos entre el bienestar psicológico en individuos con un trastorno mental bien compensado y el bienestar psicológico en individuos sanos que están en peligro (Fusar-Poli et al., 2020).

El objetivo general de la promoción de la salud mental es, por lo tanto, aumentar el bienestar, la competencia y la resiliencia a lo largo de la vida. La promoción de una buena salud mental está entrelazada con la mejora de los factores protectores establecidos para el desarrollo de trastornos mentales (OMS, 2004 citado en Fusar-Poli et al., 2020).

Intervenciones universales y selectivas para salud mental

Las intervenciones preventivas dirigidas se incluyen dentro de la prevención primaria en la clasificación de salud pública (OMS, 2004). Estas intervenciones varían en cuanto a los individuos a los que se dirigen: la intervención universal, es para el público en general, independientemente del riesgo individual; la intervención selectiva, es para subgrupos de la población que tienen un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad mental debido a factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales; y la intervención indicada, para personas con subumbral o signos o síntomas mínimos que indican una predisposición a un trastorno mental particular pero que no cumplen los criterios diagnósticos para ese trastorno. Las dos primeras, las intervenciones universales y selectivas, son las intervenciones más adecuadas para promover la salud mental y el bienestar mental en la población general y en individuos sanos que presentan factores de riesgo, respectivamente (Arango et al., 2018).

Con base en la prevención primaria universal, algunos autores (Fusar-Poli et al., 2020 y Salazar de Pablo et al., 2020) han analizado los componentes de intervenciones universales y selectivos para salud mental y proponen catorce dominios empíricos centrales (Tabla 1) que operacionalizan los principales objetivos de salud mental de las intervenciones universales y selectivas, proporcionando elementos operativos para la salud mental.

Tabla 1

Principales dominios empíricos de la salud mental

No.	Componente	Descripción
1	Alfabetización en salud mental	La alfabetización en salud es la capacidad de comprender el estado de salud de un individuo y los factores que intervienen en él. Es un determinante social de la salud, que puede conducir no solo a mejoras en los factores de salud, sino también al empoderamiento de los pacientes y la reducción de las desigualdades (Fernández- Gutiérrez et al., 2018 citado en Fusar-Poli et al., 2020).
2	Actitud hacia los trastornos mentales	La actitud que tenemos y cómo reaccionamos frente a alguien con un trastorno mental. El estigma es una actitud negativa hacia una persona, que conduce a una acción negativa o discriminación (Haugen et al., 2017 citado en Fusar-Poli et al., 2020).

No.	Componente	Descripción
3	Auto-percepciones y valores	Las auto percepciones se refieren a un conjunto de creencias subjetivas sobre nuestras propias características, la conciencia de las capacidades personales también puede ayudar a desarrollar una autoestima positiva, con actitudes y creencias sobre sí mismos (Jordán et al., 2015 citado en Fusar-Poli et al., 2020).
4	Habilidades cognitivas	La cognición es la capacidad que tiene el cerebro para procesar y reaccionar ante la información que se presenta, tanto en el ámbito educativo, académico y laboral como en los diversos ámbitos cotidianos de su vida. Las habilidades cognitivas son factores latentes, que son relevantes en el campo de la cognición, el aprendizaje y la memoria. Estas habilidades permiten a los jóvenes recordar y organizar la información, al tiempo que tienen un grado de flexibilidad cognitiva y atención para permitir el razonamiento, la toma de decisiones y la resolución de problemas (Sala y Gobet, 2019 citado en Fusar-Poli et al., 2020).
5	Desempeño académico/ ocupacional	El rendimiento académico incluye el conocimiento objetivo, asistencia y comportamiento, información que normalmente se puede obtener de los registros escolares, el desempeño académico y el laboral pueden afectar la salud mental, al igual que la salud mental influye en el desempeño laboral (Santana et al., 2017 citado en Fusar-Poli et al., 2020).
6	Emociones	Las emociones incluyen estados afectivos con propiedades estimulantes o motivacionales, que puede llevar a los individuos a una determinada respuesta o comportamiento. Las emociones y las conductas consecuencia de estas contribuyen a la salud mental. Modulando la conciencia y el conocimiento de las emociones, mejorando la regulación de las emociones y permitiendo una expresión de emociones más efectiva (Greenberg y Pascual-Leone, 2006 citado en Fusar-Poli et al., 2020) puede mejorar la salud mental.
7	Comportamientos	La salud mental está ligada al comportamiento en todas las etapas de la vida, los comportamientos son las conductas y acciones que se realizan cuando se presenta un estímulo. Los comportamientos pueden ser conductas saludables que permiten el desenvolvimiento adecuado para alcanzar el máximo potencial humano. Facilitar conductas adecuadas y adaptativas es una forma de promover salud mental y mejorar el bienestar (OMS, 2004 citados en Fusar-Poli et al., 2020).
8	Estrategias de autogestión	Las estrategias de autogestión son habilidades prácticas y cotidianas para cuidarse de manera efectiva e independiente y para funcionar y satisfacer las demandas del entorno. Los cambios estratégicos resultan como consecuencia de la confianza en la capacidad de autogestión (Bourbeau et al., 2015 citados en Fusar-Poli et al., 2020).
9	Familia y relaciones significativas	Otro componente de la salud mental es la capacidad de establecer relaciones significativas con miembros de la familia y otras personas importantes (Fusar-Poli et al., 2020).

No.	Componente	Descripción
10	Salud física	Este dominio empírico incluye actitudes, afectos y comportamientos que involucran la salud física y el cuidado de la salud, que están estrechamente entrelazados con la salud mental (Ohrnberger et al., 2017 citado en Fusar-Poli et al., 2020).
11	Salud sexual	La salud sexual también involucra actitudes y comportamientos sobre el cuidado de la salud. La sexualidad tiene un valor intrínseco como parte de la salud física y mental y las relaciones sexuales positivas requieren buenas experiencias previas (Hogben et al., 2015 citado en Fusar-Poli et al., 2020).
12	Significado de la vida	El significado de la vida, incluyendo la espiritualidad y la religión, puede ser particularmente importante desde una perspectiva fenomenológica. El sentido de la vida se define como el grado en que un individuo comprende y ve significado en su vida, así como el grado en que siente que su vida tiene un propósito (Heintzelman y King, 2015 citado en Fusar-Poli et al., 2020). El sentido de la vida está relacionado no solo con la salud física sino también con la salud mental, incluyendo el bienestar y la satisfacción con la vida (Miao y Gan, 2018 citado en Fusar-Poli et al., 2020).
13	Calidad de vida	En salud mental, esto incluye no solo la falta de trastorno mental o síntomas clínicamente relevantes, sino también percepciones satisfactorias sobre la vida y el funcionamiento en múltiples dominios de la vida, como la autoeficacia, las relaciones sociales, los pasatiempos/actividades de ocio y la educación/trabajo, definida en términos de salud, como satisfacción con la vida, la cual implica el bienestar del individuo (Revicki et al., 2014 citado en Fusar-Poli et al., 2020).
14	Habilidades sociales	Son habilidades que permiten interactuar y comunicarse entre sí para fomentar relaciones positivas (Salazar de Pablo et al., 2020).

Fuente: Fusar-Poli et al. (2020) y Salazar de Pablo et al. (2020).

Con base en revisiones sistemáticas, estos autores han identificado que las intervenciones más eficaces para la prevención son; la psicoeducación que demostró ser la intervención más eficaz para promover la alfabetización en salud mental y habilidades cognitivas. La fisioterapia, el ejercicio y la relajación fueron más efectivos que la psicoeducación y psicoterapia para la promoción de la salud física. En conclusión, varias intervenciones universales/selectivas pueden ser efectivas para promover la salud mental (Salazar de Pablo et al., 2020).

La salud mental desde la prevención proporciona a las personas las habilidades y la resiliencia para enfrentar y manejar de manera más productiva los factores estresantes anormales y potencialmente destructivos. La promoción de la salud mental lleva a aumentar el bienestar, la competencia y la resiliencia y hace que las personas mejoren su salud mental y aumenten su control sobre ella.

Intervenciones selectivas para la ansiedad

Domschke et al. (2021) enfatizan que las medidas preventivas como las intervenciones universales y selectivas, pueden reducir eficazmente la incidencia de los trastornos de ansiedad y, por lo tanto, contribuir a reducir los altos costos individuales y socioeconómicos de los trastornos de ansiedad. La prevención selectiva en individuos de alto riesgo con los primeros síntomas subclínicos de ansiedad muestra un éxito significativo en la prevención de la manifestación de trastornos de ansiedad clínicamente relevantes y es probablemente la medida preventiva más rentable.

Algunos objetivos para la prevención de la ansiedad en atención primaria son: a) Identificar a los individuos de alto riesgo para trastornos de ansiedad e introducir estrategias para reducir ese riesgo; b) Detección precoz y el tratamiento adecuado de los nuevos casos; c) Disminuir el riesgo de recaídas; y d) Minimizar la discapacidad en los casos en que los síntomas son prolongados y severos (Navas & Vargas, 2012).

Los programas de prevención desarrollados hasta ahora para grupos objetivo de adultos siguen principalmente un enfoque selectivo como el entrenamiento de mejora de la sensibilidad a la ansiedad (ASAT) en adultos que tienen como factor de riesgo para el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad por separación. En una sesión única basada en computadora, ASAT transmite elementos psicoeducativos y cognitivo-conductuales con ejercicios de exposición interoceptiva. El último avance establece que el tratamiento de sensibilidad a la ansiedad

cognitiva (CAST) representa el contenido particularmente centrado en las sensaciones corporales o las consecuencias temidas asociadas con una mayor sensibilidad cognitiva a la ansiedad. Otro programa es para adultos con un perfil de alto riesgo de trastornos de ansiedad, es decir, aquellos con síntomas de pánico subsindrómicos o un trastorno de pánico subclínico, incluye 8 sesiones de terapia cognitivo-conductual, los programas mencionados conducen a una mejora significativa en los síntomas en comparación con el grupo de control (Domschke et al., 2021).

En general, los metanálisis sobre la eficacia de los programas de prevención de los trastornos de ansiedad muestran tamaños del efecto de pequeños a moderados con respecto a la reducción de la incidencia de los trastornos de ansiedad o la reducción de los síntomas con tamaños del efecto de 0.32 para adolescentes y 0.57 para niños. Para la mejor eficacia posible de las medidas preventivas selectivas, los autores enfatizan que es necesaria una definición y selección precisas de los factores de riesgo válidos y modificables para el posterior desarrollo de trastornos de ansiedad. En el contexto de la patogénesis compleja y multifactorial de los trastornos de ansiedad con una interacción de varios factores psicológicos, factores de riesgo ambientales y biológicos, una determinación combinada de diferentes factores de riesgo podría permitir una focalización aún más precisa de los grupos de alto riesgo y, por lo tanto, un uso aún más eficaz de las medidas preventivas. Sin embargo, la mayoría de los programas publicados hasta la fecha no suelen dirigirse a factores de riesgo específicos, o solo de forma limitada, sino que se basan en principios activos tomados de la psicoterapia. Hasta el momento, no se ha entendido suficientemente qué componentes de los programas de prevención anclados en la terapia cognitivo conductual representan los realmente efectivos desde el punto de vista preventivo (Domschke et al., 2021).

En resumen, Domschke et al. (2021) resaltan que se dispone de intervenciones efectivas, universales y específicas, para la prevención de los trastornos de ansiedad, que pueden lograr una reducción del sufrimiento personal de las personas afectadas y de la carga socioeconómica

sobre el sistema de atención de la salud a través de una reducción significativa de los síntomas. Las medidas preventivas universales pueden prevenir un gran número de trastornos de ansiedad manifiestos a través de un enfoque no seleccionado con efectos ya pequeños pero se asocian con un gran esfuerzo organizativo y altos costos. Los programas selectivos e indicados están dirigidos a personas con factores de riesgo definidos *a priori*, lo que podría conducir a la estigmatización de las personas afectadas, pero se asocian a una mayor eficacia y, por tanto, a una mayor rentabilidad.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

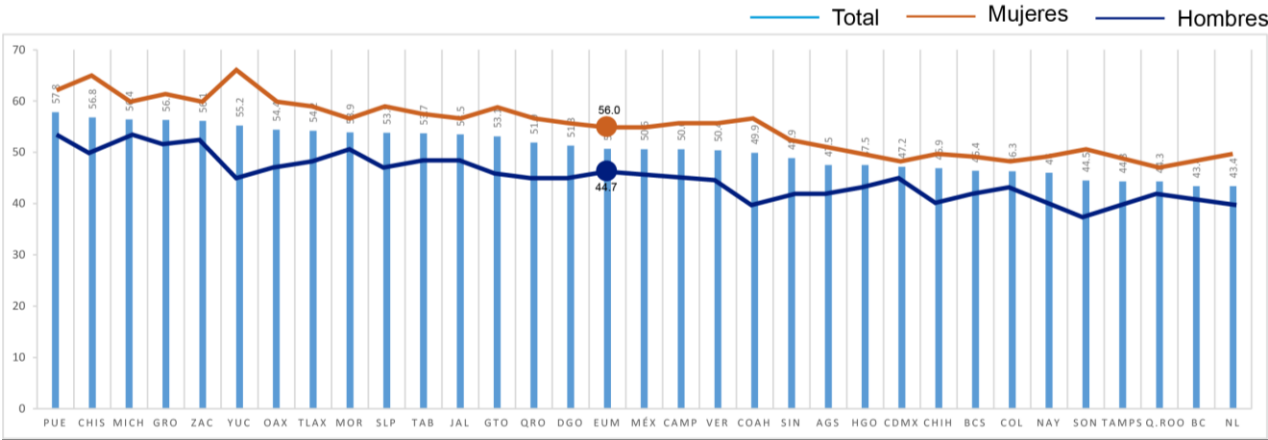
El estado patológico de temor es uno de los sufrimientos más comunes y severos que aquejan a la humanidad, de tal forma que, la ansiedad, es considerada un problema significativo de salud. Actualmente su prevalencia es tan alta que se cree podría afectar, en mayor o menor grado, a una gran parte de las personas en edad adulta. De acuerdo con las estimaciones sanitarias mundiales, en 2015 se estimaba que el trastorno de ansiedad afectaba a 3.6% de la población general. Debido a ello se le ha considerado como un padecimiento mental muy grave que refleja una pérdida de salud y del funcionamiento general (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017 citado por Reyes et al., 2017).

Al respecto, en México en 2017 (Senado de la República, 2017) se estimaba que al menos 14.3 por ciento de los ciudadanos padecía trastornos de ansiedad generalizada, mientras que entre abril y junio de 2020 (Salud Pública de México, 2020) una serie de encuestas telefónicas mensuales con muestras representativas de México, en las cuales se aplicó un cuestionario que incluye escalas confiables y válidas para ansiedad generalizada, estas informan que la prevalencia mensual se mantuvo alta y estable, entre 30.7 y 32.6 por ciento.

En relación con este tema, el INEGI (2021) publica en la presentación de resultados de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) con referencia a síntomas de ansiedad, indica que la media nacional de población con síntomas de ansiedad es de 50.7%

(Figura 1), de los cuales, 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado, por lo tanto 49.3% no la presenta. Las entidades cuya población adulta promedia porcentajes más altos con síntomas de ansiedad, sea mínima o severa, son Puebla, Chiapas y Michoacán, en tanto que los porcentajes más bajos corresponden a Nuevo León, Baja California y Quintana Roo.

Figura 1
Porcentaje de población con síntomas de ansiedad por Entidad Federativa



Nota: Se construye con la suma de los porcentajes de población con síntomas de ansiedad severa como de ansiedad mínima
Fuente: INEGI (2021)

Como podemos analizar a través de estas cifras, la salud mental es un tema urgente de salud pública en nuestros días, la organización mundial de la salud (OMS citado por Gómez-Acosta et al., 2020) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida; esta definición hace referencia a la salud como un constructo independiente de la enfermedad, la salud mental pasa a ser entendida como una capacidad, recurso o competencia, por lo que se la entiende como un proceso dinámico que obliga el reconocimiento del papel de los determinantes sociales y la importancia de los factores psicológicos.

Conceptualización del TAG

La ansiedad es un fenómeno paradigmático cuya explicación ha sido tarea fundamentalmente de la psiquiatría y la psicología (Clark & Beck, 2010). Diversas escuelas psicológicas lo han abordado con su propio método y marco teórico, esto enriqueció su conocimiento, pero paradójicamente se generó una diversidad terminológica y conceptual que derivó en su confusión con experiencias emocionales coincidentes o estrechamente relacionadas como el miedo, la angustia y el estrés (Sierra et al., 2003).

Por ello, la ansiedad, resulta un constructo ambiguo y complejo de delimitar, existiendo en él, implícitamente, distintos significados. En este apartado se pretende delimitar el constructo de ansiedad a través de una revisión de los tratamientos con apoyo empírico (TAE) que con base en Ybarra et al. (2015) se centran en los tratamientos para un cierto trastorno o problema (en este caso la ansiedad) que han demostrado su eficacia en ensayos controlados.

En este orden de ideas se presentan tres líneas de tratamientos con apoyo empírico (TAE) para el trastorno de ansiedad generalizada:

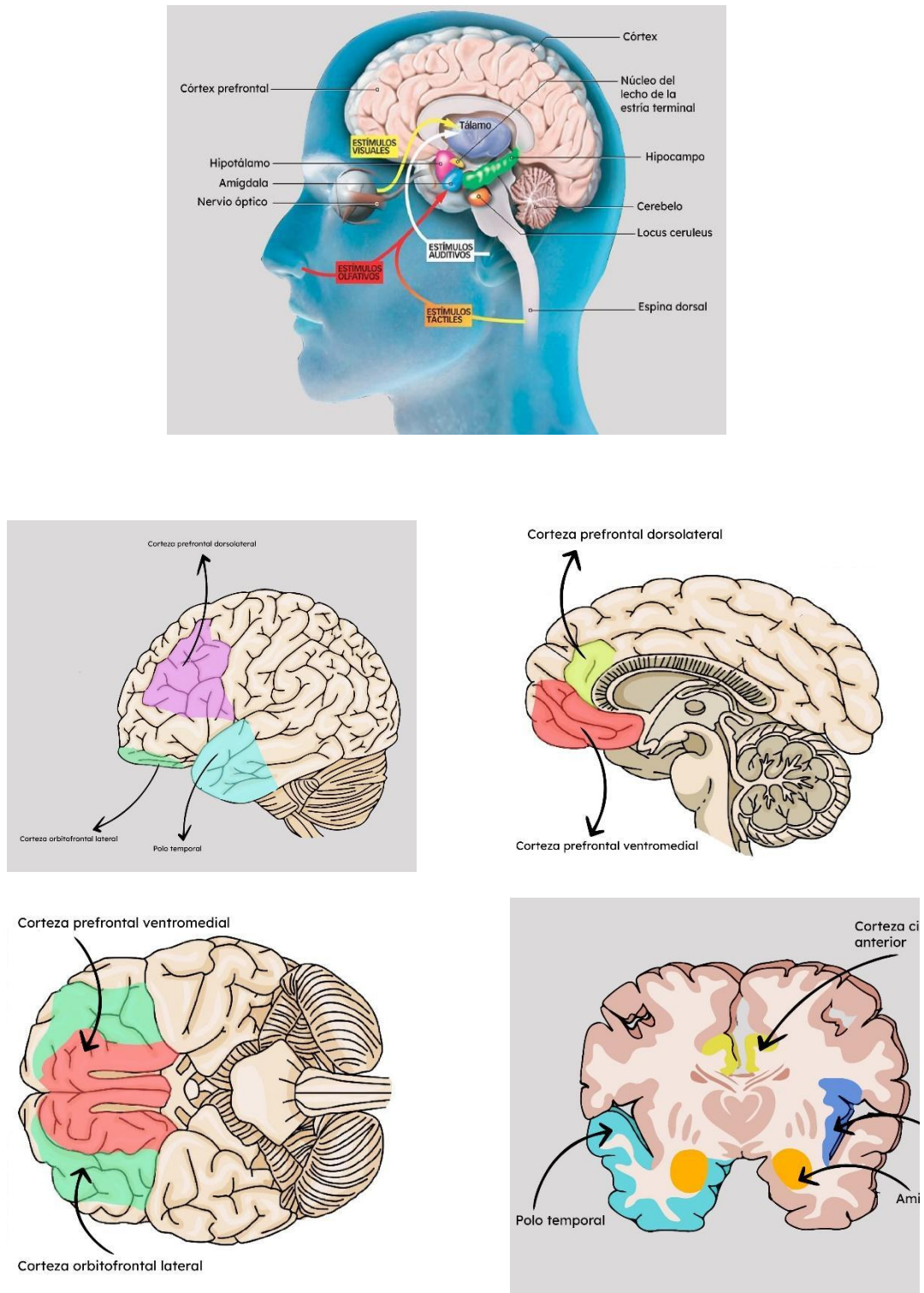
El primero es el *enfoque psicofisiológico que ahora ha evolucionado a la psicobiología del procesamiento emocional*. En esta línea Matute (2012) menciona que en los últimos años, el estudio creciente de los mecanismos neurobiológicos implicados en el procesamiento emocional ha permitido distinguir la participación de subsistemas neurales en parte disociables relacionados con el reconocimiento de emociones particulares, además de algunas estructuras límbicas comunes a todas ellas. De manera general existen dos estructuras fundamentales para la asignación del significado emocional a un estímulo; la amígdala y la corteza orbitofrontal, al respecto se ha descrito la activación de estructuras asociadas a estados displacenteros, por ejemplo, se ha registrado un incremento de actividad metabólica en la corteza orbitofrontal, temporal y prefrontal dorsolateral derecha ante estímulos aversivos y junto a la amígdala, el cíngulo anterior y la ínsula son activadas en *estados de ansiedad*. Ante una emoción, se presentan cambios en la actividad del sistema nervioso central y en el sistema nervioso periférico.

Cuando se presentan disfunciones en los mecanismos neurobiológicos relacionados con las emociones se generan trastornos en la conducta, en los últimos quince años se han incrementado en forma significativa el estudio de las bases neurofisiológicas de la emoción y al desarrollo de nuevas técnicas como la tomografía por emisión de positrones (PET), la resonancia magnética funcional (RMNf), la magneto encefalografía (MEG) y la electrofisiología (EEG y PREs) para analizar de manera integral las emociones para comprender las alteraciones de los múltiples mecanismos implicados que permitan diseñar estrategias para prevención y tratamientos de los trastornos derivados de esto.

En esta línea se puede incorporar el *tratamiento farmacológico* con apoyo empírico (TAE) para el trastorno de ansiedad generalizada, en el que el estudio de Gorka et al. (2019) muestra que los tratamientos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) atenuaron la actividad de la ínsula y la amígdala durante la percepción de la emoción así como una mayor disminución relacionada con el tratamiento en la actividad de la ínsula y la amígdala se correlacionó con una mayor reducción de los síntomas de ansiedad. En el estudio de Balderston et al. (2020) sus resultados proporcionan un nuevo vínculo entre la actividad de la corteza prefrontal dorsolateral derecha (dlPFC) y la expresión fisiológica de la ansiedad, y los autores enfocan la importancia sobre mecanismos subyacentes en este vínculo como el circuito cortical, este hallazgo respalda los modelos actuales de asimetría frontal relacionada con el afecto negativo. Desde este enfoque (Balderston et al. 2020 y Gorka et al., 2019), la ansiedad se podría conceptualizar como una disfunción en los mecanismos neurobiológicos relacionados con las emociones a través de un incremento de actividad metabólica en la corteza orbitofrontal, temporal y prefrontal dorsolateral derecha junto a la amígdala, el cíngulo anterior y la ínsula (Figura 2), ante estas activaciones neurobiológicas, se presentan síntomas derivados de los cambios en la actividad del sistema nervioso central y en el sistema nervioso periférico.

Figura 2

Anatomía de la ansiedad



Nota: Elaboración propia con base en Balderston et al. (2020) y Gorka et al. (2019)

El *segundo es el tratamiento basado en terapia cognitiva*, desde este enfoque la ansiedad es una condición humana desarrollada evolutivamente que brinda ventajas sobre las otras especies. Es una respuesta emocional compleja que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva, permite al sujeto analizar información relevante sobre la situación, los recursos y el resultado esperado, para actuar en consecuencia estratégicamente. Posee una función eminentemente adaptativa cuya finalidad es guiar el comportamiento para lidiar con circunstancias anticipadas como aversivas o difíciles. En intensidad moderada impulsa y mejora el desempeño físico e intelectual, moviliza al sujeto para la resolución de problemas y favorece la adaptación en contextos novedosas o aversivos (Barlow & Durand, 2001 citados por Diaz y De la Iglesia, 2019).

Al respecto, Clark y Beck (2010), la ansiedad se centra en el concepto de vulnerabilidad, entendiendo a esta como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control y es insuficiente para proporcionarse una sensación de seguridad. En la ansiedad, este aumento de la sensación de vulnerabilidad es evidente en las valoraciones sesgadas exageradas que hacen los individuos del posible daño personal en respuesta a señales que son neutrales o inocuas. Los individuos ansiosos no logran percibir las señales de seguridad de las situaciones de amenaza evaluada y tienden a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado. Desde la perspectiva cognitiva, la ansiedad se conceptualiza como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (es decir, a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo.

Y como *tercer tratamiento con apoyo empírico (TAE)* para el trastorno de ansiedad generalizada, la terapia focalizada en la emoción, la cual se centra principalmente en las experiencias emocionales subyacentes y sus desencadenantes, que preocupan a los pacientes,

temen y quieren evitar, esto es lo que Timulak y McElvaney (2018) denominan vulnerabilidad emocional crónica o dolor central el cual está vinculado a tres experiencias dolorosas centradas en soledad/tristeza, vergüenza y miedo/terror y las respectivas necesidades insatisfechas de reconocimiento y seguridad. Estas experiencias dolorosas centrales se transforman en la terapia mediante la generación de experiencias emocionales adaptativas de autocompasión e ira protectora que establece límites en un proceso de empoderamiento y confianza interior que genera resiliencia emocional del paciente el cual le permite soportar experiencias emocionales dolorosas y manejar los procesos interpersonales e intrapersonales que las desencadenan.

Desde esta terapia, la ansiedad es conceptualizada como vulnerabilidad emocional crónica que implica tres dolores centrales; soledad/tristeza, miedo/terror y vergüenza, estos dolores señalan que existen necesidades humanas básicas de seguridad amor y pertenencia que no se cubrieron y en la interacción con el entorno existen desencadenantes claros y específicos de la ansiedad que se remontan a los esquemas emocionales (Timulak y McElvaney, 2018).

Criterios diagnósticos del TAG

Como se argumentó en el apartado de la conceptualización del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), los criterios diagnósticos dependen de una posición ontológica de la psicopatología, la experiencia clínica y el pensamiento científico sobre el sufrimiento humano. Por lo que se propone examinar los criterios diagnósticos existentes como intentos de capturar de manera pragmática e informativa los indicadores clínicos que permitan pronosticar, tratar e investigar diferentes fenómenos en salud mental.

El DSM-5 (APA, 2013) define el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) con base en los siguientes criterios: El TAG se caracteriza por un exceso de ansiedad y preocupación que el paciente describe como difícil de controlar, presentándose la mayoría de los días durante un periodo de al menos seis meses. Para hacer un diagnóstico de TAG, la ansiedad y la

preocupación deben estar asociadas con al menos tres de los siguientes síntomas: 1) Inquietud o sensación de nerviosismo; 2) fatigarse fácilmente; 3) dificultad para concentrarse; 4) irritabilidad; 5) tensión muscular, 6) trastornos del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, sueño inquieto o insatisfactorio). La ansiedad, la preocupación o los síntomas psíquicos deben causar angustia o deterioro social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento. La afección no debe deberse al efecto fisiológico directo de una sustancia (drogas o medicamentos), ni a una afección médica general, y no debe de ocurrir exclusivamente durante un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo. El diagnóstico diferencial incluye otros trastornos de ansiedad o trastornos relacionados con la ansiedad que se diagnostican si explican mejor la presentación de los síntomas del paciente que el TAG.

Al respecto, según los Criterios CIE-10 (OMS, 2000) para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza por una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una “angustia libre flotante”). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y sentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico. Las pautas para el diagnóstico son; el afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de; Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.); tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse); hiperactividad

vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.). La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.

Epidemiología del TAG

En la amplia categoría de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el más frecuente en personas adultas y el que genera mayor demanda de atención psicológica en centros de atención primaria (Garay et al., 2019; Macías-Carballo et al., 2019). La edad de inicio se sitúa entre los 20 y los 30 años, sin embargo, muchos pacientes afirman haber presentado ya los síntomas en la infancia o la adolescencia (Bados, 2017).

La ansiedad generalizada se caracteriza por la ansiedad excesiva y la preocupación constante, intensa e incontrolable sobre diversos temas y acontecimientos de la vida cotidiana, que están presentes casi todos los días durante al menos seis meses (APA, 2013). Habitualmente se acompaña de síntomas físicos tales como: problemas de sueño, irritabilidad, tensión muscular, nerviosismo constante, temblores, fatiga, dolores musculares, espasmos, sudoración, mareos, taquicardia y cefaleas, entre otros (Garay et al., 2019). Y, a nivel neuropsicológico, los pacientes suelen presentar cierta dificultad para concentrarse, y normalmente, expresan quejas sobre su funcionamiento cognitivo (Langarita & Gracia, 2019).

El curso habitual del trastorno es crónico, con fluctuaciones en los síntomas, viéndose agravados en los periodos de alto estrés. En cuanto a la remisión del trastorno, se ha encontrado que pocas veces se alcanza la remisión total, siendo más habitual la persistencia de síntomas residuales o la evolución hacia otro trastorno. En estudios epidemiológicos alrededor del 60-70% de las personas con TAG son mujeres, aunque en contextos clínicos representan sólo el 55-60%, el TAG es también más frecuente en las personas mayores de 24 años y menores de 55, en los

separados/viudos/divorciados, en aquellos con menores ingresos, en los desempleados y en las amas de casa (Bados, 2017).

Marrero et al. (2019) argumentan que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) por su curso habitual, se considera un trastorno de evolución crónica, con tendencia a la fluctuación en la gravedad a lo largo del tiempo. Es habitual que se instaure en edades más tardías que el resto de los trastornos de ansiedad, presentándose en edades tempranas más frecuentemente como un cuadro incompleto (sin llegar a cumplir todos los criterios necesarios para llegar al diagnóstico). Además, entre un 50-90% de los pacientes con TAG presentan comorbilidad con otros trastornos mentales (principalmente con la depresión y otros trastornos de ansiedad) y con el abuso de sustancias (hasta un 50% de los pacientes con TAG llegan a presentar un trastorno por uso de sustancias a lo largo de su vida).

Al respecto, Bados (2017) afirma también que el curso del trastorno es crónico, aunque con fluctuaciones dependientes de la presencia o ausencia de periodos de estrés, la remisión total del trastorno es baja, el TAG puede remitir totalmente, especialmente con tratamiento adecuado, pero lo más frecuente es que continúe a un nivel subumbral (con importantes síntomas residuales) o que sea reemplazado por otro trastorno. La forma en que se manifiesta el TAG dentro de una cultura es relativamente consistente a lo largo de la vida, aunque hay diferencias en el contenido de las preocupaciones y en la intensidad de los síntomas. Así, los niños tienden a preocuparse más por su desempeño escolar y deportivo, mientras que las personas mayores muestran más preocupaciones por su salud o el bienestar de su familia. La intensidad de los síntomas es menor en las personas mayores.

Garay y colaboradores (2019) argumentan que existe creciente evidencia que sustenta que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y los trastornos de ansiedad en general presentan factores neurobiológicos implicados en su instauración. Los estudios que reportan los autores, sugieren la existencia de un componente genético significativo en el desarrollo de los circuitos cerebrales de la ansiedad. Desde el punto de vista neurobiológico, las experiencias

tempranas como traumas, pérdida o separación de los padres, estilo de apego, enfermedad mental en un miembro de la familia, hospitalizaciones prolongadas, entre otros, modifican la expresión fenotípica de los genes de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad. Esto se traduce en alteraciones en la estructura cerebral, la señalización por medio de neurotransmisores y consecuentemente en la forma en que funciona el cerebro, especialmente en la estructura y función de la amígdala. Las dimensiones de la personalidad relacionadas con la ansiedad (como la evitación de daños, la preocupación anticipatoria o el miedo a la incertidumbre) están asociadas con la variabilidad genética en el sistema de neurotransmisión serotoninérgica. Finalmente, diferentes estudios reflejan particularidades de la estructura cerebral en los pacientes con TAG, como reducción en la tasa metabólica en los ganglios basales y en la sustancia blanca, diversas alteraciones electroencefalográficas y un umbral de activación del sistema límbico-hipotalámico más bajo. Las proyecciones de neuronas serotoninérgicas de los Núcleos del Rafe al lóbulo temporal y al hipocampo están implicadas en el afrontamiento de la adversidad crónica y la depresión, mientras que las proyecciones de estos núcleos hacia la amígdala juegan un rol importante en la regulación de la ansiedad.

Ridley y colaboradores (2020) en los resultados de su metaanálisis informan que contrariamente a las ideas preconcebidas generalizadas, la ansiedad generalizada no es una enfermedad de la clase social alta o con riqueza, con base en los datos analizados, las personas con los ingresos más bajos suelen tener entre 1.5 y 3 veces más probabilidades que los ricos de experimentar ansiedad generalizada, estos autores, reportan que investigaciones recientes han establecido una relación causal bidireccional entre la pobreza y la enfermedad mental. Los investigadores han comenzado a aislar los mecanismos subyacentes que pueden orientar políticas eficaces para proteger la salud mental de quienes viven en la pobreza. Descubrieron que; la pérdida de ingresos provoca enfermedades mentales, los impactos negativos en los ingresos, como las malas cosechas debido a la escasez de lluvias o la pérdida de empleos debido al cierre de fábricas, empeoran la salud mental. Por el contrario, las transferencias de efectivo y

los programas antipobreza más amplios reducen la ansiedad en ensayos aleatorios; Los diferentes estudios muestran que múltiples mecanismos median en esta cadena causal, la pobreza está asociada con ingresos y gastos volátiles por lo que las preocupaciones y la incertidumbre resultantes pueden empeorar la salud mental, con base en esto, proporcionar un seguro médico, laboral o meteorológico, u otras formas de suavizar las conmociones, puede reducir la ansiedad generalizada y la depresión; Condiciones de vida temprana como la pobreza experimentada en la niñez y en el útero aumenta la probabilidad de una nutrición deficiente y otros factores estresantes, lo que resulta en un deterioro del desarrollo cognitivo y una enfermedad mental en la edad adulta, todo esto es un argumento sólido para brindar apoyo financiero a mujeres embarazadas y cuidadores de niños pequeños. Las viviendas inadecuadas en vecindarios de bajos ingresos, exponen a las personas al estrés ambiental, como la contaminación, las temperaturas extremas y los entornos difíciles para dormir, que pueden afectar la salud mental.

Consecuencias del TAG

La esencia de la ansiedad generalizada consiste en que los pacientes con TAG, o al menos un gran número de ellos, presentan déficits en las competencias ejecutivas, cierto tipo de incapacidad para tomar decisiones y para resolver problemas que deviene de un desarrollo anormal de las funciones superiores. Por esto, las dificultades concretas de la vida real, las situaciones actuales y las futuras, las que plantea el devenir cotidiano se hacen graves y preocupantes. Los pacientes con ansiedad generalizada desde pequeños experimentan el mundo como un mundo lleno de situaciones complejas, que les resultan muy difíciles de resolver hasta transformarse en situaciones amenazantes y/o peligrosas.

Márquez (2007) afirma que la evaluación neuropsicológica de pacientes con TAG muestra un déficit en las funciones ejecutivas, especialmente en los procesos de conceptualización, razonamiento no verbal, jerarquización, anticipación, estrategias y planeamiento, resolución de

problemas y toma de decisiones, todo esto se presenta con capacidades atencionales normales y memoria de trabajo conservada. Los déficits en procesos que integran mecanismos cognitivos y emocionales específicos no les permiten discriminar las situaciones peligrosas de las no peligrosas; todas pueden serlo, cualquier estímulo tiene la misma valencia (en abstracto) y los estímulos no se miden ya contextualmente sino por su valor abstracto. Estas fallas se constituirían en el centro de la disfunción ejecutiva de los pacientes con TAG, quienes tienden a desarrollar comportamientos compensatorios ante tales déficits. Se generarían así, sesgos cognitivos y esquemas que favorecen la preocupación y la anticipación exagerada y generalizada.

Ridley y colaboradores (2020) afirman que después de un diagnóstico de ansiedad generalizada, se estima que las tasas de empleo y los ingresos se reducen a la mitad, en relación con las personas que no están ansiosas, como cualquier enfermedad, la ansiedad generalizada puede tener efectos económicos porque reduce directamente la capacidad de trabajo de las personas al afectar directamente la forma de pensar de las personas, captando la atención, provocando una rumiación excesiva y distorsionando los recuerdos y las creencias de las personas sobre sus capacidades. Dichos impactos cognitivos podrían alterar una variedad de decisiones y resultados económicos, desde encontrar trabajo hasta ahorrar, pasando por la educación, comprender la importancia de este mecanismo en relación con los efectos económicos más “directos” a través de la discapacidad o los gastos de salud sobre las correlaciones entre la ansiedad generalizada y las preferencias económicas.

En el ámbito médico, Bezerra y colaboradores (2021) realizaron un estudio que tuvo como objetivo realizar una revisión bibliográfica integradora para verificar lo que los estudios han abordado sobre la relación entre estrés y ansiedad en personas hipertensas, considerando los últimos seis años (2013 a 2018). Se seleccionaron 14 estudios, los resultados mostraron que la ansiedad y el estrés, además de la depresión pueden presentarse como aspectos moduladores de la hipertensión arterial, en términos generales, la mayoría de los resultados muestran una

relación entre los factores psicológicos, emocionales y conductuales (aspectos relacionados con la vida diaria, la vida laboral, la personalidad y la carga emocional) y la modulación de la respuesta biológica, favoreciendo el desarrollo o mantenimiento de la hipertensión arterial. Los autores a través de sus resultados reafirman la importancia de considerar los aspectos psicológicos y emocionales en las enfermedades crónicas.

En este mismo ámbito, Neira y Ortega (2004) reportan que un gran porcentaje de los dolores cervicales se asocia con mala postura, ansiedad, depresión, tensión cervical y lesiones ocupacionales o deportivas. En el dolor crónico los factores mecánicos y degenerativos (a menudo considerados como espondilosis cervical) son probablemente más evidentes. En la cervicalgia aguda se produce un incremento de la actividad adreno-simpática, la cual se manifiesta en un aumento de la presión arterial, taquicardia, taquipnea, midriasis (pupila dilatada), palidez, sudoración, aumento de la hormona adrenocorticotropa y cambios en el comportamiento. En esta alteración aparecen reflejos de protección y posturas de defensa, si no se trata puede persistir y llevar a la aparición de cervicalgias crónicas, la lesión suele estar presente en las agudas y en las crónicas.

Desafortunadamente los efectos perniciosos de dicha enfermedad no se limitan al sufrimiento que ocasiona de modo directo a las personas que la padecen, sino que se extienden a familiares y amigos porque los síntomas ocasionan alteraciones en las relaciones sociales e incluso en la productividad, además de que promueven en los pacientes el involucramiento en conductas poco saludables o que ponen en riesgo la salud. Por ejemplo, hasta 37% de las personas con ansiedad, también presentan patrones de abuso de drogas. En el ámbito laboral, se ha documentado que quienes padecen ansiedad presentan también mayores niveles de discapacidad; incluso que quienes tienen algún tipo de condición crónica como diabetes, hipertensión, artritis, cefaleas o dolores de espalda. En nuestro país las personas que padecen algún trastorno crónico solicitaron en promedio 6.9 días de incapacidad laboral al año y los que padecen cualquier condición asociada a los trastornos de ansiedad (como ataques de pánico,

fobia social, ansiedad generalizada o estrés postraumático) solicitaron alrededor de 17 días de ausencia laboral en promedio por año (Medina-Mora et al., 2009 citado por Ruvalcaba et al., 2021).

Las enfermedades mentales pueden profundizar la pobreza a través de sus impactos en la salud y los gastos de salud. En los países en desarrollo, las personas que viven en la pobreza suelen pagar la mayor parte de los costos de salud de su bolsillo. A nivel mundial, se estima que 150 millones de personas tienen gastos de salud catastróficos cada año, que se definen como pagos de atención médica que suman más del 40% de los gastos de no subsistencia de un hogar. Los costos asociados con el tratamiento de enfermedades mentales rara vez representan una gran parte de los presupuestos de las personas porque la mayoría de las personas afectadas no reciben tratamiento. Sin embargo, la ansiedad con frecuencia coexiste con otras condiciones de salud, y la comorbilidad con la depresión se asocia con gastos de salud sustancialmente más altos para una variedad de condiciones de salud (Ridley et al., 2020).

Tratamientos basados en evidencia para la ansiedad

En cuanto a la práctica clínica basada en evidencia en psicología Ybarra y colaboradores (2015), especifican que en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, en las últimas décadas ha habido un intento de evaluar los tratamientos psicológicos eficaces para trastornos concretos en muestras clínicas claramente especificadas, para el logro de esto, la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) creó en 1998 un grupo de trabajo sobre promoción y difusión de los tratamientos psicológicos (grupo de trabajo de promoción y difusión de procedimientos psicológicos), en el informe de 1998 este grupo proporciona criterios de validez empírica de los estudios como se puede ver en la Tabla 2 estableciéndose tres tipos de tratamiento, según la calidad y rigor del método de investigación utilizado en el estudio.

Tabla 2*Criterios de validez de los criterios psicológicos (1998) para evaluar tratamientos eficaces*

Tratamientos bien establecidos	Tratamientos probablemente eficaces	Tratamientos experimentales
1. Al menos dos experimentos con diseños intergrupo: a) superioridad al placebo o a otro tratamiento; b) equivalencia con un tratamiento ya establecido, con tamaños de la muestra adecuados 2. Gran cantidad de experimentos con diseños de caso único ($n \geq 9$). Deben demostrar eficacia con: a) uso de un buen diseño experimental; b) comparación de la intervención con otro tratamiento 3. Manuales claros y comprensibles de los tratamientos 4. Especificar las características de las muestras de pacientes que se usaron 5. Los efectos de un tratamiento deben ser demostrados como mínimo por dos investigadores o equipos independientes	1. Deben existir al menos dos experimentos que muestren que el tratamiento es superior al grupo control de lista de espera 2. Deben existir uno o más experimentos que cumplan los criterios de los tratamientos bien establecidos, pero no se cumple el criterio 5 o bien 3. Debe existir una pequeña cantidad de experimentos de diseño de caso único que cumplan los criterios de tratamiento bien establecidos ($n \leq 3$)	No cumplen los criterios metodológicos pero son prometedores

Fuente: Mustaca (2004) citado en Ybarra et al. (2015)

El grupo de trabajo de promoción y difusión de procedimientos psicológicos de la APA, en su informe de 1998 expone por primera vez la distinción conceptual entre la **eficacia** (determinar el alcance terapéutico de un programa de intervención, de este modo, se puede saber si los cambios en la variable dependiente son atribuibles al tratamiento y no a otras circunstancias) de los tratamientos psicológicos y su **efectividad** (es la utilidad clínica de las intervenciones a través de la generalización y la viabilidad de la intervención) y **eficiencia** (hace referencia al costo/beneficio de la intervención), es el logro de objetivos terapéuticos con el menor costo posible (Ybarra et al., 2015)

En cuanto al tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en el marco de la terapia basada en evidencia, la terapia cognitiva conductual (TCC) y el tratamiento farmacológico son los que cumplen con los criterios establecidos por la APA que se abordaron en los párrafos anteriores, por lo que se ofrecen como tratamientos de primera línea (Fonseca et al., 2021; Khakpoor et al., 2019; Tariq, et al., 2021; Wilner, et al., 2019).

Si embargo, aún siguen siendo escasos, los estudios que comparan intervenciones de TCC con otros enfoques así como tratamientos con otros enfoques psicoterapéuticos que cumplen con los criterios de la APA para ser considerados tratamientos bien establecidos basados en la evidencia, que desarrollen investigaciones clínicas dotadas de eficacia, efectividad y eficiencia TAG (Hunot et al., 2007).

El tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) desde la TCC enfatiza la importancia de la cognición o del pensamiento en la activación o mantenimiento de los estados de ánimo negativos relacionados a la ansiedad así como a sus consecuencias conductuales evitativas, al respecto se presenta un creciente énfasis en el papel que juega el rol del procesamiento emocional en la ansiedad, este énfasis resalta la crítica a la TCC al otorgar un papel secundario a las emociones en el proceso terapéutico y tratamiento de los diferentes fenómenos psicológicos incluyendo la ansiedad (Manrique & Aguado, 2006). Esto posibilita el énfasis en el eje emocional, en la necesidad y construcción de un abordaje y tratamiento alternativo de los ya validados tratamientos con base en TCC para la ansiedad y otros fenómenos psicológicos.

La terapia focalizada en la emoción (TFE) es una terapia basada en investigaciones que se centra en aumentar la conciencia de las emociones adaptativas y desadaptativas, mejorar la regulación de las emociones, transformar las emociones desadaptativas en emociones adaptativas. La TFE es un tratamiento respaldado empíricamente para el trastorno depresivo mayor (Goldman et al., 2006; Watson et al., 2003). En ensayos controlados aleatorizados con la TCC para la depresión, TFE mostró resultados comparables con una ligera ventaja para TFE en

el dominio del funcionamiento interpersonal. La TFE también se está probando empíricamente a través de ensayos clínicos aleatorizados para otros trastornos de salud mental, como el trastorno de ansiedad social (TAS), el trauma complejo y el TAG o trastorno de ansiedad generalizada (Timulak et al., 2017; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022).

Un equipo de investigadores en Dublín, Irlanda dirigido por el Dr. Ladislav Timulak, desarrolla desde 2006 estudios para desarrollar tratamiento con base en la terapia focalizada en la emoción (TFE) para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), como se presenta en la Tabla 3, este desarrollo se puede analizar con base en la práctica basada en evidencia siguiendo los criterios establecidos por el APA antes mencionados.

Tabla 3

Criterios de practica basada en evidencia para evaluar el tratamiento de terapia focalizada en la emoción (TFE) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Criterios de practica basada en evidencia para evaluar tratamientos psicológicos para TAG	Investigación y/o estudio: Investigadores en Dublín, Irlanda dirigido por el Dr. Ladislav Timulak, desarrollan tratamiento con base en la terapia focalizada en emociones (TFE) para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
Eficacia Radica en determinar el alcance terapéutico de un programa de intervención, de este modo, se puede saber si los cambios en la variable dependiente son atribuibles al tratamiento y no a otras circunstancias	1. Al menos dos experimentos con diseños intergrupo: a) superioridad al placebo o a otro tratamiento; b) equivalencia con un tratamiento ya establecido, con tamaños de la muestra adecuados Timulak et al. (2018). Ensayo controlado aleatorizado (ECA) con dos intervenciones paralelas activas (TFE y TCC). Objetivo: Contribuir a la planificación de un ensayo definitivo de no inferioridad que establecería la eficacia relativa de TFE en comparación con la TCC como tratamiento establecido y evaluar las tasas de reclutamiento, adherencia y retención. La muestra estuvo conformada por 60 participantes mayores de 19 años. Los hallazgos del presente estudio indican que TFE es comparable a la TCC utilizando los estándares típicos de investigación en psicoterapia, un estudio de no inferioridad puede ser el próximo paso natural. Timulak et al. (2022). Ensayo controlado aleatorizado de viabilidad. Objetivo de proporcionar estimaciones de la eficacia relativa comparativa de TFE en comparación con la TCC en el tratamiento del TAG. La muestra estuvo conformada por 58 participantes adultos mayores de 18 años que cumplieron con los criterios para un diagnóstico primario de TAG. En cuanto a los análisis principales y el objetivo principal del estudio, es decir, evaluar la eficacia relativa de TFE frente a un tratamiento bien establecido para el TAG, de la TCC, no se encontraron diferencias entre las condiciones. Los análisis principales no mostraron diferencias, las comparaciones posteriores a la terapia y a los 6 meses borraron esta posible tendencia y las dos terapias tuvieron resultados similares.

Criterios de practica basada en evidencia para evaluar tratamientos psicológicos para TAG	Investigación y/o estudio: Investigadores en Dublín, Irlanda dirigido por el Dr. Ladislav Timulak, desarrollan tratamiento con base en la terapia focalizada en emociones (TFE) para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
2. Gran cantidad de experimentos con diseños de caso único ($n \geq 9$). Deben demostrar eficacia con: a) uso de un buen diseño experimental; b) comparación de la intervención con otro tratamiento	Timulak et al. (2017). Estudio exploratorio de TFE para TAG, que evaluó los resultados previos y posteriores y el seguimiento de 6 meses de la terapia centrada en la emoción para el TAG, la muestra estuvo conformada por 14 adultos que presentan síntomas del TAG. Los datos de seguimiento cuantitativos antes y después de los 6 meses indicaron tamaños de efecto grandes. O'Connell et al (2021). Estudio exploratorio de Terapia Focalizada en Emociones (TFE) para los síntomas de TAG en adultos. El presente estudio exploratorio representa un esfuerzo temprano para examinar la efectividad de EFT breve para los síntomas de ansiedad generalizada y las experiencias de los clientes de este tipo de terapia. La muestra estuvo conformada por 15 adultos ($n = 15$). Los datos previos y posteriores cuantitativos indicaron tamaños de efecto grandes. Los datos cualitativos describieron experiencias de disminución de la ansiedad, aumento de la autocomprensión, resiliencia, autocompasión y asertividad. Los hallazgos sugieren que la EFT breve para los síntomas de ansiedad generalizada puede ser una intervención efectiva y justifica una mayor investigación.
3. Manuales claros y comprensibles de los tratamientos	Las intervenciones mencionadas se llevaron a cabo con la sistematización de 16 a 20 sesiones.
4. Especificar las características de las muestras de pacientes que se usaron	Los participantes de todas las muestras son adultos, en todos los estudios se presentan especificidades de las muestras. Las muestras de los ensayos controlados aleatorizados (ECA) se reunieron en el contexto de un servicio de salud pública irlandés.
5. Los efectos de un tratamiento deben ser demostrados como mínimo por dos investigadores o equipos independientes	Este tratamiento para TAG con base en la TFE publico sus resultados del ECA de eficacia en comparación con un tratamiento TCC en marzo de 2022, por lo que a partir de esta fecha se podría trabajar en demostrar los efectos de este tratamiento por otros investigadores o equipos independientes y aportar datos respectivos a la generalización del tratamiento.
Efectividad es la utilidad clínica de las intervenciones a través de la generalización y la viabilidad de la intervención	Generalización Verificar que los resultados obtenidos con los sujetos y con los métodos sean reproducibles en la práctica clínica

Criterios de practica basada en evidencia para evaluar tratamientos psicológicos para TAG		Investigación y/o estudio: Investigadores en Dublín, Irlanda dirigido por el Dr. Ladislav Timulak, desarrollan tratamiento con base en la terapia focalizada en emociones (TFE) para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)
Eficiencia hace referencia al costo/beneficio de la intervención	Viabilidad Aceptabilidad de la intervención por parte de los clientes probabilidad de cumplimiento y facilidad de difusión entre los profesionales	O'Brien et al. (2019). En su estudio titulado: Perspectiva focalizada en la emoción sobre el trastorno de ansiedad generalizada: un análisis cualitativo de las presentaciones de los clientes en la sesión, con un diseño cualitativo de estudios de casos múltiples, tuvo como objetivo identificar y comprender temas comunes en los casos que cubren los dominios del marco TFE. La muestra estuvo conformada por 14 adultos con edades comprendidas entre los 23 a 56 años. La discusión se centra en examinar los hallazgos en el contexto de los modelos psicológicos existentes de TAG. Se discuten las implicaciones para la práctica: síntomas somáticos, aprensión/ansiedad (miedo a los desencadenantes y emociones dolorosas crónicas), evitación emocional, evitación conductual, sentimientos dolorosos centrales y necesidades insatisfechas. El presente estudio descubrió que además de centrarse en la preocupación y la ansiedad, el tratamiento debe centrarse en las emociones subyacentes, temidas y dolorosas. La TFE como terapia, se enfoca específicamente en la transformación de este tipo de emociones primarias crónicas y desadaptativas. Los hallazgos del presente estudio con respecto a la eficiencia son prometedores, sugieren que la poderosa naturaleza relacional y experiencial de la TFE hace que valga la pena para los clientes, pero posiblemente demasiado intenso para un pequeño número de clientes que no pueden o no quieren involucrarse con este enfoque.
	Relación costo/beneficio de la intervención El logro de objetivos terapéuticos con el menor costo posible (dinero, tiempo del terapeuta, sufrimiento del paciente, etc.)	

Nota: Elaboración propia con base en los criterios de validez de los criterios psicológicos para evaluar tratamientos eficaces de Mustaca (2004) citado en Ybarra et al. (2015)

Farmacológico

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar las secuelas, y todo ello con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación. El manejo farmacológico del TAG es complejo y altamente variable, y el curso del tratamiento depende de las características y necesidades individuales del paciente.

La revisión sistemática elaborada por Reinhold y Rickels (2015) concluye que las pautas de tratamiento actuales abogan por el uso de primera línea de los antidepresivos (AD, como: Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS); paroxetina, sertralina y

escitalopram; Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (ISRN); venlafaxina de liberación prolongada; Antidepresivos tricíclicos (ADT); Imipramina) en función de la eficacia, la seguridad, la falta de potencial de abuso y la ausencia percibida de efectos de interrupción. Estas pautas colocan a las benzodiazepinas (BZ; alprazolam, bromazepam, lorazepam y diazepam) en un papel secundario, es decir, solo para el tratamiento agudo, o para usar en combinación con antidepresivos (AD) durante las primeras 4 semanas de tratamiento de antidepresivos (AD) para ayudar a los pacientes a mejorar más rápidamente y superar los efectos adversos iniciales de la ansiedad. Este aumento inicial de antidepresivos (AD) se basa en la observación de que estos tienen un inicio retardado de los efectos ansiolíticos y se necesitan de 8 a 12 semanas para obtener un efecto ansiolítico significativo si el paciente responde a estos. A diferencia de los antidepresivos (AD), las benzodiazepinas (BZ) tienen un inicio de acción rápido que se maximiza en la semana 4, lo que acelera el tiempo en el que se obtiene el máximo beneficio, lo que permite al médico evaluar bastante temprano en el tratamiento si el paciente debe continuar con el tratamiento o ser eliminado, cambiado a otro agente de tratamiento. Debido a las tasas posiblemente bajas de respuesta y remisión asociadas con las opciones actuales de tratamiento farmacológico de primera línea, se están evaluando enfoques alternativos. Los enfoques tradicionales incluyen la modificación de la dosis del antidepresivo (AD) estándar, el cambio de fármacos dentro o entre clases o el aumento del fármaco inicial o la combinación de fármacos con diferentes mecanismos de acción.

El metaanálisis elaborado por Slee y colaboradores (2019) menciona que la terapia farmacológica suele ser el tratamiento de primera línea y que el objetivo del tratamiento normalmente es reducir los síntomas y restaurar la función. En su análisis presentan que las estimaciones más altas de la respuesta para los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores selectivos de la recaptación de norepinefrina (ISRN) generalmente oscilan entre 60 y 75%. Por lo tanto, en el extremo superior de este rango, uno de cada cuatro pacientes no logra una respuesta de ansiedad. Una revisión más general de 50

ensayos de terapia farmacológica para cualquier trastorno de ansiedad estimó que la probabilidad de una respuesta a la terapia de primera línea es del 67.7%, y una respuesta más baja para la terapia de segunda línea en alrededor del 54.5%.

Este metaanálisis se realizó con base en 89 ensayos, que incluyeron 25 441 pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, estos fueron asignados aleatoriamente a fármacos activos o placebo. Este estudio fortalece sustancialmente la base clínica para el uso de venlafaxina, pregabalina, escitalopram y duloxetina como opciones de primera línea para el trastorno de ansiedad generalizada. La sertralina, la fluoxetina y la buspirona también son posibles alternativas de primera línea, pero la evidencia de su uso está limitada por las pequeñas muestras estudiadas hasta la fecha. Para los pacientes en los que las opciones de primera línea no tuvieron éxito en la mejora de los síntomas, sugieren considerar la agomelatina sobre la base de los datos disponibles de nuestra revisión. La vortioxetina y la vilazodona no parecen ser efectivas y no respaldan los precios elevados en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. La mirtazapina solo se ha estudiado en China para el tratamiento de este trastorno, y el perfil de seguridad no está claro a partir de los diez ensayos a corto plazo con un bajo número de abandonos y es alentador que los hallazgos de nuestro estudio fueran similares. La buspirona y la hidroxizina actúan más rápido que la mayoría de los otros fármacos en este análisis y mostraron una eficacia razonable. Estos fármacos podrían ser alternativas adecuadas a las benzodiazepinas para pacientes con exacerbaciones agudas y, en general, podrían estar infrautilizados en la práctica clínica.

Al respecto Heinze y Camacho (2010) en la Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, presentan los medicamentos utilizados en el tratamiento de trastornos de ansiedad (Tabla 4).

Tabla 4

Medicamentos utilizados en el tratamiento de trastornos de ansiedad

Nombre genérico	Nombre comercial	Comentarios
Tricíclicos y tetracíclicos	Anapsique, Tryptanol	- Generan efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, constipación) - Puede aumentar intervalo QT. Valorar la función cardíaca (EKG) alcanzando la dosis efectiva. Su sobredosis, puede ser fatal; valorar riesgo suicida. - Su venta requiere receta médica
Amitriptilina	Anafranil	
Clomipramina	Sinequan	
Doxepina	Tofranil, Talpramin	
Imipramina	Ludiomil	
Maprotilina	Tolvon	
Mianserina		
ISRS		
Citalopram	Seropram, Citox	- La mayoría inhibe a las isoenzimas - Son mejor tolerados que los tricíclicos y son mejor tolerados en sobredosis - Los de la vida media corta pueden generar síntomas de discontinuación en la suspensión abrupta - Valorar presencia de insomnio/sedación para determinar el horario de ingesta
Escitalopram	Lexapro	
Fluoxetina	Prozac, Fluoxac,	
Fluvoxamina	otros	
Paroxetina	Luvox, Vuminix	
Sertralina	Paxil, Xerenex	
	Artruline, Sertex, Aleva	
Agonista 5HT		
Bupiriona	Buspar	Escasa información en la efectividad a corto y a largo plazo
IRSN		
Venlafaxina	Efexor, Benolaxe,	Venlafaxina: las dosis altas pueden generar hipertensión
Duloxetina	Odven	
	Cymbalta	
Estabilizadores del ánimo		
Carbonato de litio	Litheum, Carbolit	- Se ha utilizado como coadyuvante - No se recomienda como fármaco de primera línea - Se debe determinar la concentración sanguínea
Modulador NE-serotonina		
Mirtazapina	Remeron, Comenter	- Cuenta con gran potencial sedante - Útil en pacientes con insomnio intenso
IMAO		
Moclobemida	Aurorex	Su venta requiere receta médica. El uso concomitante con otros antidepresivos puede generar toxicidad
Benzodiacepinas		
Alprazolam	Tafil, Alzam	- No son fármacos de uso rutinario o de primera línea - Eficaces para tratar síntomas muy intensos - Se recomienda el uso por breves periodos de tiempo - El uso crónico puede generar alteración puede generar alteración en la concentración y en memoria - Cuenta con potencial adictivo - Su venta requiere receta médica
Bromacepam	Lexotan, Otedram	
Clonacepam	Rovotril, Kriadex	
Diazepam	Valium,	
Loracepam	Ortopsique	
	Ativan, Lozam	

Nombre genérico	Nombre comercial	Comentarios
Antipsicóticos atípicos	Zyprexa	- No son fármacos de primera línea - Su uso está relacionado con aumento de peso y la presencia de Diabetes Mellitus
Olanzapina	Seroquel	
Quetiapina		
Anticomisiales		
Gabapentina	Bapex, Gabantin	Se ha utilizado la pregabalina como monoterapia en el TAG. Su eficacia a largo plazo está en investigación
Pregabalina	Lyrica	
B – bloqueadores		- Evitar su uso en pacientes con asma, insuficiencia cardíaca, y enfermedad vascular periférica - Cuentan con múltiples interacciones farmacológicas - Útiles para mitigar síntomas neurodegenerativos
Pindolol	Visken	
Propanolol	Inderalici	

Abreviaturas: **ISRS:** Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina; **IRDN:** Inhibidores de recaptura de dopamina/norepinefrina; **IRSN:** Inhibidores de recaptura de serotonina/norepinefrina; **IMAO:** Inhibidores de la Mono-aminooxidasa;

ISRN: Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina; **EKG:** Electrocardiograma

Fuente: Heinze y Camacho (2010)

Terapia cognitiva conductual

La Terapia Cognitiva Conductual (TCC) hoy en día puede considerarse un término general para una variedad de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, principalmente uniendo enfoques conductuales y cognitivos, las cuales intervienen modificando los pensamientos alterados y promoviendo estilos de cognición adaptativos (González et al., 2017). El objetivo común de todas las TCC es una adaptación del comportamiento, que se logra mediante la implementación de técnicas y estrategias específicas basadas en la evidencia (a veces denominadas habilidades de la TCC) diseñadas para impulsar principios de cambio universales como la participación y la atención del contexto y los cambios cognitivos. Se han desarrollado TCC de diferente complejidad y duración, y la investigación confirma su eficacia para diversos problemas psicológicos en una amplia gama de síntomas. Si bien comparten un objetivo común e hipotetizan mecanismos de cambio similares, las técnicas y estrategias particulares basadas en la evidencia implementadas en la TCC ahora se extienden desde técnicas conductuales, las cognitivas, hasta las técnicas de relajación, mindfulness y centradas en la aceptación. Se ha argumentado que, de hecho, la adquisición, el uso y la práctica de las

técnicas y estrategias de la TCC basadas en la evidencia juegan un papel mediador en cómo se produce el cambio inicial, así como en cómo se mantiene este cambio en el seguimiento, formas de uso de habilidades de TCC relacionadas con los resultados de los síntomas de ansiedad de diversos niveles de gravedad (Eilert et al., 2022).

Los componentes principales de la TCC más destacados son: a) el entrenamiento en darse cuenta de los estímulos internos y de los eventos externos que producen la ansiedad (mediante el uso de autorregistros, imaginación en consulta de estímulos provocadores de ansiedad y exposición a la preocupación durante la sesión); b) el control de estímulos (posponiendo las preocupaciones para un momento y lugar específicos del día); c) la relajación (la relajación progresiva, la relajación en imaginación, la meditación y la respiración lenta y regular); d) la reestructuración cognitiva del contenido de las preocupaciones y de la utilidad de las mismas; e) y la exposición gradual (en imaginación y en vivo) a situaciones y estímulos internos provocadores de ansiedad junto con la aplicación de estrategias aprendidas para manejarla (Bados, 2017).

Con relación a los programas de intervención eficaces para el TAG, algunos de los más destacados son los propuestos por el grupo de Barlow y por el grupo de Dugas. Por un lado, el grupo de Barlow, plantea un tipo de intervención basada en la TCC, la cual incluye componentes tales como el entrenamiento en relajación, la reestructuración cognitiva, la exposición en imaginación a los miedos que subyacen a la preocupación, el cambio de las conductas de seguridad o defensivas, la organización del tiempo y el entrenamiento en solución de problemas. Por su parte, el grupo de Dugas propone un programa de intervención centrado en desarrollar una mayor tolerancia hacia la incertidumbre, la cual ha demostrado desempeñar un papel importante en el mantenimiento del TAG, este programa incluye 6 módulos: psicoeducación y entrenamiento en darse cuenta de las preocupaciones; reconocimiento de la incertidumbre y exposición conductual; reevaluación de la utilidad de la preocupación; resolución de problemas; exposición en imaginación a los miedos (Caballo, 2007).

Terapia focalizada en la emoción

El tratamiento en terapia focalizada en la emoción (TFE) se centra en ayudar a los clientes a explorar y modificar tanto sus experiencias emocionales como sus estructuras subyacentes (los esquemas emocionales) por lo cual son fundamentales el procesamiento emocional y los procesos emergentes de dar sentido. El cambio se produce cuando se logra dar sentido a las emociones implementando una serie de principios del cambio emocional: la toma de conciencia, la expresión, regulación, reflexión y transformación de la emoción; todos en el contexto de una relación empática (Greenberg et al., 2015).

La TFE para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ha sido desarrollada por un equipo de investigadores en Dublín, Irlanda dirigido por el Dr. Ladislav Timulak, este equipo a través de una serie de estudios fue construyendo un tratamiento para TAG con base en TFE que cumple con los criterios de la práctica basada en evidencia en psicología, por lo que Timulak y McElvaney publican un libro para transformar la ansiedad generalizada en el cual presentan el modelo de intervención de TFE para el TAG.

En su modelo de intervención desde la terapia focalizada en la emoción (TFE) para el TAG, Timulak y McElvaney (2018) explican que este modelo se centra en superar las estrategias de evitación resaltando su función y costos, con base en el procesamiento emocional, para lo cual resulta necesario identificar la vulnerabilidad emocional crónica y transformarla con nuevas experiencias emocionales adaptativas a través de una secuencia de pasos de procesamiento emocional. En el modelo de transformación del dolor emocional y la reestructuración de la dinámica del TAG, el trabajo terapéutico se realiza en el contexto de un acompañamiento desde una relación auténtica que ofrece una experiencia emocional correctiva de las experiencias interpersonales que conducen o contribuyen al desarrollo de los síntomas del TAG.

Timulak y McElvaney (2018) presentan el proceso como una propuesta que podría explicarse en los siguientes pasos: 1) Identificar y centrarse en la vulnerabilidad emocional

crónica subyacente y diferenciarla de la preocupación y su función, 2) el segundo paso implica aumentar la conciencia y experiencia del costo del proceso de preocupación y evitación, 3) trabajar y superar la evitación acompañando al cliente para mantenerse en contacto con las emociones dolorosas subyacentes para poder tolerarlas, 3) articular las necesidades insatisfechas incrustadas en esas emociones dolorosas crónicas, 4) expresar claramente las necesidades insatisfechas, 5) el terapeuta ayuda al cliente a generar experiencias alternativas y adaptativas, específicamente autocompasión e ira protectora que establece límites, estas emociones adaptativas respaldan las necesidades no satisfechas 6) el cliente puede experimentar y expresar flexibilidad y resiliencia emocional disminuyendo la preocupación y otras formas de evitación emocional y conductual.

Capítulo 2. Enfoque focalizado en la emoción

La terapia focalizada en la emoción (TFE) es una terapia experiencial respaldada empíricamente. Esta terapia integra conceptualizaciones del tratamiento centrado en la persona con procesos terapéuticos orientados a facilitar el procesamiento emocional con el objetivo de ayudar a las personas a manejar mejor sus emociones, aceptarlas, ponerlas en palabras, darles sentido, regularlas, y transformar los esquemas emocionales desadaptativos (Adler et al., 2018).

La TFE activa la emoción durante el tratamiento para producir un cambio profundo en el funcionamiento automático de los esquemas emocionales, que son frecuentemente la fuente del problema. La TFE combina el seguimiento y la guía del proceso experiencial de los clientes, en tanto que enfatiza la importancia de las habilidades de relación e intervención. Considera a la emoción como el dato fundamental de la experiencia humana, pero además considera a la emoción y a la cognición como indudablemente combinadas y esenciales para la construcción de significados. En última instancia, el foco central de la TFE consiste en evaluar y utilizar el funcionamiento emocional adaptativo de los individuos para promover el crecimiento y el cambio (Greenberg et al., 2015).

La terapia focalizada en la emoción (TFE), se basa en la premisa de que las emociones son fundamentalmente recursos adaptativos en el funcionamiento humano saludable. Una de las principales contribuciones de TFE a la investigación y práctica clínica es ayudar a los clientes a desarrollar una mejor conciencia de sus emociones, nombrarlas, aprender a regularlas, aceptarlas, tolerarlas y entender lo que le significa esa emoción, para que la información adaptativa que contienen éstas puede ser utilizada (Shahar, 2020).

A continuación se presentan los subtemas necesarios de la TFE a través de sus elementos básicos, con el objetivo de que el lector conozca una perspectiva integrada del proceso terapéutico desde esta perspectiva.

Antecedentes

La terapia focalizada en la emoción (TFE) se circunscribe a la línea experiencial-procesal del enfoque neo-humanista, iniciada por Rice y continuada por Greenberg y Elliott (Segrera, 2014). Originalmente fue denominada terapia de proceso experiencial (Greenberg et al., 1993; Greenberg et al., 2015), aplicada como terapia sistémica y como terapia de pareja por parte de Greenberg y colaboradores. Su origen está arraigado a la concepción humanista del ser humano, siendo una de las orientaciones basada en las Terapias Centradas en la Persona / Experiencial, cuyas características sitúan al mundo experiencial subjetivo del consultante, al foco del proceso de experienciación y a la relación terapéutica como piedras angulares para el trabajo terapéutico, con matices teóricos y líneas diferenciales que distinguen a la TFE de otros enfoques psicoterapéuticos (Lietaer, 2014; Segrera, 2014). Su efectividad fue demostrada desde el 2008, evidenciada en el cambio pre-post en los consultantes, además de beneficios durante el seguimiento, siendo estadística y clínicamente equivalentes a otras terapias incluyendo la TCC (Elliott & Freire, 2014). Asimismo, la TFE aporta una metodología de investigación con resultados terapéuticos satisfactorios en el abordaje de procesos involucrados en los cuadros de depresión (Caro, 2005; Greenberg & Watson 2006), dependencia afectiva patológica (Herrera Landázuri, 2019); trauma complejo (Paivio & Pascual-Leone, 2010) y de dificultades de la ansiedad como es el caso de la ansiedad social (Elliott, 2013; Shahr, 2013; 2014) y del TAG (Timulak & McElvaney, 2016; Watson & Greenberg, 2017).

La terapia focalizada en la emoción (TFE) en palabras de Greenberg et al. (2015) es un tratamiento experiencial con aval empírico que integra elementos de las prácticas centradas en el cliente y Gestalt con la moderna teoría de las emociones y una meta-teoría dialéctico-constructivista.

El enfoque fue originalmente llamado terapia de proceso experiencial (EP) (Greenberg et al., 1993) reflejando sus raíces y principios en un enfoque humanístico experiencial. Los desarrollos en la comprensión del rol de la emoción en el funcionamiento humano y en la terapia,

llevaron a ver a la emoción como centralmente importante en la experiencia del *self* (sí mismo), tanto en el funcionamiento adaptativo como desadaptativo, y en el cambio terapéutico; en el cambio del nombre se refleja este desarrollo. Desde fines de los años '90s, el término de terapia focalizada en la emoción (TFE) ha sido aplicado tanto a la terapia individual como a la de pareja (Greenberg et al., 2015). Se retoma el concepto del *self* (palabra inglesa) que se traduce en psicología como *sí mismo*, que también se puede traducir al español como el prefijo “auto”, que al anteponerse a otra palabra hace referencia a lo que un individuo se hace a sí mismo o por sí mismo. El *self* se refiere al grado de consciencia que tenemos sobre nosotros mismos a través de la experiencia de ser quien somos y de la integración de nuestros diferentes elementos humanos (Rogers, citado en Casanova, 1993).

Timulak y McElvaney, (2018) enfatizan que la terapia focalizada en la emoción también se distingue por su enfoque en el papel adaptativo de la emoción en el funcionamiento humano y la forma en que se trata las emociones dolorosas crónicas al acceder a los esquemas emocionales subyacentes que las produjeron y transformándolos con emociones adaptativas saludables, a continuación, se aborda la temática de las emociones desde este enfoque terapéutico.

El papel central de las emociones

La terapia focalizada en la emoción (TFE) sostiene que las emociones mismas tienen un potencial adaptativo innato que si es activado puede ayudar a los clientes a cambiar estados emocionales problemáticos o experiencias personales no deseadas. Esta idea de la emoción está basada en la creencia, que ha obtenido amplio sostén empírico en la actualidad, de que la emoción, en su esencia, es un sistema innato y adaptativo que se ha desarrollado para ayudarnos a sobrevivir y vivir. Las emociones están conectadas a las necesidades más esenciales, alertan rápidamente sobre situaciones importantes para el bienestar, preparan y guían en situaciones importantes, para llevar a cabo acciones que conduzcan a la concreción de las necesidades. En

la TFE se ayuda a los clientes a identificar, experimentar, explicar, dar sentido, transformar y manejar flexiblemente sus emociones. Como resultado de esto, los clientes se vuelven más hábiles para acceder a la información importante y a los significados sobre ellos mismos y su mundo, que contienen las emociones; de igual forma se vuelven más hábiles para usar esta información para vivir vital y adaptadamente (Greenberg et al, 2015).

La emoción

Desde una perspectiva general, las emociones son respuestas a estímulos significativos que constan de tres componentes: neurofisiológico y bioquímico, motor o conductual y cognitivo. Mientras que el componente fisiológico de la emoción tiene como objetivo la activación y preparación física del organismo y genera cambios en la actividad del sistema nervioso y sistema endocrino de la persona, el componente conductual-expresivo se caracteriza por la presencia de cambios conductuales, posturales, de expresión facial y el cognitivo se caracteriza por los pensamientos asociados a la emoción.

El planteamiento principal de la TFE es que la emoción es fundamentalmente adaptativa, los autores de esta terapia enfatizan que las experiencias que mejor caracterizan a las emociones básicas son aquellas en las que el organismo se encuentra corporalmente activado y preparado para la acción. Desde esta perspectiva, son las emociones las que regulan el funcionamiento mental, organizando tanto el pensamiento como la acción, establecen las metas hacia las que se dirigen las cogniciones y las acciones, lo que convierte al afecto en un determinante crucial de la conducta humana (Greenberg et al, 2015)

Las emociones constituyen así las estructuras que guían el transcurso de la vida especialmente en nuestras relaciones con los demás. Las cogniciones surgen para resolver el problema sobre como alcanzar la meta establecida por la emoción que emerge de la necesidad de contacto, o del deseo de alcanzar el bienestar, o de la necesidad de establecer distancias.

Los desarrollos recientes en neurociencia sugieren que la secuencia de procesamiento que produce las reacciones emocionales se genera antes que el procesamiento emocional de hechos sensoriales simples. Los estímulos llegan como información de entrada a las áreas subcorticales del cerebro que están relacionadas con la emoción (la amígdala y el tálamo), a través de un camino especial, antes de que se lleve a cabo la construcción en el precortex de los objetos y acontecimientos del mundo real a partir de dichos estímulos sensoriales simples. Los centros emocionales del cerebro reciben y procesan la información de entrada antes de que lo hagan los centros responsables de la toma de decisiones y planificación, los cuales, para el momento en que procesan esta misma información, ya han sido orientados de un modo concreto a partir de la información que aportan los centros emocionales (Benavidez y Flores, 2019). Desde esta perspectiva, la emoción tiene que ver fundamentalmente con la motivación y la acción, mientras que la cognición está relacionada con el conocimiento y conlleva el análisis de la situación y la decisión de la acción. Resulta necesario mencionar que la emoción es un elemento sobre el cual se ha desarrollado una amplia base teórica sobre el origen y las funciones de las emociones.

Bases teóricas.

Los modelos teóricos que se han desarrollado sobre la emoción representan orientaciones específicas sobre el estudio del origen y funciones de la emoción, cada una representa la base teórica sobre la que se sustentan las miradas descriptivas y algunas explicativas de la emoción como elemento de intervención. A continuación se presentan los acercamientos teóricos más representativos para comprender la emoción desde la terapia focalizada en la emoción.

Una de las características principales de la emoción (Chóliz, 2005), como bien han puesto de manifiesto las *teorías evolucionistas*, es la función adaptativa de las emociones, tanto como

facilitadoras de la respuesta apropiada ante las exigencias ambientales, como inductoras de la expresión de la reacción afectiva a otros individuos. Uno de los postulados principales de esta orientación es el de la existencia de emociones básicas, necesarias para la supervivencia y que derivan de reacciones similares en los animales inferiores (Plutchik, 1984 citado por Chóliz, 2005). En las emociones básicas el componente innato es mucho más patente, lo que se refleja en la similitud de expresión en todos los individuos de la misma especie. La universalidad de la expresión y el reconocimiento facial de las emociones se ha tomado como indicador de la existencia de patrones innatos de respuesta emocional, evidencia de la continuidad filogenética de las emociones y, principalmente, como constatación de la existencia de una serie de emociones básicas cuyo reconocimiento sería universal en la especie humana y fruto de las cuales derivarían el resto de reacciones afectivas (Ekman 1994, citado por Chóliz, 2005).

Las teorías evolucionistas asumen los principios darwinistas de que a) la emociones cumplen un papel fundamental en la evolución, facilitando las respuestas adaptativas que exigen las condiciones ambientales, b) que existen una serie de emociones fundamentales de las cuales derivan el resto de las emociones secundarias y c) que dichas emociones aparecen en todos los seres humanos y tanto la expresión como el reconocimiento de las mismas es innato y universal (Chóliz, 2005).

Sobre la universalidad de la expresión facial de las emociones básicas según Paul Ekman (1999, citado por Rossello & Revert, 2008) las emociones “básicas” merecen este calificativo debido a tres motivos fundamentales: 1) porque existe un número limitado de ellas; 2) porque han sido seleccionadas por la evolución debido a su valor adaptativo; y 3) porque pueden combinarse para formar emociones complejas. Para Ekman, las emociones básicas tienen un valor comunicador universal: todos los miembros de nuestra especie interpretan su expresión de forma similar, independientemente del contexto y las variables socioculturales. Permiten, de este modo, informar a nuestros congéneres acerca de los estados afectivos que experimentamos, sobre los antecedentes que han desencadenado la emoción y las acciones potenciales que ésta

puede desencadenar. En esta función comunicativa radica el valor evolutivo de las emociones básicas, cuya expresión resulta decisiva para el desarrollo y la regulación de las relaciones interpersonales.

En cuanto al tema de las emociones desde una *perspectiva sociocultural* Dubrovsky (2019) aborda la mirada de Vigotsky, el cual en su libro titulado: Teoría de las emociones, que fue editado en español en el 2004 sobre la base de la producción científica entre 1931 y 1933, el autor ruso, realiza un análisis crítico de todas las posiciones fundamentalmente biologicistas relacionadas al estudio de las emociones y resume que para los autores de esas posturas las emociones son las manifestaciones corporales y no los contenidos psicológicos que las generan. La aproximación de Vigotsky no niega el papel de la biología en las emociones, por el contrario, refrenda que las bases materiales de la neurofisiología son la premisa para una explicación materialista de las emociones, pero enfatiza la importancia de la influencia que la conciencia y el pensamiento tienen en cada emoción; su relación estrecha con la personalidad de cada individuo (que en terapia focalizada en la emoción se denomina esquema emocional); así como la dependencia que las emociones tienen con las vivencias del sujeto en un contexto histórico, bajo condiciones sociales concretas y, sobre todo, su desarrollo y cambio cualitativo durante las condiciones de vida del hombre. Con esta aportación Vigotsky enriquece el estudio sobre las emociones, partiendo de una perspectiva biológica e incorporando la dimensión sociocultural desde un enfoque integrativo entre emoción y pensamiento a través de la conciencia socioemocional, por lo que resulta necesario conocer las diferentes funciones que tienen las emociones en la vida del ser humano.

Funciones.

Todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permite que la persona ejecute con eficacia las reacciones conductuales necesarias para la adaptación social y el ajuste personal (Chóliz, 2005).

Al respecto, Benavidez y Flores (2019) conceptualizan una emoción como un grupo de tres clases de respuestas distintas pero interrelacionadas: respuestas fisiológicas, conductas manifiestas y sentimientos conscientes, desde esta perspectiva, las emociones son fundamentales para la supervivencia y se controlan en el sistema límbico. El sistema límbico es el responsable del desarrollo de las emociones y motivaciones, en su estructura se encuentran: la amígdala y el hipocampo, relacionados con la memoria, quienes determinan qué recuerdos y en qué parte del hemisferio cerebral se almacenan a largo plazo. La amígdala además registra y analiza los estímulos recibidos a través del tálamo desde el exterior, si son negativos inhiben el paso de información a los lóbulos prefrontales, de esta manera el aprendizaje no se lleva a cabo. La amígdala es uno de los órganos más importantes para el aprendizaje, ya que decide el carácter de las reacciones (positivas o negativas) ante la información que ingresa al cerebro a través de cualquier estímulo. Las dos estructuras del sistema límbico: la amígdala y el hipocampo están relacionadas directamente con la corteza prefrontal, si por alguna razón resultan inhibidas a causa del miedo o una situación de estrés puede existir una disminución en el aprendizaje.

Desde la terapia focalizada en la emoción (TFE), para Greenberg et al. (2015) las emociones no son ni racionales, ni irracionales; son fundamentalmente *adaptativas*, son entendidas como señales internas que permiten la sobrevivencia. En comparación con la cognición, la emoción constituye un sistema biológicamente más antiguo, de acción rápida y adaptativa, un sistema destinado a mejorar la supervivencia. Una de las funciones más importantes de la emoción es la de conectar nuestra naturaleza biológica con el mundo en el que está inmersa, para el logro de esto, las emociones regulan la atención, controlan el entorno, buscan los acontecimientos que son relevantes para la adaptación y alertan la conciencia cuando estos se producen.

Otras funciones de las emociones desde este enfoque terapéutico es que tienen una *influencia en el pensamiento y la memoria*, estas pueden mejorar o empeorar el razonamiento y

la toma de decisiones, mejoran la toma de decisiones ayudando al sí mismo (*self*) a determinar lo que ciertos resultados significan para él. Las respuestas emocionales, a través de sus componentes fisiológicos y su tendencia a la acción, preparan y motivan a las personas para poder relacionarse con los acontecimientos que facilitan dichas emociones. Las emociones son, de este modo, tanto fines en sí mismas (estados que deseamos lograr o evitar) como medios que guían hacia estos fines. Las emociones también *proporcionan información* acerca de nuestras reacciones ante las situaciones, si se exploran estas emociones, estas darán acceso a las valoraciones acerca de la situación, así como de las necesidades y metas que están operando en ese momento (Greenberg et al., 2015).

Según Reeve (1994), la emoción tiene tres funciones principales: 1) funciones adaptativas, preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizandó la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta (acercando o alejando) hacia un objetivo determinado; 2) funciones sociales, en las que la expresión de las emociones permite predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene una influencia en los procesos de relación interpersonal; y 3) funciones motivacionales en los que la emoción dirige la conducta, en el sentido que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de la emoción específica.

Con base en esto se puede resumir que las principales funciones de las emociones desde este enfoque, van desde la adaptación, conocimiento del sí mismo, motivación, toma de decisiones, aprendizaje y la interacción social.

Clasificación.

Las emociones definen y caracterizan el comportamiento de los seres humanos, y desde los autores clásicos hasta los más actuales se ha entendido de manera general que la emoción, es un proceso que se refleja en el cuerpo, en los pensamientos y las conductas que se generan.

Uno de los más actuales neodarwinistas, Paul Ekman (1972, citado por Gordillo y Mestas, 2020), abordó el estudio de la universalidad de las expresiones faciales de la emoción a partir de sus investigaciones, llegó a establecer la existencia de seis emociones primarias, innatas y universales, como son enojo, alegría, tristeza, sorpresa, asco y miedo con base en la técnica de puntuación del efecto facial (Facial Affect Scoring Technique sus siglas en inglés, FAST) y luego con el sistema de codificación de acción facial (Facial Action Coding System, sus siglas en inglés, FACS), que permitieron un sistema más riguroso de codificación para la clasificación de las expresiones faciales emocionales. Posteriormente se incluyeron otras emociones (secundarias y terciarias) con mayor dependencia del aprendizaje, y que podrían entenderse como la combinación de diferentes emociones primarias, tal y como en su momento plantearon autores como Plutchik (1980, citado por Gordillo y Mestas, 2020).

Los autores como Tomkins (1962, 1963), Ekman (1984) e Izard (1977) defienden la existencia de una serie de emociones básicas que son innatas y universales y de las que se derivan el resto de las emociones (Fernández & Sánchez, 2002). Izard (1991, citado por Fernández & Sánchez, 2002) propuso una serie de características que debe cumplir toda emoción básica: presentar una configuración facial característica y propia, tener un sustrato neural específico, estar relacionada con sentimientos determinados y únicos, derivar de procesos biológicos evolutivos y tener propiedades motivacionales y organizativas de funciones adaptativas. De todas ellas, la primera característica es la más importante para definir las categorías emocionales como básicas. A continuación se presenta en la Tabla 5 para integrar las características principales de estas emociones primarias:

Tabla 5*Análisis de las emociones primarias*

Emoción	Estímulo	Actividad fisiológica	Función adaptativa	Comportamiento adaptativo
Miedo	Situación o estímulo amenazante	Aceleración en la frecuencia cardíaca	Protección	Huir y protegerse
Alegría	Situaciones que refuerzan el autoconocimiento y la autovalía	Aumento en actividad en el hipotálamo, septum y núcleo amigdalino	Motivación	Afiliación
Tristeza	Fracaso y separación	Actividad neurológica elevada y sostenida	Introspección	Reflexión y ayuda
Enojo	Ser engañados, heridos o traicionados	Elevada actividad neuronal y muscular	Límites	Autodefensa
Asco	Estímulos percibidos como nocivos	Aumento en reactividad gastrointestinal y tensión muscular	Rechazo	Rechazo
Sorpresa	Sucesos inesperados	Disminución de frecuencia cardíaca	Alerta	Exploración

Nota: Elaboración propia, integración de Chóliz (2005) y Plutchik citado en Maneiro (2017)

Desde la perspectiva de la terapia focalizada en la emoción Greenberg et al. (2015) desarrollaron una clasificación de las emociones, las cuales pueden ser conceptualizadas como primarias, secundarias o instrumentales; a continuación se presentan de manera sintética; Las *emociones primarias* son las respuestas emocionales fundamentales o iniciales a los estímulos externos, estas a su vez se dividen en emociones adaptativas primarias, que son estados fundamentales en los que el valor adaptativo está claro y las emociones desadaptativas primarias que son las respuestas emocionales primarias que se han vuelto disfuncionales, por lo general se basan en el aprendizaje y se encuentran inmersas en los esquemas emocionales. En terapia la meta es acceder, desplegar y explorar las emociones primarias, lo que las hace primarias no es simplemente que tengan una base biológica, si no que sean la respuesta fundamental o inicial de la persona ante un acontecimiento o experiencia; *Emociones secundarias*, que constituyen

reacciones identificables ante procesos emocionales o cognitivos, son secundarias en el tiempo en la secuencia de procesos internos. En terapia, las emociones secundarias constituyen una reacción emocional, a menudo una reacción defensiva ante una emoción. Estas se utilizan frecuentemente para evitar otras emociones que parecen más amenazantes, vergonzantes o dolorosas, y; *Emociones instrumentales* que se experimentan y expresan debido a que la persona ha aprendido que producen un efecto sobre los demás. A menudo estas pueden volverse patrones crónicos para librarse de tener que comprometerse con cierta responsabilidad. La meta terapéutica, en este tipo de emociones es ayudar a las personas a ser más conscientes de sus necesidades, así como explorarlas para poder entender la función interpersonal de la emoción, o la ganancia secundaria.

Desde la perspectiva de Timulak y McElvaney (2022), la teoría focalizada en la emoción distingue varias facetas de la experiencia emocional, reconoce una variedad de experiencias emocionales como emociones primarias (adaptativas y desadaptativas) secundarias e instrumentales. Las emociones adaptativas primarias son las primeras reacciones que sentimos en respuesta a una situación de una manera clara, apropiada, informativa, soportable e informa la acción adaptativa. Las emociones desadaptativas primarias son respuestas directas a situaciones que involucran esquemas emocionales formados en experiencias traumáticas pasadas que son difíciles de manejar, soportar y no informan la acción adaptativa. Por su parte las emociones secundarias son generalmente respuestas a procesos internos primarios vinculadas al pensamiento, y por último las emociones instrumentales que son respuestas emocionales destinadas a influir o controlar a los demás.

La evaluación de las emociones

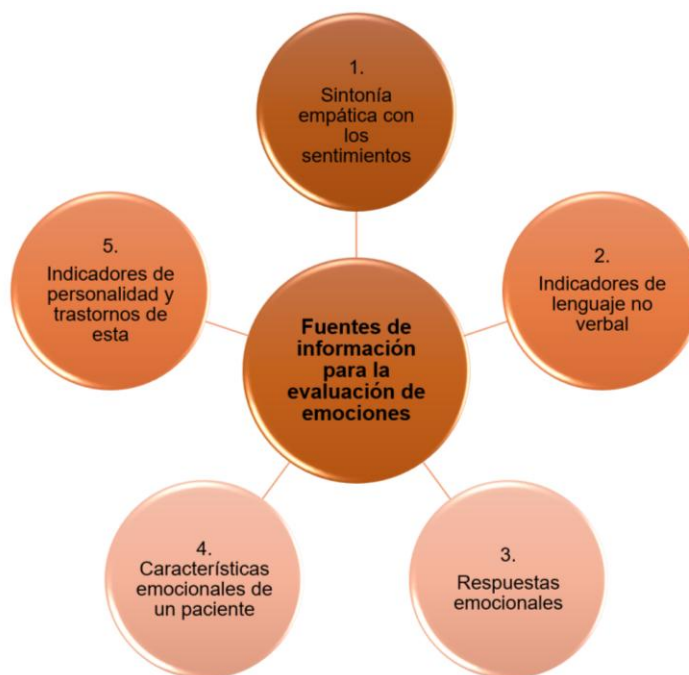
La evaluación es un proceso de exploración que implica la recolección de datos y análisis del objeto de evaluación específico, en este caso de las emociones del cliente, que consiste en

interpretar los datos recogidos para construir un modelo del funcionamiento de la persona en su medio ambiente general o en un contexto particular.

Al respecto Greenberg y colaboradores (2015), mencionan que para llevar a cabo las evaluaciones continuas de los estados de los cliente, los terapeutas focalizados en la emoción (TFE) utilizan las siguientes cinco fuentes de información (Figura 3): La primera es la sintonía empática con los sentimientos, que conlleva la entrada imaginativa dentro del mundo del otro; un segundo recurso crucial de información lo construyen los indicadores de lenguaje no verbal; tercero, el conocimiento de las respuestas humanas universales a tipos de situaciones prototípicas proporciona una fuente de información adicional; cuarto a medida que la terapia progresa aumenta el conocimiento sobre las características emocionales de un cliente, así como sobre su historia personal, lo que proporciona una fuente rica de datos; por último, al evaluar la emoción necesitan ser tenidos en cuenta también los diferentes tipos de estilos y trastornos de personalidad.

Figura 3

Fuentes de información para la evaluación de emociones



Nota: Elaboración propia con base en Greenberg et al. (2015)

En este rubro, el objetivo de la TFE persigue el acceso a las emociones primarias y necesidades no cubiertas que subyacen a las emociones instrumentales, como el dolor, que constituye una experiencia emocional primaria, corporalmente sentida, que, aunque es adaptativa, tiene solo un valor de escape limitado. El objetivo es permitir la experiencia emocional de sentir el dolor que ha sido evitado, que aunque al principio se viva como una amenaza, a menudo conduce al alivio, a sentirse vivo y de nuevo en conexión con lo que nos rodea. Por su parte los sentimientos de malestar a diferencia del dolor emocional, son el resultado de algo que no funciona apropiadamente, provienen de la ausencia de armonía, no tanto del daño o del trauma y estos, parecen ser el en primer lugar, resultado predominantemente de procesos intrapsíquicos, tales como los de disociación, autocontrol y autoevaluación, o bien de procesos interpersonales que conllevan hipersensibilidad hacia la dependencia y el control, y preocupación exagerada por la pérdida de contacto y pérdida de autonomía; y en segundo lugar, la causa más importante productora de sentimientos de malestar es la respuesta emocional que se produce ante la rupturas interpersonales, que están asociadas predominantemente a la percepción de rechazo o crítica que producen dificultades para regular los sentimientos adaptativamente (Greenberg et al., 2015).

Registro emocional.

El autorregistro o automonitoreo consiste en que el cliente, por medio de un instrumento evaluativo, registre su propia emoción, al hablar de registrar estamos hablando primero de observar aquello que se quiere aumentar o disminuir, posteriormente anotar cuantas veces ocurre a lo largo del día o de la semana, y finalmente analizar y trabajar con aquello que ha ocurrido. Cuando se lleva a cabo un registro emocional, el cliente se está haciendo consciente de sus emociones y su relación con el cuerpo, pensamientos, conductas y situaciones.

Los autorregistros, como se muestra en la Figura 4 son una herramienta muy flexible que se pueden utilizar de manera muy amplia ya que van a variar en función de la emoción objetivo que queramos evaluar y los parámetros elegidos para medirla. Este permite identificar los momentos en que se producen las emociones, en que lugares se presentan, el nivel de malestar que producen, las situaciones contextuales en que se producen y las consecuencias que ha tenido en cada ocasión.

Figura 4

Autorregistro emocional

Fecha	Hora	Lugar	Emoción 1ª negativa (Miedo, tristeza, enojo)	Intensidad (Del 1 al 10)	¿Qué estaba haciendo justo antes de sentir emociones negativas?	¿Qué hice después de sentir emociones negativas?

Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (LESS II).

En terapia focalizada en la emoción (TFE) los esquemas emocionales se conciben como la fuente primaria de experiencia, que funcionan rápida e implícitamente para producir la experiencia sentida y la tendencia a la acción en forma automática (Greenberg et al., 2015).

Para Greenberg y colaboradores (2015), los esquemas emocionales están basados en respuestas emocionales intrínsecas, pero éstas se integran en el proceso aprendizaje que incluyen organizaciones internas más complejas, que incluyen la cognición, desde una visión del procesamiento basada en los esquemas emocionales, sentir una emoción implica experimentar cambios en el cuerpo en relación a, e integrados con, el objeto o situación evocadores, así como con el aprendizaje emocional pasado. Los esquemas de emoción constituyen la base del *self* por lo que pueden ser entendidos a través de la experiencia que producen, en otras palabras, la experiencia es accesible a la conciencia y se le puede prestar atención, se la puede explorar y dar sentido por medio de un proceso de atención y reflexión. Se requiere la participación de la

atención focal para el procesamiento de la información emocional automática en experiencia explícita y en lo que será recordado. El uso de la atención focalizada para atender a las emociones actuales sentidas en el cuerpo, las experiencias dolorosas previamente evitadas, constituye el método central en la TFE la cual toma a la emoción como dato fundamental de la experiencia humana reconoce la importancia del dar sentido y del cambio narrativo en este escenario, los esquemas emocionales representan la mayor estructura interna que organiza la experiencia, incluyendo la conciencia, la acción y la identidad (Greenberg et al., 1993).

Los esquemas emocionales completos contienen una variedad de elementos, incluyendo elementos situacionales, corporales, afectivos, conceptuales y de acción. La disfunción ocurre cuando los esquemas emocionales se han convertidos en maladaptativos por el aprendizaje traumático y/o cuando uno o más elementos del esquema no están simbolizados en el darse cuenta. El terapeuta ayuda a los clientes a entender y a transformar su experiencia esquemática de la emoción a través de la escucha empática, las intervenciones expresivas o evocativas. Los terapeutas además ayudan a sus clientes a reevaluar los recuerdos esquemáticos de emociones, a reflexionar sobre ellos y a exponer estas estructuras a respuestas emocionales más adaptativas.

Para evaluar el constructo de esquemas emocionales, Leahy (2002) desarrolló una escala que tenía como objetivo identificar catorce diferentes dimensiones, que dependen de los procesos de metacognición y metaemoción. Así, la Leahy Emotional Schema Scale (LESS), en su versión en inglés, contiene 50 reactivos que integran las citadas dimensiones a saber: 1) validación, 2) comprensibilidad, 3) culpa y vergüenza, 4) simplicidad vs. complejidad, 5) relaciones con valores elevados, 6) control emocional, 7) insensibilidad, 8) racionalidad/anti emocional, 9) duración de sentimientos fuertes, 10) consenso con otros, 11) aceptación o inhibición, 12) rumiación vs estilo instrumental, 13) expresión y 14) culpar a otros. Algunos de los esquemas son negativos y por tanto dificultan el procesamiento y la regulación emocional. Después se desarrolló una segunda escala, la LESS II, que es un resumen de la primera. Consta

de 28 reactivos e igualmente de catorce dimensiones, aunque estas varían para quedar de la siguiente forma: 1) Invalidación, 2) Incomprensibilidad, 3) Culpa, 4) Visión simplista, 5) Devaluación, 6) Pérdida de control, 7) Insensibilidad, 8) Racionalidad, 9) Duración, 10) Bajo consenso, 11) No aceptación, 12) Rumiación, 13) Baja expresión y 14) Actitud de culpar a otros (Velázquez et al., 2020).

La Escala de Esquemas Emocionales de Leahy versión II (LESS II) cuenta con una adaptación cultural adecuada a la población adulta mexicana, así como el análisis de las propiedades psicométricas de la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy II (LESS II), en el que de acuerdo con el estudio de Velázquez y colaboradores (2020), los resultados que comparten enfatizan que tanto la depresión como la ansiedad se relacionaron con un manejo inadecuado de las emociones; se trata, pues, de un proceso metaemocional en el que no aceptar las emociones o minimizarlas, percibir incapacidad para regular una emoción compleja y carecer de habilidades para expresar saludablemente una emoción, desembocan en formas de procesamiento emocional caracterizadas, en primer lugar, por evitación emocional y cognitiva, y en segundo término por la tendencia a no comprender las propias emociones o sentir vergüenza por ellas.

El estudio de Velázquez y colaboradores (2020), brinda una herramienta útil para evaluar los esquemas emocionales planteados por Leahy y una medida confiable y válida de los cambios que ocurren en el procesamiento emocional de los clientes, cambios planteados como objetivos de tratamiento, de modo que estos sean capaces de normalizar, expresar y validar sus emociones.

Intervención focalizada en la emoción

La intervención focalizada en la emoción implica, validar la experiencia del cliente, evocar los sentimientos negativos durante la sesión y explorar las secuencias negativas emocionales-cognitivas, que la generan para descubrir las emociones primarias. Si la experiencia primaria es

desadaptativa, entonces se accede a experiencias adaptativas alternativas para reestructurar los esquemas emocionales desadaptativos. Se focalizan las necesidades/metas/intereses de las respuestas emocionales adaptativas para informar la acción, cuestionar las creencias disfuncionales y fomentar la reorganización y acceso de recursos internos, tales como la capacidad de autocuidado. Por último, la reflexión consciente, el pensamiento y la razón deciden sobre el curso de la acción, tomando en cuenta los sentimientos para crear nuevos significados (Greenberg et al., 2015).

A continuación se abordan, las causas del trastorno emocional, los principales elementos para la intervención así como las fases para conocer, identificar y comprender la intervención desde la terapia focalizada en la emoción (TFE).

Causas del trastorno emocional y el self o sí mismo

La terapia focalizada en la emoción (TFE) como se ha abordado, se distingue por su enfoque en el papel adaptativo de la emoción y el funcionamiento humano así como la forma en que conceptualiza las emociones dolorosas crónicas, estas permiten acceder a los esquemas emocionales subyacentes que las produjeron permitiendo la transformación de los esquemas con emociones adaptativas saludables.

Desde esta perspectiva Timulak y McElvaney, (2016) enmarcan los problemas psicológicos como resultado de varios factores, principalmente la falta de conciencia de la experiencia emocional, los esquemas problemáticos crónicos, el déficit en la regulación emocional, la construcción narrativa y creación de significado. Todos estos factores impactan el *self* que representa la función integradora de la experiencia del sí mismo, en el campo relacional en el ahora. Para estos autores, estas dificultades de procesamiento emocional se originan en la historia de desarrollo del individuo y pueden derivar de circunstancias en las que el nivel de apoyo disponible ofrecido a un individuo no ha satisfecho sus necesidades emocionales o el individuo

experimentó situaciones traumáticas que afectaron su capacidad para desarrollar patrones de interacción saludable con su entorno.

Desde la terapia focalizada en la emoción (TFE) se categorizan los trastornos emocionales en cinco amplias causas posibles de disfunción, las cuales en palabras de Greenberg y colaboradores (2015) facilitan la intervención, a continuación se explican brevemente:

1. El *estrés* se produce cuando la emoción no alcanza su meta adaptativa de cambiar las relaciones con el entorno. En este tipo de situaciones resulta terapéutico reconocer y cambiar la fuente de estrés.
2. La *evitación y disociación de la* emoción se presenta cuando la tendencia de acción emocional no puede alcanzar su meta adaptativa, en otras palabras, cuando al sí mismo (*self*) no se le permite ser transformado por la emoción, en esta situación, la persona afronta intentando prevenir o evitar el proceso emocional, ignorando, negando o distorsionando la experiencia. Otra forma consiste en alejarse de las emociones, por lo que la experiencia no se integra, resultando en poca claridad acerca de las emociones y la imposibilidad del reconocimiento emocional para lo que se utilizan estrategias cognitivas o conductuales de distracción, que pueden transformar sus emociones en síntomas psicosomáticos. Las personas que evitan crónicamente sus sentimientos, dejan de atender los referentes de su experiencia permaneciendo en un estado de continua evitación. Para Timulak y McElvaney (2016), esta causa la denominan falta de conciencia emocional que se refiere a la capacidad de simbolizar la experiencia sentida en la conciencia, en este estado, el cliente se encuentra aislado de sí mismo, privado de información emocional adaptativa y por lo tanto incapaz de identificar necesidades no cubiertas, lo conlleva a dificultades en el funcionamiento interpersonal y una disminución del sentido de control sobre su entorno.

3. Los *problemas de regulación* pueden ser disfuncionales tanto en términos de bajo control como de exceso de control de la experiencia y de la expresión emocional. Para regular la emoción, el desarrollo de la experiencia de seguridad básica en el *sí mismo* es una de las tareas fundamentales de la regulación del afecto, así como a mantener una sensación de autocoherencia y de competencia. En terapia, refrenar y reorganizar las secuencias cognitivo-afectivas ayuda a los clientes a poder manejar muchas emociones secundarias que se han desbocado, mientras que la habilidad de expresar los sentimientos con palabras y de reflexionar conscientemente sobre las consecuencias de la expresión relacionada con la emoción ayuda a su regulación.
4. Los *recuerdos emocionales traumáticos*, constituyen el origen de varios trastornos emocionales, estos destruyen el sentido de la realidad de las personas. El trauma que produce una activación emocional extrema deja a las personas con momentos vívidos, impresos en sus memorias, estos recuerdos intrusivos se disparan a partir de claves muy sutiles y constituyen un síntoma importante del trauma emocional. El cerebro emocional actúa como un sistema de respuesta rápida y cuando se integra, apropiadamente, con la regulación del neocórtex actúa como un sistema de respuesta adaptativo, esto se debe a que el sistema de evaluación rápida busca los elementos asociados con estos recuerdos del pasado, y puede activar una respuesta antes de que se confirme completamente que el desajuste es correcto.
5. La *construcción disfuncional de significados* desde la perspectiva de la TFE como los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas son más el resultado de un procesamiento emocional tácito (que no se expresa) que la causa de este, se propone que los pensamientos automáticos están implicados en el mantenimiento del trastorno emocional, pero no desde una secuencia lineal, tal como que el pensamiento conduce a la emoción o viceversa, más bien, partir de una propuesta multinivel de procesamiento

sensorial, proposicional en un contexto de interacción mutua entre emoción y pensamiento.

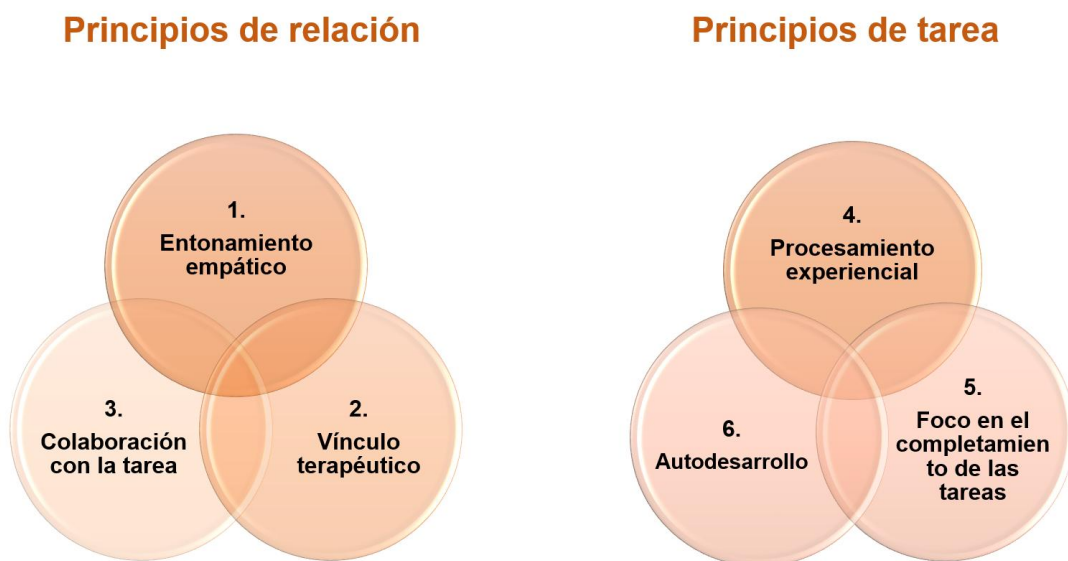
Es importante resaltar que para la terapia humanista, es indispensable una reconfiguración de las percepciones del *sí mismo*, es decir, de su *self* para transformar la vulnerabilidad emocional crónica en empoderamiento. En otras palabras El *self* somos nosotros mismos contactando con la experiencia de estar vivos, funcionales, en sufrimiento, en el dolor, en la plenitud y cada una de los contactos tendrá significados distintos de acuerdo al campo relacional e intensidad o retirada del mismo. Por esto el concepto del *sí mismo* es un elemento importante para comprender e intervenir la integración y unificación de la experiencia de ser uno mismo, en el presente desde el aquí y el ahora en el que resulta indispensable para transformar la vulnerabilidad emocional desde una reconfiguración de del *sí mismo*, es decir, resignificando la experiencia emocional del *self* (Rogers, 1964 y 1981 citado por Casanova, 1993).

Principios de la intervención

Los principios del tratamiento que guían el vínculo terapéutico y sus acciones (Greenberg et al., 1993 y Elliott et al., 2004) se dividen en principios de tarea y principios de relación como se muestra en la Figura 5. La TFE implica un estilo terapéutico que combina el seguimiento y la guía en el proceso experiencial del cliente y enfatiza la importancia de las habilidades tanto relacionales como de intervención.

Figura 5

Principios de relación y tarea



Nota: Elaboración propia con base en Greenberg et al. (1993) y Elliott et al. (2004)

La TFE se construye sobre una relación empática, genuinamente validadora, con un terapeuta altamente respetuoso, plenamente presente y sensiblemente receptivo a la experiencia del cliente. Los principios de la relación presentados a continuación implican la facilitación de un compromiso compartido en una relación segura, focalizada en la tarea, una relación que es segura y está suficientemente focalizada como para alentar al cliente a expresarse y a explorar sus dificultades personales centrales, así como el dolor emocional.

1. Entonamiento empático: entrar y rastrear la experiencia inmediata y en desarrollo del cliente.
2. Vínculo terapéutico: comunicar empatía, comprensión y presencia al cliente.
3. Colaboración con la tarea: facilitar el compromiso en las metas y tareas de la terapia.

Los tres principios de la relación proveen un modelo de la relación óptima entre el cliente y el terapeuta en TFE. Éstos se corresponden con los tres principios de la tarea que guían la consecución de las tareas terapéuticas presentadas por los clientes. Estos principios se basan en la suposición general de que los seres humanos son organismos activos, propositivos, con

una necesidad innata de exploración y control de su medio ambiente. Estos principios se ponen en juego en los intentos del terapeuta de ayudar al cliente a resolver los problemas internos, relacionados con las emociones, a través del trabajo con los objetivos personales y las tareas en sesión.

4. Procesamiento experiencial: ayudar al cliente a trabajar de diferentes modos en diferentes momentos.
5. Foco en el completamiento de las tareas: focalizar y facilitar la conclusión de las tareas terapéuticas clave del cliente.
6. Autodesarrollo: promover la responsabilidad del cliente y su empoderamiento.

La exploración empática, sin embargo, es la modalidad de intervención fundamental en TFE, atendiendo con sensibilidad, momento a momento, a lo que es más conmovedor en la narrativa hablada y no hablada, la exploración verbal empática del terapeuta puede capturar la experiencia del cliente de un modo más rico que lo que éste logra en sus propias descripciones. Esto ayuda a que los clientes simbolicen la experiencia implícita previa en una forma consciente del darse cuenta, cuando una respuesta del terapeuta focaliza en lo que parece más implícitamente intenso, la atención del cliente se focaliza en este aspecto de su experiencia (Greenberg et al., 2010).

A medida que se desarrolla el tratamiento, los temas emergen y se desarrolla un foco sobre los determinantes subyacentes a los problemas presentados. El terapeuta ayuda al proceso de desarrollar un foco estando continuamente entonado con los marcadores del proceso del cliente que se pueden observar en la Figura 6, se presentan los determinantes subyacentes a los distintos tipos de dificultades. Esta es una característica definitoria del enfoque de la TFE, la intervención está guiada por marcadores. En las sesiones los clientes entran en estados de procesamiento emocional problemáticos específicos que son identificables por lo que dicen en la sesión y por conductas que marcan problemas afectivos subyacentes, y esto brinda oportunidades para tipos particulares de intervenciones eficaces (Greenberg et al., 2010).

Figura 6

Marcadores del proceso de intervención en TFE



Nota: Elaboración propia con base en Greenberg et al. (2010)

En la TFE se entrena a los terapeutas a identificar los marcadores de diversos tipos de procesamiento emocional problemático y a intervenir en la forma específica que mejor se ajuste a estos problemas. Han sido identificados los siguientes marcadores principales y las intervenciones que los acompañan (Greenberg et al., 2010):

- 1) Reacciones problemáticas expresadas a través del desconcierto sobre las respuestas emocionales o conductuales a situaciones particulares, estas son oportunidades para un despliegue evocativo sistemático. Esta forma de intervención incluye la evocación vívida de la experiencia, para promover la reexperimentación de la situación y la reacción, para establecer la conexión entre la situación, los pensamientos y las reacciones emocionales, para llegar, finalmente, al significado implícito de la situación, que da sentido a la reacción.
- 2) Una sensación poco clara, o sentirse confuso e incapaz de tener un sentido claro de su experiencia, el terapeuta guía al cliente a acercarse a los aspectos incluidos en su

experiencia con atención, con curiosidad y con voluntad, a experimentarlos y poner en palabras la sensación sentida corporalmente.

- 3) Conflicto de partes, en el cual un aspecto del *self* es crítico o coercitivo hacia otro aspecto; este marcador ofrece una oportunidad para el trabajo con las dos sillas. En este, dos partes del *self* se ponen en contacto una con la otra. Se exploran los sentimientos, pensamientos y necesidades dentro de cada parte del *self* y se comunican en un diálogo real para lograr suavizar la voz crítica e integrar ambas partes.
- 4) Partes autointerrumpivas aparecen cuando una parte del *self* interrumpe o limita la experiencia emocional y la expresión, en la intervención, la parte interruptiva del *self* se hace explícita. Los clientes toman conciencia de cómo se interrumpen y se los guía a actuar las formas en que lo hacen, sea mediante un acto físico (ahogarse o bajar la voz), metafóricamente (acorazándose), etc., o verbalmente (“Cállate, no sientas, quédate quieto, no sobrevivirás a esto”), de modo tal que puedan experimentarse a sí mismos como agentes en el proceso de interrumpirse y luego puedan reaccionar y enfrentar la parte interruptiva del *self*.
- 5) Un marcador de cuestiones inconclusas implica la verbalización de un sentimiento no resuelto y persistente hacia un otro significativo, este marcador requiere una intervención con la silla vacía. Utilizando el diálogo de la silla vacía, los clientes activan su punto de vista interno y experimentan y exploran sus reacciones emocionales hacia el otro y les dan sentido.
- 6) La vulnerabilidad en la cual el *self* se siente frágil, profundamente avergonzado o inseguro sobre algún aspecto de su experiencia, este marcador requiere validación empática, que radica en aceptar cálidamente al cliente, validando y normalizando su experiencia.

La identificación de estos marcadores del cliente no sólo ayudan a focalizar el tratamiento, sino que, cuando los clientes expresan un marcador en sesión, esto le indica al terapeuta que el procesamiento de un problema afectivo particular está actualmente activado y es receptivo a la

intervención. El tipo de marcador le alerta al terapeuta qué intervención será más fructífera para ayudar a resolver la dificultad en el procesamiento emocional. El foco de un tratamiento se desarrolla mediante respuestas reiteradas a las dificultades del procesamiento emocional en el momento, de sesión en sesión. El foco se desarrolla teniendo en cuenta lo que es más vivo y doloroso. El objetivo último del tratamiento y de estas intervenciones guiadas por los marcadores, es acceder a los sentimientos primarios para intervenir los esquemas emocionales desadaptativos exponiéndolos a emociones adaptativas (Greenberg et al., 2010).

Fases de la intervención

En este apartado se presentan las fases de la intervención de la terapia focalizada en emociones y ha sido diseñado y probado su eficacia con clientes deprimidos y ansiosos sin problemas psicóticos, ni psicopáticos, ni con personas con alto riesgo de suicidio u otros indicadores de deterioros graves en su funcionamiento (Greenberg et al., 2015).

Con base en Greenberg y colaboradores et al. (2015) se presentará una breve visión global de los pasos, que se siguen en este modelo de intervención identificando los principios de intervención que guían las intenciones y acciones del terapeuta (Figura 7). El primer paso de este tratamiento conlleva la formación de una relación de apoyo mediante reconocimiento, comprensión y validación de los conflictos emocionales del cliente. A medida que la terapia progresa, el terapeuta se focaliza continuamente en los sentimientos problemáticos o dolorosos y utiliza el reflejo empático para subrayar el impacto emocional de la experiencia. Después de haber establecido un vínculo empático inicial, el terapeuta colabora con el cliente para identificar y desarrollar un foco de trabajo acerca de los determinantes específicos que conforman la experiencia dolorosa e incómoda. Una vez que se ha establecido una alianza y un foco, el terapeuta se concentra, en el componente emocional de la experiencia problemática del cliente. Acceder a la experiencia emocional primaria que había sido interrumpida o no atendida ayuda a

identificar nuevas metas emocionales y produce un cambio en la organización del sí mismo (Greenberg et al., 2015).

Figura 7

Pasos y principios de la Intervención en TFE



Nota: Elaboración propia con base en Greenberg et al. (2015)

La secuencia de ocho pasos (Anexo B), así como los principales componentes, técnicas y estrategias se presentan en la Tabla 6):

Tabla 6

Marco de intervención en la terapia focalizada en la emoción (TFE)

TERAPIA FOCALIZADA EN LA EMOCIÓN			
Componente	Marco de intervención	Técnica	Estrategia
Sintonización empática	Fase I: Creación del vínculo		
Consciencia emocional	1. Atender, empatizar y validar sentimientos. Transmitir comprensión hacia los sentimientos de “malestar” o hacia la experiencia dolorosa del cliente y validar cuan dolorosa y difícil es esta lucha.	Experimentación de emociones	Identificación del vínculo entre síntoma y problema
Relación vulnerable crónica	2. Establecer y desarrollar un foco de colaboración. Identificar los procesos cognitivo-afectivos subyacentes o las condiciones generadoras. Identificar como focos del trabajo terapéutico condiciones generadoras tales como la autocrítica, la dependencia o la pérdida interpersonal.	Expresión emocional	Silla vacía
		Psico-educación	

Componente		Marco de intervención	Técnica	Estrategia
Procesamiento emocional		Fase II: Evocación y Exploración		
t e r a p é u t i c a	Desen- cadenantes emocionales	3. Evocar y activar. Se da vida o se regula el sentimiento de “malestar” o la experiencia dolorosa durante la sesión.	Expresión emocional	Imaginería Lenguaje metafórico Conjeturas empáticas Diálogo de dos sillas
	Esquemas emocionales	4. Explorar/desplegar las secuencias cognitivo-afectivas de la experiencia dolorosa, o aquellas que generan los sentimientos de “malestar”.	Reflexión Expresión emocional	Escritura reflexiva
Fase III: Reestructuración Emocional				
	Consciencia emocional	5. Acceder al esquema emocional desadaptativo central y/o a la experiencia emocional primaria.	Experimentación emocional	Diálogo explícito Imaginería Psicodrama Juego de roles
	Necesidades insatisfechas	6. Reestructurar. Facilitar la reestructuración de los esquemas centrales cuestionando las creencias desadaptativas a partir de las necesidades/metás y recursos primarios adaptativos a los que se ha accedido recientemente.	Experimentación de emociones	Activación emocional Cuestionamiento de la creencia
	Reestructuración emocional	7. Apoyar y validar más autoafirmativa que emerge. Apoyar la movilización de recursos, las capacidades de autocuidado, la mejor regulación del afecto y la autoempatía.	Exposición emocional	Enseñanza experiencial
	Vulnerabilidad emocional crónica	8. Crear un nuevo significado. Promover la reflexión. Construir una nueva narrativa y nuevas metáforas que capturen nuevos significados.	Reflexión	Narrativa Metáforas

Nota: Elaboración propia tomando como referencia a Greenberg et al. (2015)

Este proceso de tratamiento no es de tipo lineal, los clientes trabajan a su propio ritmo a través de los diferentes pasos, y estos se producen como etapas, en el sentido de que cada uno depende de que el anterior se haya alcanzado en algún grado. El estilo del terapeuta no es de tipo instruccional ni interpretativo, trata de facilitar la exploración y apoyar la nueva información que emerge a través de la nueva experiencia. Terapeuta y cliente colaboran en el establecimiento

del foco de cada paso, en la formulación y comprobación de las hipótesis basadas en la experiencia y en el acuerdo de metas y tareas (Greenberg et al., 2015).

Intervenciones focalizadas en la emoción para diferentes problemáticas

La Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) fue desarrollada por Leslie Greenberg y colaboradores en la década de 1980 a partir de los estudios empíricos acerca de los procesos de cambio, y ha evolucionado hasta convertirse en un tratamiento basado en la evidencia, para el manejo de la depresión, el malestar marital, el trauma complejo, los trastornos de la alimentación, los trastornos de ansiedad y los problemas interpersonales (Greenberg & Paivio, 2000). La TFE está validada por la Asociación Americana de Psicología como tratamiento transdiagnóstico (Timulak & McElvaney, 2022) y la premisa básica es la transformación de la vulnerabilidad emocional central más que en el tratamiento de los síntomas.

La terapia focalizada en la emoción (TFE) es una terapia experiencial respaldada empíricamente, integra conceptualizaciones del tratamiento centrado en la persona con procesos terapéuticos orientados a facilitar el procesamiento emocional con el objetivo de ayudar a las personas a manejar mejor sus emociones, identificarlas, aceptarlas, ponerlas en palabras, darles sentido, regularlas, y transformar los esquemas emocionales desadaptativos en esquemas emocionales funcionales (Adler et al., 2018).

Una de las principales contribuciones de TFE a la investigación y práctica clínica es la distinción entre varias formas de respuesta emocional. Una primera distinción es entre respuestas emocionales primarias y secundarias. Las emociones secundarias suelen ser sintomáticas; requieren validación por parte del terapeuta y luego exploración para acceder a las emociones primarias subyacentes que las generan.

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos: PubMed (Medline que depende de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos), PsycInfo (APA), las

palabras clave que se utilizaron fueron “terapia focalizada en las emociones” y “terapia centrada en la emoción”. Se utilizaron filtros de búsqueda en las distintas bases de datos, se aplicó: ensayos clínicos, ensayos clínicos aleatorizados, metaanálisis y revisiones sistemáticas, período de publicación artículos, entre otros. En las diferentes estrategias de búsqueda se obtuvieron un total de 231 trabajos para revisión y lectura, de los cuales solo 64 eran de intervenciones. Se incluyeron aquellos artículos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1) Trabajos publicados entre 2017 y 2022; 2) en cualquier idioma; 3) en adultos; 4) de intervención; 5) que aporten datos completos de la intervención, 6) que aporten datos empíricos en el apartado de resultados; 5) artículos de texto gratis. Al llevar a cabo la revisión de los 64 artículos con base en los criterios de inclusión del presente estado del arte, se eliminaron 48 quedando un total de 15 artículos que cumplieron con todos los criterios e información necesaria para el desarrollo del presente estado del arte. Estos artículos se pueden agrupar en cuatro grandes temáticas de intervención desde la Terapia Focalizada en Emoción (TFE): Pareja, trastorno por atracón, síndromes físicos o somáticos y trastorno de ansiedad.

Para presentar las intervenciones focalizadas en la emoción, estas se agrupan en tres grandes temáticas de intervención: Terapia de Pareja Focalizada en la emoción (TPCE), trastorno por atracón (TA) y síndromes físicos o somáticos.

En tema de la *Terapia de Pareja Focalizada en la Emoción (TPCE)* es una de las intervenciones que más ha llamado la atención en los últimos años, es un abordaje estructurado y de corto plazo, centrado en procesos de esquemas emocionales que aportan determinantes interpersonales y cognitivo conductuales. Durante el proceso de TPCE, se deben reconocer las interacciones conyugales, las lesiones del apego y las emociones problemáticas para proponer medidas terapéuticas adecuadas para solucionar estas problemáticas (Burgess & Johnson, 2014). A continuación se presenta la Tabla 7:

Tabla 7

Artículos de Intervención de la Terapia de Pareja Focalizada en la Emoción (TPFE) de 2017 a 2023

Cita	Objetivo	Muestra	Diseño	Principales resultados
Conradi et al. (2017)	Medir la eficacia de un programa de mejora de la relación denominado "Abrázame fuerte" elaborado con base en TPFE	129 parejas heterosexuales con problemas relacionales	Se utilizó un diseño intra-sujetos con tres fases	Los tamaños del efecto durante esta intervención fueron de moderado a grande ($re = .63$) y mejora moderada ($re = .42$), y las parejas mantuvieron la ganancia durante los 3,5 meses de seguimiento ($re = .57$)
Faghih y Kazemi (2018)	Investigar la efectividad de TPFE en el control emocional de parejas con infertilidad	40 parejas infértiles	Estudio cuasiexperimental, con pretest-posttest y grupo control	Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo experimental de TPFE, por lo cual, los autores refieren que es efectiva para mejorar el control emocional en parejas que sufren de infertilidad
Teymori et al. (2020)	Investigar el efecto de la terapia de pareja orientada a la emoción en mujeres afectadas por la infidelidad	20 mujeres afectadas por la infidelidad	Estudio Cuasiexperimental Diseño una intervención basada en la TPFE	Los resultados mostraron que la TFE es eficaz para aumentar la regulación emocional, reducir la rumiación de la ira y también aumentar la intimidad conyugal en mujeres afectadas por la infidelidad
Wiebe et al. (2018)	Examinar la satisfacción sexual autoinformada, la ansiedad y evitación del apego en parejas	32 parejas	Intervención con TPFE uso de pre y posttest y seguimiento a los 6, 12, 18 y 24 meses	Los resultados sugieren que la satisfacción sexual mejora en TPFE, con mejoras duraderas durante el seguimiento, y que las reducciones en la evitación del apego en TPFE pueden ser un factor importante en la mejora de la satisfacción sexual

Nota: Elaboración propia

La terapia focalizada en la emoción también ha sido utilizada para tratar el *trastorno por atracón*. La experiencia de emociones negativas se encuentra entre los predictores más precisos de la aparición de episodios de atracones en TA, lo que sugiere beneficios para explorar tratamientos psicológicos con un enfoque más específico en el papel de la emoción. Los síntomas centrales incluyen episodios recurrentes de atracones mientras se experimenta una sensación de falta de control en ausencia de estrategias compensatorias. No es sorprendente que muchas personas con TA también tengan trastornos emocionales comórbidos, incluida la ansiedad y depresión. Los atracones se producen en respuesta a experiencias emocionales intolerables en ausencia de mecanismos de afrontamiento más adaptativos y representa un esfuerzo por parte de un individuo para regular la emoción adormeciendo, evitando o calmando

el afecto negativo o abrumador. Dado que la experiencia de emociones negativas se encuentra entre los mejores predictores de la aparición de episodios de atracones en TA, los resultados podrían mejorarse mediante tratamientos psicológicos con un enfoque más específico en el papel de la emoción. De hecho, están surgiendo tratamientos innovadores para TA con un enfoque más específico en la emoción. La terapia focalizada en la emoción (TFE) es un tratamiento convincente para los trastornos alimentarios y ofrece un marco único para comprender la patogenia de las dificultades emocionales (ya sea por regulación insuficiente o sobre regulación del afecto) en esta población. De acuerdo con el modelo TFE, la emoción organiza la experiencia a través de esquemas emocionales, que se construyen a partir de la experiencia emocional vivida (Glisenti et al., 2021), a continuación se presenta la Tabla 8:

Tabla 8

Artículos de intervención de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) para el Trastorno por Atracón (TA) de 2018 a 2023

Cita	Objetivo	Muestra	Diseño	Principales resultados
Glisenti et al. (2018)	Proporcionar evidencia preliminar de la utilidad de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) para el Trastorno por Atracón (TA)	6 participantes adultos	Diseño de caso único	Todos los casos experimentaron una disminución en la presencia de psicopatología por atracones y la frecuencia autoinformada de atracones (ocurrencia durante 28 días) y una mejoría en la regulación de las emociones
Glisenti et al. (2021)	Investigar la viabilidad de la TFE como tratamiento para Trastorno por Atracón (TA)	21 participantes	Ensayo piloto aleatorizado de control en lista de espera	En comparación con el grupo de control de la lista de espera de TFE, el grupo de intervención inmediata de TFE mostró reducciones significativamente mayores en episodios de atracones con un gran efecto del tratamiento ($d = 0,98$). Los hallazgos respaldan la viabilidad de TFE como enfoque de tratamiento para TA
Torres et al. (2020)	Intervención para mejorar el procesamiento emocional y la reducción de los patrones alimentarios desadaptativos que tienen un impacto en el control del peso	10 mujeres	El diseño fue un estudio piloto de viabilidad longitudinal	El programa de intervención es factible para su uso en la obesidad relacionada con trastorno por atracón para reducir el deterioro del funcionamiento emocional y aliviar la disfunción debido a comer en exceso

Nota: Elaboración propia

Respecto al tema de *Síndromes físicos o somáticos*, Lumley y Schubiner desarrollaron la Terapia de Expresión y Conciencia Emocional (TECE) específicamente para abordar el trauma y el procesamiento emocional evitado, el cual juega un papel importante en el dolor crónico centralizado y otros síntomas físicos persistentes. La TECE es una terapia integradora que utiliza principios de la moderna neurociencia afectiva y del dolor, como la sensibilización central y la codificación predictiva de las percepciones somáticas, así como la teoría y las técnicas de terapias basadas en la exposición, psicodinámicas y focalizadas en la emoción (TFE). La razón fundamental que sustenta la TECE es que el dolor crónico centralizado y otros síntomas somáticos pueden estar exacerbados o mantenidos por experiencias emocionales estresantes, traumáticas o conflictivas no resueltas (Lumley et al., 2017). Estas experiencias emocionales conducen a dificultades con el procesamiento emocional, lo que a su vez causa o contribuye a los síntomas somáticos. En TECE, por lo tanto, un enfoque central es la exposición o el procesamiento emocional de pensamientos y sentimientos evitados relacionados con traumas o conflictos, a continuación se presenta la Tabla 9:

Tabla 9

Artículos de Intervención de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) para síndromes físicos o somáticos de 2018 a 2023

Cita	Objetivo	Muestra	Diseño	Principales resultados
Maroti et al. (2021)	Desarrollar una intervención con base en la terapia de expresión y conciencia emocional administrada por internet (TECE-I) para pacientes con trastorno de síntomas somáticos (TSS) con síntomas centralizados (TSS-SC)	52 personas	Estudio piloto con un diseño de pre-test / post-test / seguimiento sin grupo control	Se produjo una gran reducción de los síntomas somáticos (PHQ-15) en la comparación del antes y después del tratamiento. El 23% de los pacientes después del tratamiento y el 27% en el seguimiento lograron una reducción del 50% o más en los síntomas somáticos, y alrededor del 70% lograron una diferencia clínica mínimamente importante
Thakur et al. (2018)	Comparar un tratamiento estructurado y breve de TECE con una intervención de comparación basada en entrenamiento de relajación y una condición de grupo control en lista de espera	106 participantes	Ensayo controlado aleatorizado de tres grupos y un solo sitio para el tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable (SII)	Este ensayo encontró que una terapia psicológica breve (3 sesiones) centrada en la emoción, TECE, redujo la gravedad de los síntomas del SII en comparación con el control de la lista de espera tanto después del tratamiento como a las 10 semanas de seguimiento. Por el contrario, una intervención basada en la evidencia conceptualmente diferente, la relajación entrenamiento, generó menores reducciones en los síntomas del SII que TECE y no difirió de los controles. Estos hallazgos sugieren que TECE reduce de manera única los síntomas somáticos al enfocarse directamente en el trauma, el estrés de la vida y los procesos emocionales evitados que experimentan muchos pacientes con SII
Yarns et al. (2020)	Comparar la TECE y la terapia cognitiva conductual (TCC) en veteranos mayores, predominantemente hombres con dolor musculoesquelético crónico	16 participantes	Ensayo controlado aleatorizado de comparación	TECE tuvo sustancialmente más pacientes que la TCC que lograron una reducción del dolor clínicamente significativa (al menos 30%) o moderada (al menos 50%), y un puñado de pacientes de TECE en realidad tuvieron una reducción sustancial del dolor (al menos 70%). Sin embargo, se sugiere que la TECE podría ser más efectiva que la TCC para reducir algunos índices de dolor crónico

Con base en los estudios expuestos anteriormente, se realizó un análisis de todos los elementos seleccionados, para tal fin, éstos fueron organizados siguiendo el siguiente proceso: (1) autores y año de la publicación, (2) país, (3) objetivo del estudio, (4) muestra, (5) diseño o tipo estudio empleado en la metodología, (6) instrumentos, (7) datos de la intervención; componentes, técnicas y estrategias, número de sesiones, duración y periodicidad, y (8) resultados (Anexo A).

De los 10 estudios seleccionados, uno es experimental (Adler et al., 2018), y 9 son de intervención; de los cuales, 1 es un estudio de comparación entre la intervención Terapia focalizada en la emoción y una Terapia Cognitiva Conductual o una variante de esta (Thakur et al., 2017) y 8 son de intervenciones basadas en TFE (Conradi et al., 2017; Faghih & Kazemi, 2018; Glisenti et al., 2018 y 2021; Maroti et al., 2021; Teymori et al., 2020; Torres et al., 2020; Wiebe et al., 2018; y Yarns et al., 2020).

En los ocho estudios donde se llevaron a cabo intervenciones basadas en Terapia Focalizada en Emociones (TFE) se observó un efecto positivo tras la intervención, lo que indica una eficacia de las intervenciones focalizadas en la emoción (Conradi et al., 2017; Faghih & Kazemi, 2018; Glisenti et al., 2018 y 2021; Maroti et al., 2021; Teymori et al., 2020; Torres et al., 2020; Wiebe et al., 2018; y Yarns et al., 2020).

Con respecto al diseño, son estudios pretest-posttest, siete de ellos utilizaron ensayos controlados aleatorizados, tres un diseño cuasiexperimental, dos de los estudios utilizaron diseños de caso único o diseño intrasujeto, dos estudios utilizaron diseños experimentales y un estudio de casos múltiples con diseño cualitativo observacional, descriptivo-interpretativo.

Al comparar los tipos de intervención, se compararon dos intervenciones, una de ellas TFE o alguna variante y la otra TCC o alguna variante de ésta (Thakur et al., 2017), los resultados del efecto de la intervención en el estudio de Thakur y colaboradores (2017) se encontró que una terapia psicológica breve (3 sesiones) focalizada en la emoción, redujo la gravedad de los síntomas del Síndrome de Intestino Irritable (SII), entre otras medidas secundarias como la

ansiedad, en comparación con el grupo en lista de espera, tanto después del tratamiento como a las 10 semanas de seguimiento. Por el contrario, una intervención conceptualmente diferente (entrenamiento en relajación), generó menores reducciones en los síntomas del SII que la TECE y no difirió de quienes estuvieron en el grupo control. Estos hallazgos sugieren que TECE reduce de manera única los síntomas somáticos al enfocarse directamente en el trauma, el estrés de la vida y los procesos emocionales evitados que experimentan muchos clientes con SII.

Con base en lo anterior, se retomarán para esta investigación, aquellos elementos clave para realizar una propuesta de terapia focalizada en la emoción con el fin de disminuir los síntomas de ansiedad. De este modo, los componentes que más se utilizaron y han dado resultados positivos para la disminución de diversas problemáticas, y particularmente en la disminución de sintomatología ansiosa, se retomarán los siguientes: procesos de auto interrupción, preocupación y autocrítica, psicoeducación, procesamiento emocional, desencadenantes emocionales, conciencia emocional, reestructuración de esquemas emocionales, necesidades insatisfechas, vulnerabilidad emocional crónica, apego y ciclos de interacción. Con respecto a las estrategias que más se utilizan para trabajar estos componentes, se presentan: exposición emocional, diálogo de dos sillas, silla vacía, escritura reflexiva, juego de roles, experimentar emociones, reflexión e identificación del vínculo entre síntoma y problema.

Respecto a las intervenciones, éstas presentaron características diferentes, tanto en el número de sesiones que va desde 3 hasta 28, teniendo una media de 13 sesiones; la duración de las sesiones oscilaba entre los 50 minutos y dos horas, con un promedio de una hora con 20 minutos. La periodicidad era semanal, misma que fue constante en todos los estudios. Con respecto a la modalidad de atención, la mayoría fueron en atención individual y algunas, lo combinaban con sesiones grupales para trabajar únicamente el componente de psicoeducación. Por lo anterior, se diseñó una intervención de 13 sesiones, con una duración 80 minutos cada una, con una sesión semanal y en modalidad individual.

Los resultados analizados muestran la eficacia de las intervenciones focalizadas en la emoción, las cuales cumplen con los principios para que se pueda promover el cambio que tiene como eje el dar sentido a emociones a través de la consciencia, la expresión, la regulación, la transformación y la experiencia correctiva de la emoción, en el contexto de una relación basada en la sintonización empática, estos elementos se encontraron en los diez estudios analizados en este estado del arte a través de sus componentes, técnicas y estrategias utilizadas. Los estudios analizados abordan la variable de ansiedad como una medida principal o secundaria y en todos los estudios se mostró una disminución de la sintomatología ansiosa a través de la Intervención Focalizada en Emociones, lo cual implica que la emoción es un elemento prioritario para intervenir la sintomatología ansiosa.

Intervención focalizada en la emoción (TFE) para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El tratamiento en terapia focalizada en la emoción (TFE) se centra en ayudar a los clientes a explorar y modificar tanto sus experiencias emocionales como sus estructuras subyacentes (los esquemas emocionales) para lo cual es fundamental el procesamiento emocional. El cambio se produce cuando se logra dar sentido a las emociones implementando una serie de principios del cambio emocional: la toma de conciencia, la expresión, regulación, reflexión y transformación de la emoción; todos en el contexto de una relación empática (Greenberg et al., 2015).

El trabajo terapéutico implica regular las emociones secundarias y primarias desadaptativas; simbolizar en la consciencia aspectos de estas últimas que permitan su reprocesamiento y el acceso a necesidades orgánicas negadas y, en última instancia, la activación de emociones primarias adaptativas, así como la transformación de aquellos esquemas emocionales que se estimen problemáticos, facilitando el acceso libre a la nueva información aportada por estas nuevas emociones (Greenberg, 2019). Esto implica que la

intervención terapéutica en TFE se desarrolle en atención a diversos aspectos de la experiencia que dan forma a las reacciones de la persona como son: la percepción, el afecto, la cognición, las sensaciones corporales, la conducta y el significado (Elliott et al., 2004).

La terapia en TFE distingue entre emociones primarias adaptativas como la tristeza ante la pérdida o el miedo ante la amenaza, por una parte, y emociones primarias desadaptativas, por otra, ambas, reacciones inmediatas, pero estas últimas basadas en esquemas de emoción disfuncionales y que han sido formados en el pasado en situaciones traumáticas que ya no resultan útiles en el presente. Asimismo, se distinguen las emociones secundarias como son la rabia, la vergüenza o la ansiedad, respuestas producidas ante emociones primarias (Greenberg, 2019). A su vez, el tratamiento en TFE asume la naturaleza dialéctica y multivocal de la personalidad, lo cual conlleva a facilitar los procesos de transformación emocional a través de ejercicios vivenciales en los cuales se establece un diálogo entre una parte del sí mismo que ejerce una forma de autotratamiento problemático y otra parte que ha venido experimentando el daño de forma pasiva hasta el momento de la terapia (Greenberg & Goldman, 2019).

En el caso concreto del tratamiento en Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), estudios recientes han validado la efectividad de la TFE y su aplicación en el tratamiento del TAG (Marren et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak., 2018; Timulak., 2022). La TFE plantea analizar los desencadenantes del dolor emocional, así como la dificultad global para diferenciar las emociones, la TFE a través de la generación de las respuestas emocionales adaptativas a las necesidades insatisfechas se centra en transformar el dolor emocional (Timulak & McElvaney, 2016). Antes, durante y después del proceso experiencial-vivencial, el terapeuta de TFE juega un papel fundamental, debido a la importancia de la sintonización empática, profundidad experiencial, activación emocional, creación de significado a partir de la emoción activada, procesamiento adaptativo de la emoción y transformación de esquemas emocionales. La TFE propone tres fases que involucran: 1)

desarrollar las emociones y explorar la angustia; 2) trabajar las emociones primarias desadaptativas; y 3) facilitar la aparición de emociones adaptativas (Greenberg et al., 2015).

En el tratamiento de los trastornos de ansiedad la TFE ha propuesto estrategias y técnicas orientadas a: 1) moderar el nivel de activación y crear seguridad; 2) atender a aquellas sensaciones corporales relativas a la emoción y explorar esquemas de emoción ante episodios emocionales anteriores; 3) identificar los disparadores emocionales asociados, 4) representar las tendencias a la acción de la parte asustadora; 5) acceder a la memoria episódica de las relaciones tempranas en las que se formaron los esquemas de las emociones primarias desadaptativas; y 6) realizar un diálogo con aquellas figuras de apego que fallaron al no proveer las condiciones de amor incondicional y conexión, valoración y respeto o seguridad y confianza, causantes de las heridas emocionales encontradas en la base de las escisiones ansiógenas como respuestas de adaptación (Timulak, 2015).

En síntesis, el cambio terapéutico en TFE se logra a través de la información y conciencia del cliente acerca de la información contenida en su procesamiento emocional y a través de la transformación de esquemas emocionales problemáticos, a continuación se aborda este enfoque en el contexto de las dificultades del trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

A continuación se aborda la conceptualización focalizada en la emoción desde el modelo de transformación emocional para TAG propuesto por Timulak y McElvaney (2018) el cual permite analizar los elementos que lo configuran (Anexo C), como se muestra en la siguiente Tabla:

Tabla 10

Modelo de transformación emocional para el TAG

ANGUSTIA GLOBAL Dolor emocional indiferenciado				
PROCESOS DE EVITACIÓN EMOCIONAL Gestionan y/o preparan para el dolor emocional				
Cognitivos		Conductuales		
Preocupación Autotratamiento Autocrítica Auto interrupción		Control Postergación Perfeccionismo Atención a las necesidades de los otros		
DESENCADENANTES				
Históricos		Actuales		
Dolor central o Vulnerabilidad emocional crónica	Necesidades insatisfechas	Factores estresantes	Síntomas	
Estas se superponen...	Soledad / Tristeza	Pertenencia Cuidado Conexión Vínculo Afecto	Situaciones de abandono, desconfianza, entre otras.	Desamparo Impotencia Resignación Depresión
	Vergüenza	Reconocimiento Aceptación Validación Respeto	Situaciones de rechazo, juicio, condena.	Obsesión, Hipervigilancia, Evitación
	Miedo/ Pánico	Protección Seguridad Contención Atención Consuelo Control	Experiencias traumáticas repentinas	Cansancio general Agotamiento Desesperanza

Nota: Elaboración propia tomando como referencia a Timulak y McElvaney (2018)

A continuación se aborda cada uno de los elementos del modelo:

Dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica

El *dolor central temido*, son emociones específicas, idiosincráticas y crónicamente insoportables que están en el centro de esquemas emocionales problemáticos. Estas emociones temidas son emociones activadas por disparadores específicos, entendidos a través de la historia personal del cliente. Las experiencias insoportables se pueden agrupar en tres grupos: basadas en soledad/tristeza, vergüenza y miedo/pánico.

Procesos de evitación emocional: cognitivos y conductuales

Los procesos de evitación emocional (Tabla 11) se evocan cuando se encuentran desencadenantes angustiosos que se centran en el autotratamiento para manejar estos desencadenantes.

Tabla 11

Procesos de evitación emocional cognitivos y conductuales

Procesos de evitación emocional	Descripción
Cognitivos	
Preocupación Autotratamiento Autocrítica Autointerrupción	Procesos cognitivos que intentan proveer alguna sensación de control, para futuras amenazas que son en sí mismos, provocadoras de ansiedad, lo que lleva a la hipervigilancia y el agotamiento.
Conductuales	
Control Postergación Perfeccionismo Atención a las necesidades de los otros	Conductas que minimizan la probabilidad de experimentar o vivir situaciones que resulten desencadenantes potenciales del dolor central

Nota: Elaboración propia tomando como referencia a Timulak y McElvaney (2018)

En los *procesos de evitación emocional cognitivos*, una de las estrategias más comunes es el autotratamiento problemático que los clientes diagnosticados con TAG evocan cuando

encuentran desencadenantes angustiosos es el manejo de sí mismos que se presentan en la Tabla 12.

Tabla 12
Marcadores en procesos de evitación emocional cognitivos

Marcador	Descripción
Preocupación	La preocupación comúnmente está relacionada con autotratamientos problemáticos, esta representación facilita mayor comprensión de sus preocupaciones, más control sobre ellas, sentirse capaces de dejarlas ir y la capacidad de responder y enfrentarse a las preocupaciones (y también a la rumiación)
Auto-interrupción	Bloqueo que no permite expresar una fuerte emoción a otro, por culpa, vergüenza o principios interiorizados que guían la expresión de la emoción, en este escenario el cliente representa el interruptor, experimenta el costo de esta
Autocrítica	Autotratamientos problemáticos, esta representación facilita disminuir el dolor al acceder a los sentimientos dolorosos centrales al identifica las necesidades no satisfechas
Asuntos pendientes	Herida emocional persistente y no resuelta relacionada con otro emocionalmente significativo. Estas heridas emocionales, generalmente son de tres tipos, históricas, recientes y la combinación de ambas (por ejemplo, una relación problemática con un familiar que históricamente fue problemática y sigue siéndolo)

Nota: Elaboración propia tomando como referencia a Timulak y McElvaney (2018)

En cuanto a los *procesos de evitación emocional conductuales*, estos reducen el umbral de tolerancia de la persona para situaciones difíciles y experiencias emocionales y, por lo tanto, a largo plazo, puede contribuir al sentimiento de malestar cuando ocurren esas situaciones o cuando las experiencias emocionales se filtran intentando a través de conductas (control, postergar, perfeccionismo, atención a las necesidades de los otros, etc.), para minimizar la probabilidad de experimentar o vivir situaciones que resulten desencadenantes potenciales del dolor central.

Desencadenantes históricos y actuales

Timulak y McElvaney (2018) afirman que existen desencadenantes situacionales identificables explicados por la historia personal del cliente, a los que los clientes temen porque traen sentimientos crónicos que no han sido procesados, estos desencadenantes históricos están claramente vinculados a los desencadenantes actuales, que pueden ser situaciones interpersonales y/o sociales.

Elementos de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) para TAG

La intervención desde la terapia focalizada en la emoción (TFE) se centra en superar las estrategias de evitación resaltando su función y costos, con base en el procesamiento emocional se ubica la vulnerabilidad emocional crónica y esta se transforma con nuevas experiencias emocionales adaptativas a través de una secuencia de pasos de procesamiento emocional.

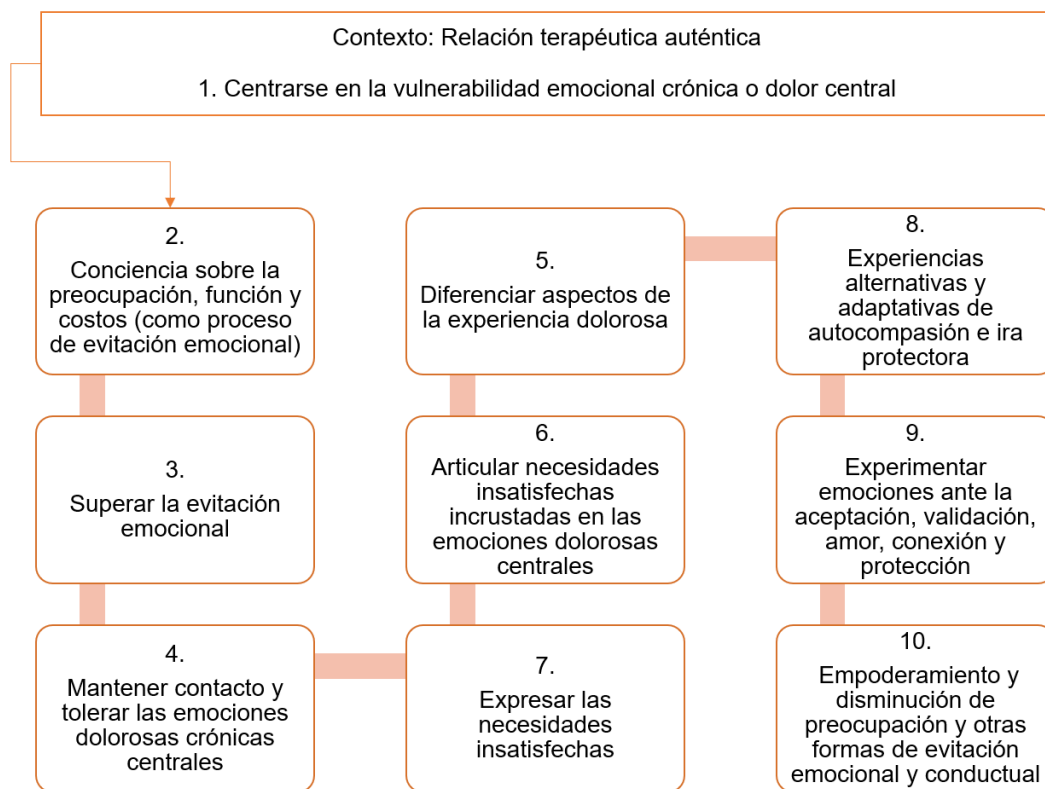
En el modelo de transformación del dolor emocional y reestructuración de la dinámica del TAG (Figura 8), el trabajo terapéutico se realiza en el contexto de una relación auténtica para desarrollar y acompañar la experiencia emocional correctiva de las experiencias interpersonales que tan a menudo conducen o contribuyen al desarrollo de los síntomas del TAG.

Desde este enfoque, la preocupación es un proceso secundario, desplegado en un intento de hacer frente a las vulnerabilidades emocionales subyacentes. El objetivo es centrarse en la vulnerabilidad emocional crónica subyacente, el comienzo implica trabajar la conciencia sobre la preocupación y su función, el segundo paso implica aumentar la conciencia y experiencia del costo del proceso de preocupación y evitación, una vez superada la evitación, el terapeuta acompaña al cliente para mantenerse en contacto con las emociones dolorosas subyacentes (soledad/tristeza, vergüenza y miedo/terror) para poder tolerarlas y diferenciar los aspectos de esta experiencia dolorosa, articular las necesidades insatisfechas incrustadas en esas emociones dolorosas crónicas y en expresarlas claramente. Finalmente, el terapeuta ayuda al cliente a generar experiencias alternativas y adaptativas, específicamente autocompasión e ira

protectora que establece límites, estas emociones adaptativas respaldan las necesidades no satisfechas generando una sensación de aceptación y validación (contrarrestando la vergüenza), amor y conexión (contrarrestando la soledad) y una oferta de protección generando resolución (contrarrestando el miedo), de esta manera las emociones adaptativas funcionan como un antídoto para las emociones dolorosas crónicas desarrollando flexibilidad y resiliencia emocional, logrando con el cliente confianza y seguridad de sí mismo, empoderamiento y disminución de la preocupación y otras formas de evitación emocional y conductual.

Figura 8

Modelo de transformación de la vulnerabilidad emocional crónica



Nota: Elaboración propia tomando como referencia a Timulak y McElvaney (2018)

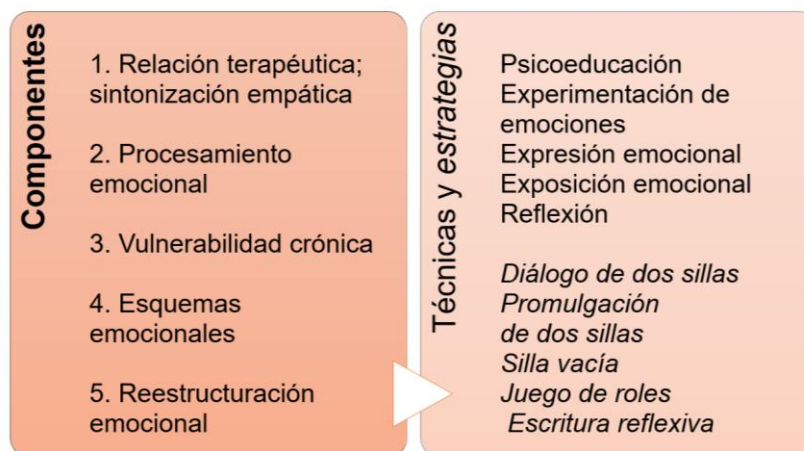
En este apartado se describió de manera general el modelo de transformación para el tratamiento de los clientes diagnosticados con TAG desde la terapia focalizada en la emoción (TFE), a continuación se describirán las técnicas utilizadas en cada una de las fases del proceso.

Componentes de la intervención.

En pocas palabras, la terapia focalizada en la emoción (TFE) es una terapia experiencial relacional en la que el terapeuta aumenta la sensación de seguridad del cliente para que las experiencias emocionales dolorosas crónicas puedan expresarse y trabajar en ellas, A continuación se presentan (Figura 9) y describen los componentes y técnicas psicoterapéuticas necesarias para la intervención TFE, estas fueron seleccionadas de investigaciones que realizaron intervenciones con base en la terapia focalizada en la emoción o TFE (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; Marren et al., 2022; O’Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; Torres et al., 2020; Yarns et al., 2020):

Figura 9

Componentes, técnicas y estrategias de la TFE



A continuación se ofrece una descripción clara de los cinco componentes, cinco técnicas y cinco estrategias, esto con el objetivo de comprender los elementos técnicos desde los cuales se interviene en la terapia focalizada en la emoción (TFE), comencemos por los **cinco componentes**:

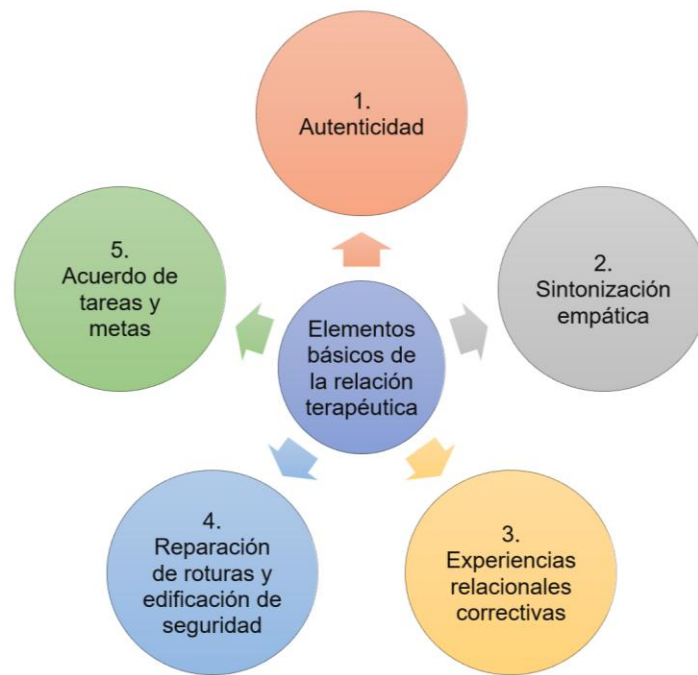
1. Relación terapéutica

Se basa en el desarrollo de una relación de confianza entre el terapeuta y el cliente, y el uso de esa relación, no solo para proporcionar un entorno seguro propicio para permitir que el cliente exprese su vulnerabilidad en la sesión, sino también para proporcionar un entorno correctivo y sanador, experiencia interpersonal y emocional. En esta relación segura, focalizada en la tarea de compromiso compartido el terapeuta ofrece una forma genuina y auténtica de ser y relacionarse con el cliente en la terapia (Timulak, 2011).

Para que la relación terapéutica cumpla su función, es necesario que presente cinco elementos básicos (Figura 10):

Figura 10

Elementos básicos de la relación terapéutica



Nota: Elaboración propia con base en Timulak (2011) y Timulak y McElvaney (2018)

2. Procesamiento emocional

Implica la integración de la cognición y el afecto, una vez logrado el contacto con la experiencia emocional, los clientes deberán orientarse cognitivamente a esa experiencia considerada como información y explorarla, reflexionar sobre ella y significarla. Sin embargo, el efecto de la activación emocional en terapia depende de la calidad de la alianza terapéutica. El rol de la activación y el grado en que podrá ser útil en terapia, depende de cuál emoción sea expresada, sobre qué tema, de cómo sea expresada, por quién, a quién, cuándo y bajo qué condiciones, y de qué manera la expresión emocional sea seguida por otras experiencias de afecto y significado (Greenberg et al., 2015).

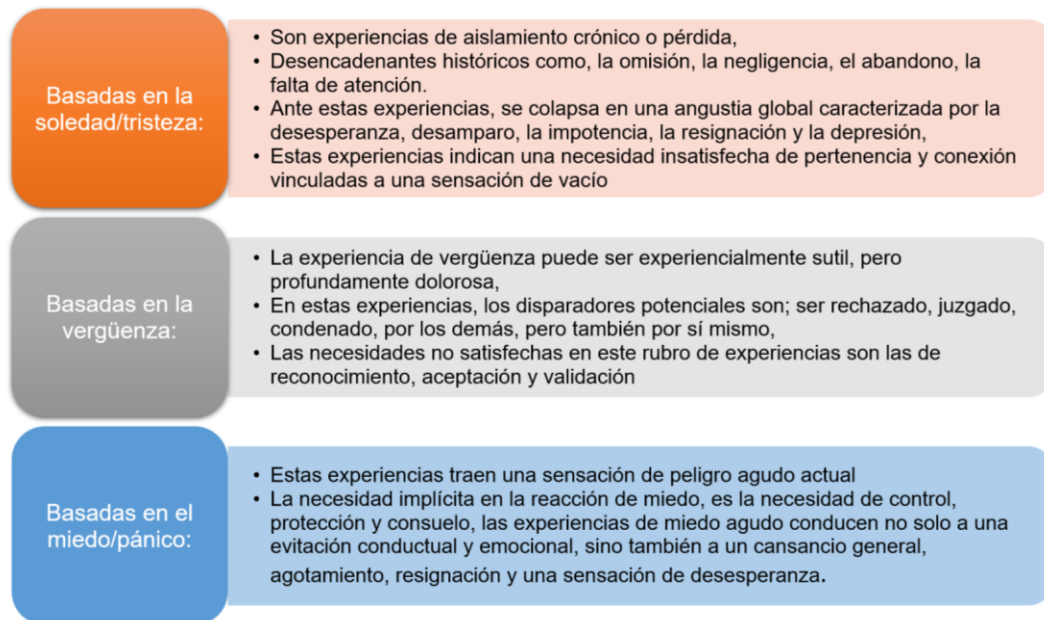
3. Vulnerabilidad emocional crónica

La vulnerabilidad emocional crónica o *dolor central temido*, son emociones específicas, idiosincráticas y crónicamente insoportables que están en el centro de esquemas emocionales problemáticos. Estas emociones temidas son emociones activadas por disparadores específicos, entendidos a través de la historia personal del cliente (Timulak & McElvaney, 2018).

Como se muestra en la Figura 11, las experiencias emocionales insoportables se pueden agrupar en tres grupos:

Figura 11

Experiencias emocionales crónicas presentes en el TAG



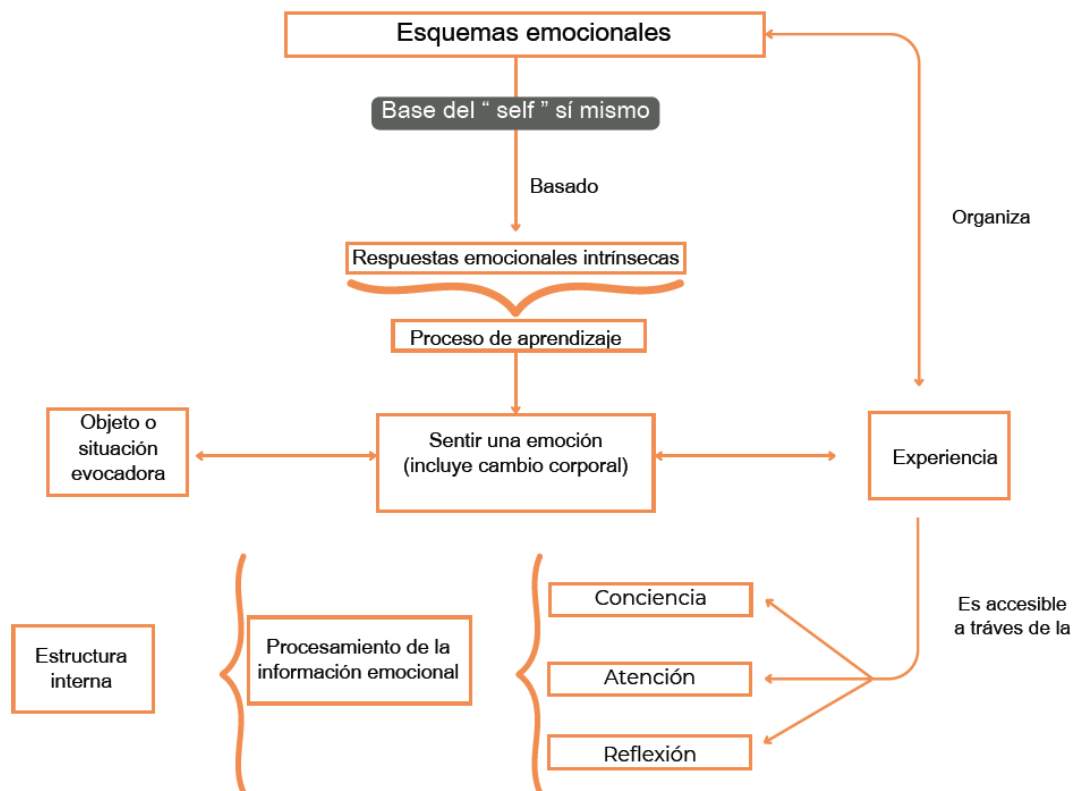
Nota: Elaboración propia basada en Timulak y McElvaney. (2018)

Los tres grupos de emociones dolorosas centrales que temen los clientes diagnosticados con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), son dolores emocionales crónicos y se superponen.

4. Esquemas emocionales

Para Greenberg y colaboradores (2015) los esquemas emocionales están basados en respuestas emocionales intrínsecas, pero éstas se integran en el proceso aprendizaje que incluyen organizaciones internas más complejas, que incluyen la cognición, desde una visión del procesamiento basada en los esquemas emocionales, sentir una emoción implica experimentar cambios en el cuerpo en relación a, e integrados con, el objeto o situación evocadores, así como con el aprendizaje emocional pasado (Figura 12).

Figura 12
Esquemas emocionales

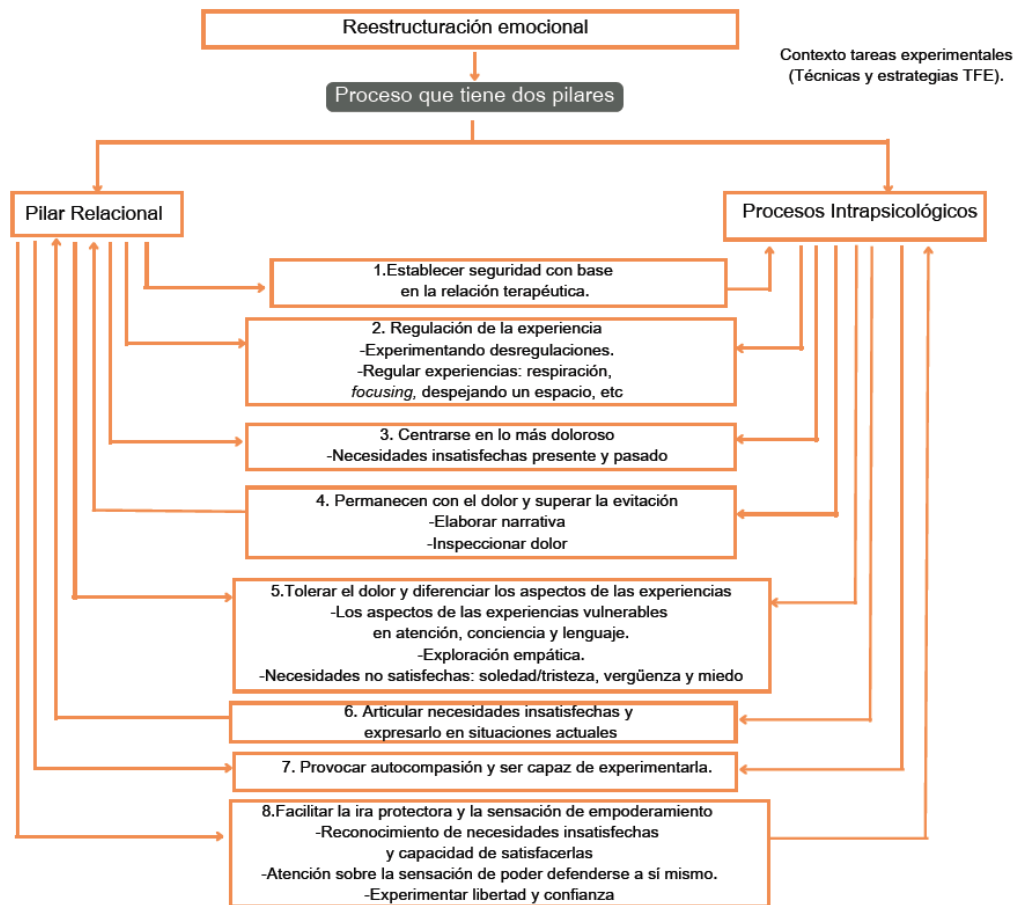


Nota: Elaboración propia con base en Greenberg et al., 2015

5. Reestructuración emocional

El aspecto más importante del trabajo terapéutico con cualquier cliente que experimente sufrimiento emocional, incluidos los clientes con dificultades de trastorno de ansiedad generalizada (TAG), es abordar el núcleo de su sufrimiento, que consiste en esquemas emocionales dolorosos crónicos y un *self* (sí mismo) predominantemente problemático, como se muestra en la Figura 13:

Figura 13
Reestructuración emocional



Nota: Elaboración propia con base en Timulak y McElvaney. (2018)

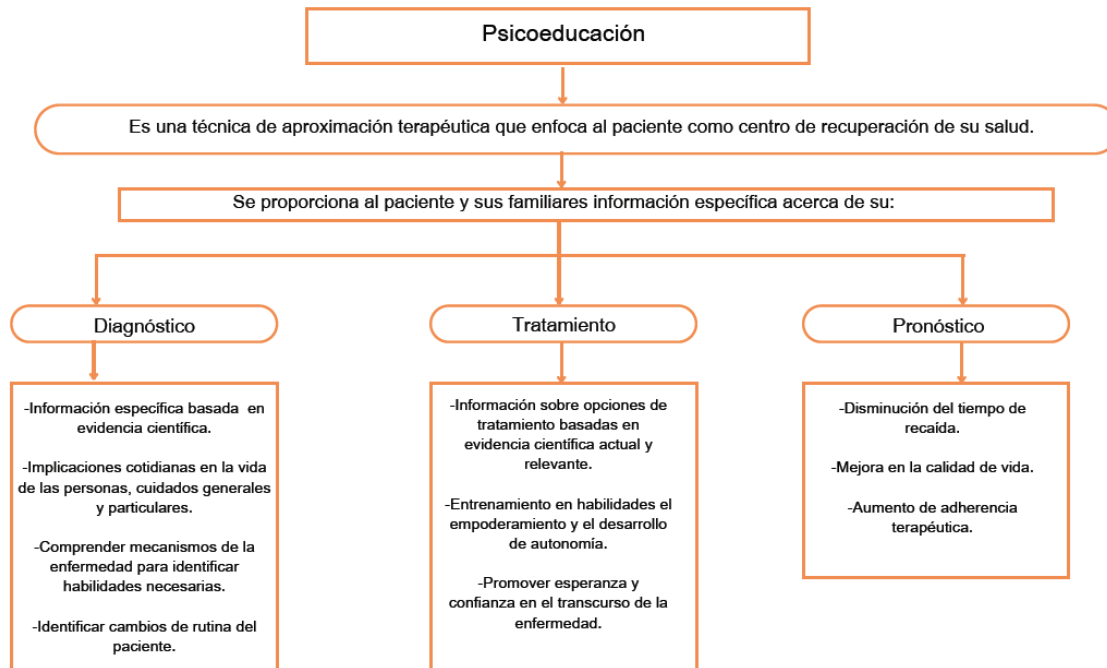
Técnicas y estrategias para la intervención.

A continuación, se describen las **cinco técnicas** (procedimientos y recursos que se emplean para lograr un resultado específico):

Psicoeducación

Esta técnica (Figura 14) consiste en la explicación, por parte del profesional tratante al cliente, de conceptos fundamentales del cuadro clínico y del encuadre de tratamiento (Ibáñez & Manzanera, 2011).

Figura 14
Psicoeducación



Nota: Elaboración propia con base en Godoy et al. (2018) e Ibáñez y Manzanera (2011)

Experimentación de emociones

En terapia focalizada en la emoción (TFE) se utilizan una serie de tareas que promueven la experimentación de emociones, en este apartado *se abordarán cuatro tareas de TFE* que para fines de este apartado serán abordadas como técnicas (conjunto de procedimientos y pautas para llegar a un fin) para experimentar emociones, a continuación se describirán cada una de ellas.

En Timulak (2015) se presenta la **técnica de exploración empática**, que a continuación se describe en la Figura 15:

Figura 15
Exploración empática



Nota: Elaboración propia con base en Timulak (2015)

La segunda técnica para la exposición emocional es la tarea de **despejar un espacio**, esta técnica es útil para dificultades de enfoque en la atención a la experimentación emocional que presenta Timulak (2017) sobre la base de Elliot y colaboradores (2004), a continuación se presenta en la Figura 16:

Figura 16

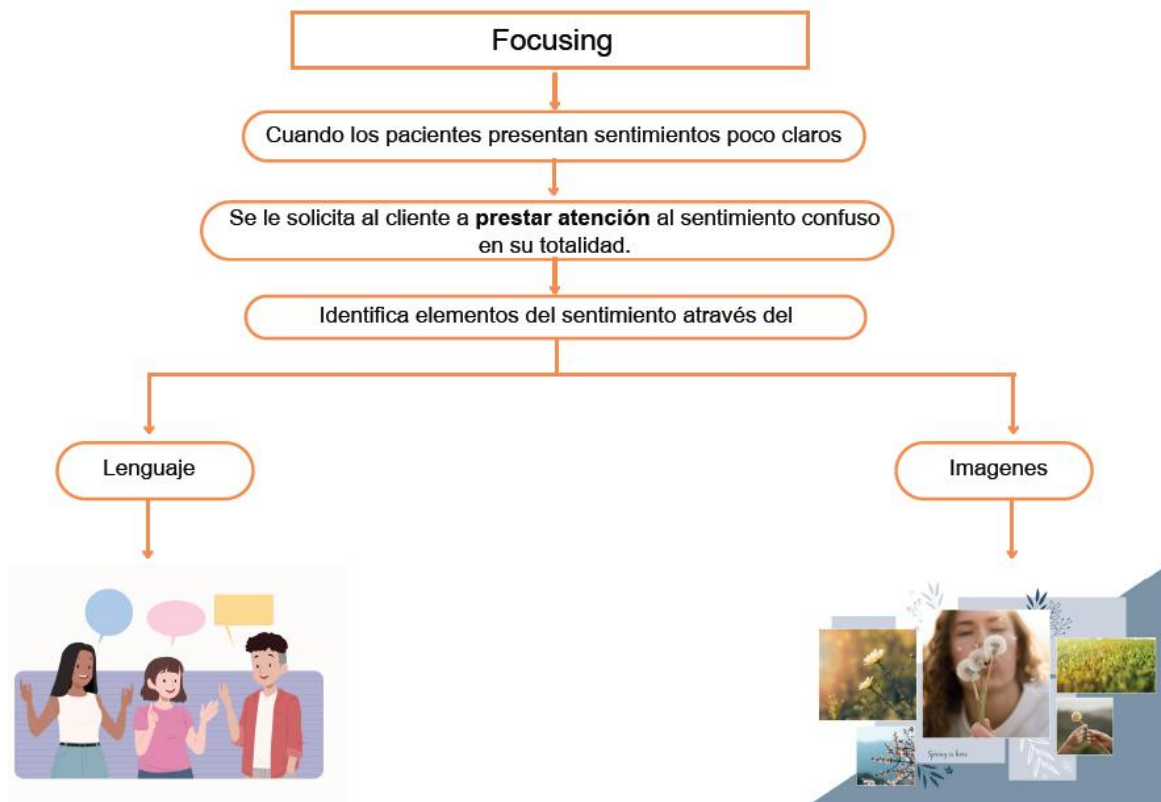
Despejar un espacio



Nota: Elaboración propia con base en Timulak. (2017) y Elliot et al. (2004)

La tercera técnica para la exposición emocional, es la denominada *focusing*, en la cual Timulak (2011) enfatiza que se utiliza cuando los clientes se presentan con sentimientos poco claros, que le resultan preocupantes, pero que son vagos o están mal simbolizados, como se muestra en la Figura 17.

Figura 17
Focusing



Nota: Elaboración propia con base en Timulak. (2011)

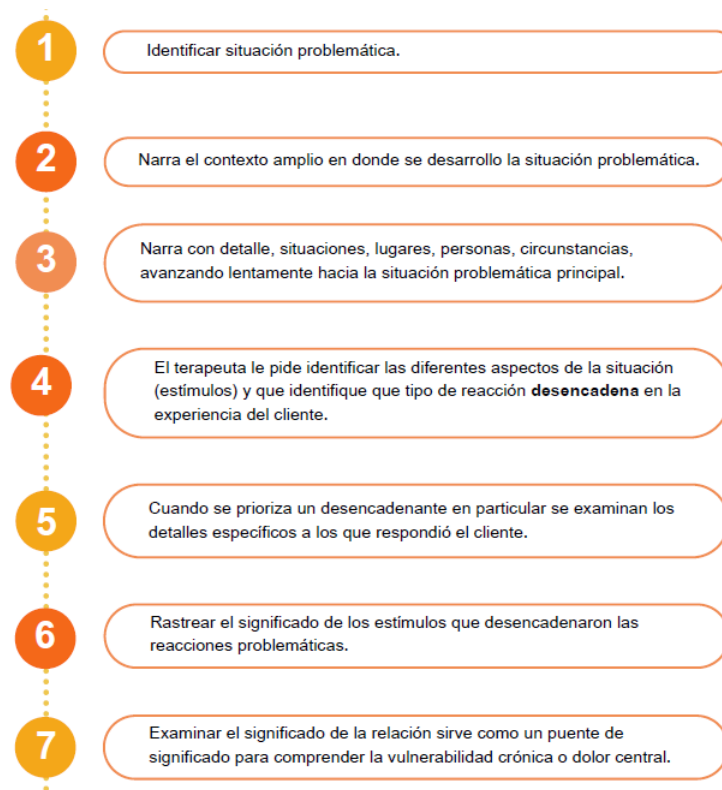
Imagen de uso libre: los dientes de león es de https://www.freepik.com/free-vector/photo-collage-minimalist-template_9908489.htm#from_element=cross_selling__vector

Imagen de uso libre: las personas hablando https://www.freepik.com/free-vector/hand-drawn-flat-people-talking_16933989.htm#from_view=search&page=1&position=2&uuid=f9191ce7-4f20-4400-8f36-954375bbadef&query=personas+hablando

Y la cuarta y última técnica para lograr la exposición emocional es la que Timulak (2011) nombra como ***despliegue evocativo sistemático de experiencias desconcertantes***, esta técnica fue desarrollada por Laura North Rice y se presenta en la Figura 18:

Figura 18

Despliegue evocativo sistemático de experiencias desconcertantes



Nota: Elaboración propia con base en Timulak (2011)

Estas cinco técnicas pueden usarse a lo largo de la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) cuando se necesite la experimentación emocional o de emociones.

Expresión emocional

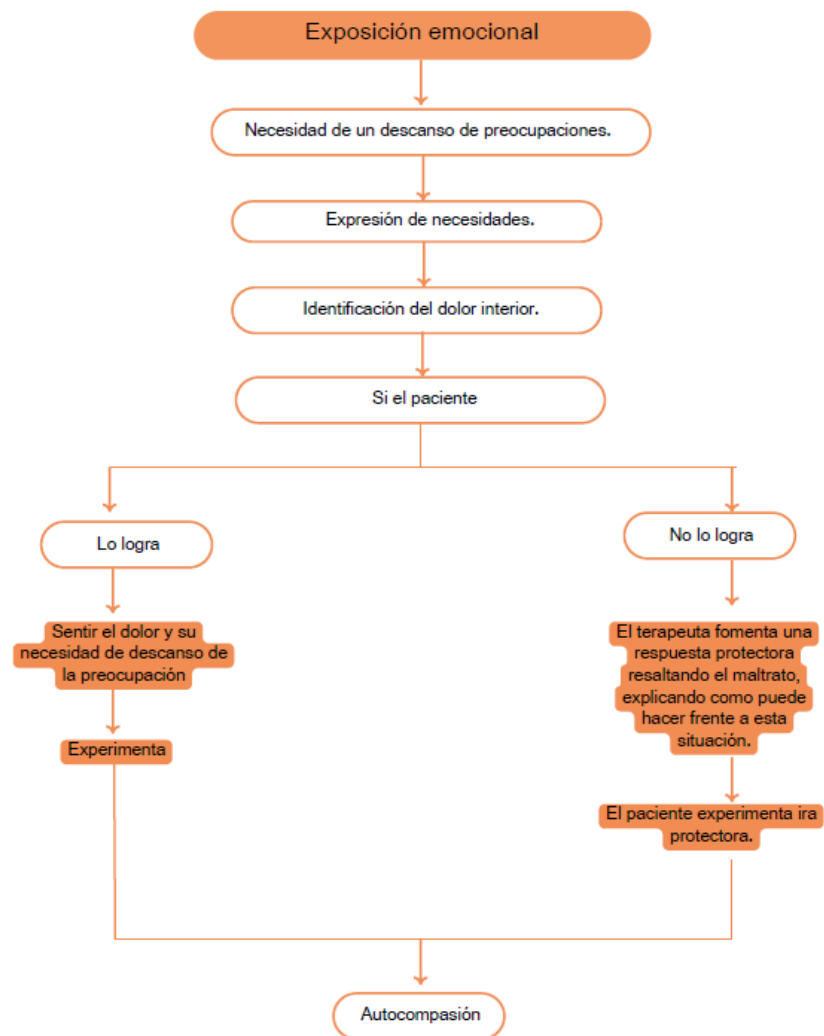
Con base en Greenberg y colaboradores (2015) la expresión de la emoción en terapia no implica dar salida a la emoción, sino superar la evitación para experimentar y expresar emociones previamente evitadas. El afrontamiento expresivo puede ayudar a entender y a clarificar preocupaciones centrales y servir para promover la persecución de objetivos. Hay una fuerte tendencia humana a evitar emociones dolorosas. Los procesos cognitivos normales a menudo distorsionan la emoción y transforman las emociones primarias displacenteras adaptativas, tales como tristeza y enojo, en conductas disfuncionales diseñadas para evitar el sentir.

Exposición emocional

Las técnicas de expresión y exposición emocional en TFE se presentan conjuntas en la aplicación de las estrategias terapéuticas, al respecto Timulak y McElvaney (2018) argumentan que una vez que el cliente experimenta plenamente el costo de la preocupación y lo expresa a través de la estrategia del diálogo de las dos sillas comienza un proceso de expresión y exposición emocional, como se muestra en la Figura 19:

Figura 19

Exposición emocional



Nota: Elaboración propia con base en Timulak y McElvaney (2018)

Reflexión

Greenberg y colaboradores (2015) enfatizan que al reconocer las emociones y simbolizarlas en palabras así como promover la reflexión sobre la experiencia emocional ayuda a los clientes a encontrar el sentido de su experiencia y promueve su asimilación en la narrativa permanente del self, como se muestra en la Figura 20:

Figura 20

Reflexión



Nota: Elaboración propia con base en Greenberg et al. (2015)

A continuación se describen las **cinco estrategias** (serie de acciones encaminadas a un fin determinado):

Diálogo de dos sillas

Esta técnica se aplica si el terapeuta identifica un conflicto de autocrítica. El cliente representa autotratamientos problemáticos para acceder a los sentimientos dolorosos centrales e identifica las necesidades, esta representación facilita la defensa del maltrato frente a sí mismo y la disminución del dolor (Timulak & McElvaney, 2018) como se muestra en la Figura 21:

Figura 21

Diálogo de las dos sillas

No	Silla del experimentador	Silla de la preocupación
1	Etapas de marcador de preocupación Una vez que el marcador de autocritica se presenta en la sesión el terapeuta puede proponer examinar este proceso en la tarea de las dos sillas.	
2		Representación de la preocupación: El terapeuta le pide al cliente que actúe la autocritica Resulta muy importante que el terapeuta y el participante accedan a las experiencias subyacentes y vulnerables del participante de una manera vivida, real, en el presente, el dolor al que se accede es una fuente potencial de compasión:
3	Acceder y diferenciar la etapa central del dolor, la ansiedad y cansancio El terapeuta facilita al participante la diferencia entre la preocupación, la ansiedad, el cansancio y las emociones primarias y la activación de la vulnerabilidad emocional crónica.	
4	Etapas de articulación y expresión de necesidades insatisfechas. El terapeuta enfoca al participante en la experiencia emocional dolorosa y lo acompaña en la sensación para que el participante se permita sentir la experiencia de una manera consciente e invita al participante que articule la experiencia dolorosa a través del lenguaje y la exprese, el terapeuta enfoca al participante en identificar sus necesidades	
5		Sondeo de la etapa de compasión. Una vez que el participante accede a los sentimientos dolorosos centrales y expresa y articula la necesidad insatisfecha hacia la parte del sí mismo, el terapeuta intenta acceder a la autocompasión hacia esos sentimientos vulnerables primarios a los que se accede en la silla del experimentador para aumentar la probabilidad de acceder a la autocompasión. Si la autocompasión entra en escena, se anima al participante para experimentarla y disfrutarla.
6	Construyendo la ira protectora para establecer límites. En este punto, es importante desarrollar la capacidad del participante de defenderse a sí mismo, frente a la preocupación y el autotratamiento autodestructivo, la construcción de la ira protectora, delimitadora, se facilita al resaltar el maltrato al que se somete al yo	

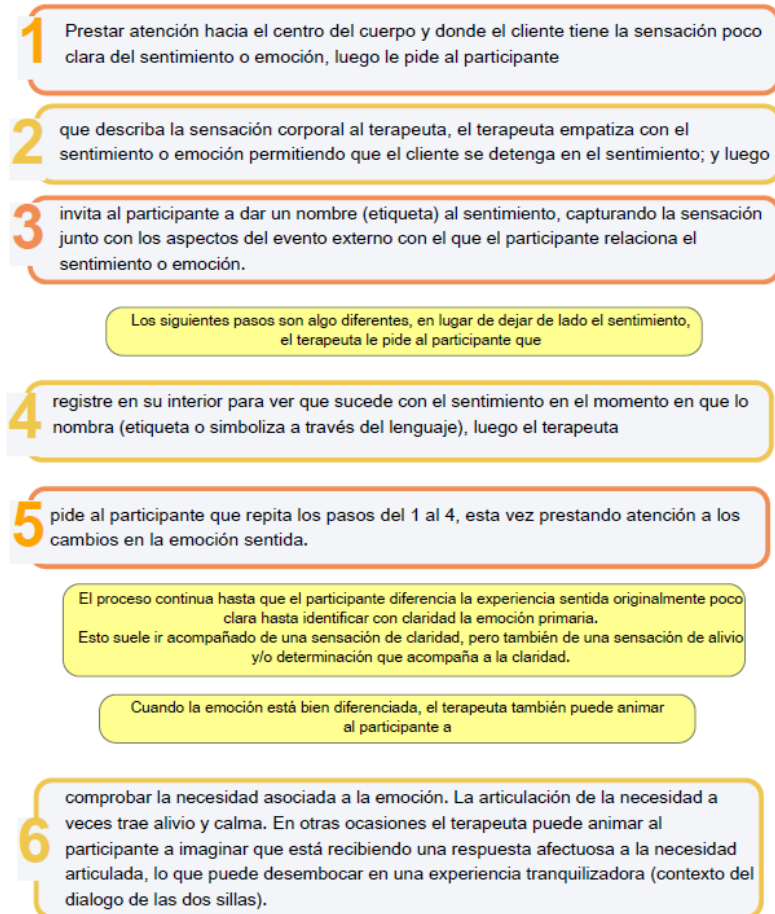
Nota: Elaboración propia con base en Timulak y McElvaney (2018)

Promulgación de dos sillas

Esta técnica se aplica si el terapeuta identifica una autointerrupción, un bloqueo que no permite expresar una fuerte emoción a otro, por culpa, vergüenza o principios interiorizados que guían la expresión de la emoción, en este escenario el cliente representa el interruptor que experimenta el costo de esta. Timulak y McElvaney (2018) explican que esta estrategia es una combinación de técnicas y estrategias, principalmente se superpone la técnica de *focusing* (Figura 17) y despejar un espacio (Figura 16) en el contexto de la estrategia del diálogo de las dos sillas (Figura 20), como se presenta en la Figura 22.

Figura 22

Promulgación de las dos sillas



Nota: Elaboración propia con base en Timulak y McElvaney (2018)

Silla vacía

Esta estrategia se aplica si se presenta el marcador de asuntos pendientes, una herida emocional persistente y no resuelta relacionada con otro emocionalmente significativo. Se invita al cliente a expresar su dolor al otro en un diálogo representado (Timulak & McElvaney, 2018) como se muestra en la Figura 23:

Figura 23

Diálogo de las dos sillas para autocrítica

No	Silla del experimentador	Silla de la crítica
1	Etapas de marcador de autodesprecio, autotratamiento negativo Una vez que el marcador se presenta en la sesión el terapeuta puede proponer examinar este proceso en la tarea de las dos sillas.	
2		Representación de la crítica: Mensaje principal, duro y conmovedor Experimentando emociones En esta etapa el terapeuta puede facilitar la experiencia emocional a través de una pregunta como: ¿Cómo me critico (ataco) a mí mismo? (para enfatizar la conciencia del participante de las formas que se trata, crítica, ataca, devalúa, etc. a sí mismo)
3	Acceder y diferenciar la etapa central del dolor Una vez que se experimenta y expresa el dolor central y se expresa el comportamiento hiriente o difícil del otro, se invita al paciente a volver a la silla del experimentador y ver el impacto que tiene el comportamiento hiriente del otro, el objetivo de esta etapa es profundizar los sentimientos de vulnerabilidad que el cliente evita.	
4	Etapas de articulación y expresión de necesidades insatisfechas. Una vez que el participante permanece con la experiencia emocional dolorosa de una manera productiva sin huir de ella, la articula en lenguaje y la expresa de manera comunicativa, el terapeuta enfoca al participante en identificar sus necesidades y luego expresarlas a la parte de herida	
5		Sondeo de la etapa de compasión. Identificar el dolor y la etapa de necesidades insatisfechas Una vez que se expresan las necesidades insatisfechas experimentadas en el contexto del dolor central, el terapeuta le pide al cliente que regrese y se siente en la silla del otro y que vea lo que siente hacia el dolor central y las necesidades expresadas en la silla del experimentador. Centrarse en esa vulnerabilidad, las necesidades insatisfechas y el sentimiento hacia ellas, aumenta la probabilidad de generar compasión.
6	Construyendo la ira protectora para establecer límites. En este punto, es importante desarrollar la capacidad del participante de defenderse a sí mismo, frente al autotratamiento autodestructivo, la construcción de la ira protectora, delimitadora, se facilita al resaltar el maltrato al que se somete al yo. Para esto, el terapeuta le pide al participante que regrese a la silla del experimentador y analice cuál es su respuesta a este maltrato, aquí y ahora. El terapeuta resalta intencionalmente el maltrato en lugar de centrarse en el dolor que provoca el maltrato.	
7		Dejar entrar la compasión, saborearla experiencialmente El terapeuta invita al cliente a dejar entrar la compasión expresada desde la otra silla. El terapeuta reconoce y valida la dificultad

Nota: Elaboración propia con base en Timulak y McElvaney (2018)

Juego de roles

Los orígenes del juego de roles o *role-playing* en la psicología clínica como herramienta terapéutica se remontan a Moreno creador del psicodrama, aunque también es utilizado como recurso en otras terapias como la gestáltica, la cognitiva y la sistémica. Dependiendo el tipo de terapia, la estrategia se desarrolla de maneras distintas. Sin embargo, se pueden reconocer en todas las versiones un elemento común: El juego de roles recrea una situación, imaginaria o real, que permite que el cliente experimente diferentes posibilidades y encuentre, a partir de esta experiencia, la solución a sus conflictos. Se puede dar tanto a través del relato verbal, en terapias como la gestáltica, sistémica, cognitiva, como a partir de una actuación o representación dramática, en el caso del psicodrama (Monjas, 1996).

Escritura reflexiva

La escritura en la que se expresa la experiencia emocional, es un proceso, en el que las emociones, los sentimientos, las necesidades, la experiencia, los pensamientos y metas de diferentes partes del *self* son identificados, reorganizados y resignificados, el resultado de este proceso es un profundo auto conocimiento experiencial (Greenberg et al., 2015).

Intervenciones focalizadas en la emoción para TAG

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es un trastorno debilitante caracterizado por ansiedad y preocupación excesivas con respecto a eventos o actividades que el individuo encuentra difíciles de controlar, con un curso crónico, inicio temprano, baja satisfacción con la vida y una percepción de bienestar empobrecido incluso después de controlar los efectos de la depresión concurrente. El TAG también tiene una comorbilidad muy alta, influencia genética relevante, centrándose en la hiperactividad emocional y neural, que puede ser difícil de regular (O'Brien et al., 2019).

La terapia focalizada en la emoción (TFE) es un enfoque terapéutico experiencial basado en el análisis y la comprensión de las emociones su significado y contribución; tanto a la experiencia humana como al cambio terapéutico. Desde la perspectiva de TFE las personas son consideradas "sistemas dinámicos de autoorganización en constante intercambio con el entorno", postulando que la experiencia emocional está organizada por esquemas emocionales (Greenberg, 2011).

Las personas con TAG experimentan un deterioro significativo en la calidad de vida comparable a la de las personas con depresión. Las pautas actuales recomiendan que el TAG se trate con medicamentos y/o terapia psicológica. En términos generales, los modelos de tratamiento de la TCC utilizan varios de los siguientes componentes /intervenciones: psicoeducación sobre la preocupación, reestructuración cognitiva de las creencias relacionadas con la preocupación, resolución de problemas, control y modelado del proceso de preocupación, entrenamiento en relajación, exposición y experimentos conductuales, y otros. Aunque la eficacia de las TCC está bien estudiada, no todos los clientes se benefician de la TCC. Menos del 50 % de los clientes se recuperan al final del tratamiento y los datos de seguimiento a largo plazo son escasos. La TFE es un tratamiento con respaldo empírico para el trastorno depresivo mayor y es también ampliamente estudiado para trauma complejo, donde los problemas centrales radican en el procesamiento emocional desadaptativo (Timulak et al., 2018).

Una terapia como TFE que se enfoca en el procesamiento y la transformación de las emociones dolorosas es teóricamente una buena combinación para las dificultades del TAG. Un grupo de investigadores, dirigido por el Dr. Landislav Timulak, desarrolló TFE para TAG y lo probó en un ensayo abierto con resultados prometedores (Timulak et al., 2017).

Con base en esto, se han llevado a cabo intervenciones basadas en la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE) para abordar el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y también para Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), a continuación se muestran en la Tabla 13, las intervenciones TFE que se han llevado a cabo en los últimos 5 años.

Tabla 13

Intervenciones de TFE para ansiedad

Cita	Objetivo	Muestra	Diseño	Principales resultados
Adler et al. (2018)	Examinar el desarrollo de la alianza terapéutica en la TFE para el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) y su capacidad para predecir el resultado	12 pacientes diagnosticados con TAS	El diseño fue experimental con dos condiciones	Los autores sugieren que la alianza terapéutica es un elemento terapéutico importante en TFE. Dentro de este estudio, se encontró que una fuerte alianza terapéutica, predecía un mejor resultado cuando ya se habían reducido los síntomas de TAS, en contraste, al no tener una reducción de síntomas severos, la alianza no se asocia a una mejora
Marren et al. (2022)	Sintetizar y resumir todos los estudios de investigación cualitativos disponibles sobre la experiencia de los participantes con EFT para proporcionar una visión general de los resultados	11 estudios cualitativos	Metanálisis cualitativo	La mayoría de los clientes experimentan TFE como una psicoterapia intensa, desafiante pero productiva, pero parece que una minoría de clientes experimenta aspectos de TFE como desafiantes
O'Brien et al. (2019)	Identificar y comprender temas comunes en los casos que cubren los dominios del marco TFE	14 adultos	Estudio de casos múltiples con diseño cualitativo observacional, descriptivo-interpretativo	El presente estudio descubrió que además de centrarse en la preocupación y la ansiedad, el tratamiento debe centrarse en las emociones subyacentes, temidas y dolorosas
Timulak et al. (2018)	Contribuir a la planificación de un ensayo definitivo de no inferioridad que establecería la eficacia relativa de TFE en comparación con la TCC como tratamiento establecido y evaluar las tasas de reclutamiento, adherencia y retención	60 participantes	Ensayo controlado aleatorizado (ECA) con dos intervenciones paralelas activas (TFE y TCC)	Los hallazgos del presente estudio indican que TFE es comparable a la TCC, un estudio de no inferioridad puede ser el próximo paso natural
Timulak et al. (2022)	Este ECA de viabilidad tenía varios objetivos Evaluar los procesos de adherencia/competencia de los terapeutas y las tasas de retención de clientes Proporcionar estimaciones de la eficacia relativa comparativa de TFE en comparación con la TCC en el tratamiento del TAG en el contexto de un servicio de salud pública irlandés	58 participantes con diagnóstico primario de TAG	Ensayo controlado aleatorizado de viabilidad	En cuanto a los análisis principales y el objetivo principal del estudio, es decir, evaluar la eficacia relativa de TFE frente a un tratamiento bien establecido para el TAG, la TCC, no se encontraron diferencias entre las condiciones. Los análisis principales no mostraron diferencias, las comparaciones posteriores a la terapia y a los 6 meses mostraron que las dos terapias tuvieron resultados similares. El ensayo demostró que vale la pena explorar más a fondo la provisión de una adaptación de TFE para TAG a fin de ampliar la gama de opciones de tratamiento disponibles para el público

Nota: Elaboración propia

A continuación se presentan de manera sintética cada una de las intervenciones presentadas en el cuadro. Al respecto, Adler y colaboradores (2018) realizaron un estudio con el objetivo de examinar el desarrollo de la alianza terapéutica en la TFE para la ansiedad social y su capacidad para predecir el resultado. El estudio se enfocó en dos preguntas principales con respecto a la alianza en TFE: ¿Cómo se desarrolla la alianza en TFE para la ansiedad social? Y ¿cómo la alianza precede temporalmente a la reducción de los síntomas en TFE para la ansiedad social? La muestra estuvo conformada por 12 clientes, 7 hombres y 5 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 65 años y una media de 26,75, todos ellos diagnosticados con trastorno de ansiedad social (TAS). Los instrumentos que se aplicaron son la *Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional La MINI* (Sheehan et al., 1998): para evaluar 17 trastornos del eje I; el *Inventario de Fobias Sociales El SPIN* (Connor et al., 2000): evalúa los síntomas centrales de la ansiedad social, como el miedo y la evitación en situaciones sociales, los síntomas fisiológicos de ansiedad, el miedo a la vergüenza y la autoridad y el miedo a la crítica y al juicio negativo; el *Inventario de la Alianza de Trabajo El Working Alliance Inventory* (WAI; Tracey y Kokotovic, 1989): evalúa la calidad de la alianza terapéutica y el *Inventario segmentado de la alianza de trabajo—Formulario de Observador* (S-WAI-O; Berk, 2013): evalúa al observador. La intervención fue realizada por dos psicólogos clínicos con doctorados y una amplia formación en TFE. Cada terapeuta trató a seis clientes. El diseño fue experimental con dos condiciones. Los participantes recibieron una sesión semanal de TFE para TAS. Las sesiones oscilaron entre 24 y 28 sesiones. Los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron aleatorizados para esperar 4, 8 o 12 semanas entre la admisión y la primera sesión de terapia. Todas las sesiones fueron grabadas en video, con la cámara enfocada en la díada de tal manera que tanto el cliente como el terapeuta pudieran verse. Las primeras ocho sesiones para cada cliente fueron codificadas por tres codificadores, uno graduado y dos estudiantes universitarios. El entrenamiento de los codificadores duró casi 3 meses, hasta que los codificadores establecieron una alta confiabilidad entre ellos (coeficiente de correlación intraclase [CCI] = 0,93).

Dentro de los resultados principales, se reportó que ocho de los 11 clientes que completaron el tratamiento mostraron un cambio fiable en las puntuaciones de fobia social, y siete de los ocho clientes cumplieron con los criterios de importancia clínica. Para evaluar la alianza terapéutica, se codificaron 89 sesiones en segmentos de 5 minutos, para un total de 1008 segmentos. Codificaron 59 sesiones por dos codificadores y 30 por tres codificadores. La fiabilidad entre jueces, evaluada mediante correlaciones intraclase fue de 0,96. Las correlaciones entre la alianza autoinformada y la codificada por el observador en las primeras ocho sesiones fueron las siguientes: semana 1, grande ($r=0,58$); semana 2, medio ($r=0,49$); semana 3, medio ($r=0,47$); semana 4, grande ($r=0,60$); semana 5, medio ($r=0,48$); semana 6, muy grande ($r=0,87$); semana 7, medio ($r=0,48$); y semana 8, muy grande ($r=0,75$). Los autores sugieren que la alianza terapéutica es un elemento terapéutico importante en TFE, sin embargo, algunos clientes demuestran un proceso de fortalecimiento constante de la alianza a lo largo del tratamiento, otros pueden exhibir un patrón de desarrollo de alianzas con abandono al tratamiento. Dentro de este estudio, se encontró que una fuerte alianza terapéutica, predecía un mejor resultado cuando ya se habían reducido los síntomas de TAS, en contraste, al no tener una reducción de síntomas severos, la alianza no se asocia a una mejora.

Marren y colaboradores (2022) estudian las experiencias de los clientes debido a que estas aumentan potencialmente la comprensión teórica de los procesos de mediación entre la intervención y el resultado, lo que conduce a intervenciones y desarrollos teóricos cada vez más informados y efectivos. El objetivo de este estudio fue realizar sistemáticamente una investigación metaanalítica cualitativa de las experiencias de los clientes con TFE, utilizando el paradigma existente de aspectos útiles, difíciles pero útiles e inútiles de la terapia. El enfoque metodológico fue QMA que es un método de análisis que sintetiza y resume todos los estudios de investigación cualitativos disponibles o un número suficiente para proporcionar una visión general de los resultados y una comprensión contextual de las similitudes o desviaciones de los estudios primarios. Se llevó a cabo el análisis PRISMA, se revisaron 1,096 artículos de los cuales

fueron seleccionados once (11) estudios, los criterios de inclusión fueron; publicados en inglés, en una revista revisada por pares, utilizo al menos en parte, metodología cualitativa, investigo TFE individual; investigó o presentó experiencias útiles o inútiles de TFE desde la perspectiva del cliente.

Los datos extraídos se dividieron en tres unidades de significado; 1) Experiencias de clientes sobre aspectos útiles de TFE (13 categorías): los clientes valoran el trabajo de la cátedra y el trabajo experiencial, experimentar y procesar emociones del pasado y del presente fue útil para los clientes, los clientes experimentaron una conexión emocional y el apoyo del terapeuta, los clientes valoran tomar conciencia de sus emociones y aprender a reconocer y nombrar sus procesos internos, los clientes valoran las experiencias transformadoras, los clientes se sintieron escuchados y comprendidos por el terapeuta, los clientes experimentaron la validación por parte del terapeuta, los clientes experimentaron las habilidades específicas de TFE del terapeuta y habilidades psicoterapéuticas generales como útiles, los clientes experimentaron gratitud por su experiencia en la terapia y ganas de compartir con los demás, los clientes experimentaron su propia autodeterminación y red de apoyo tan útil, los clientes valoran sentirse seguros dentro de la relación terapéutica que facilitó la participación en la terapia, los clientes experimentaron un aligeramiento de la emoción en las sesiones y los clientes valoraron el diseño cuidadoso y en enfoque de objetivos de las sesiones en TFE; 2) Experiencias de los clientes difíciles pero útiles aspectos de TFE (5 categorías): Los clientes experimentaron el trabajo de la silla y los procesos experienciales como productivos pero difíciles, los clientes experimentan emociones tan doloroso pero no obstante productivo, los clientes apreciaron hacer ejercicio y relajación gradual en la terapia, clientes con experiencia inicial etapas de la terapia como incómodas pero entendiendo las razones de ello y los clientes experimentaron la duración de la terapia fue más corto de lo esperado, pero se sintió preparado para volver a comprometerse con la vida fuera de la terapia; 3) Experiencias de los clientes sobre aspectos inútiles (7 categorías): Los clientes experimentaron la terapia como demasiada corta o la sintió incompleta, los clientes observaron

que el malestar emocional persistió o aumento a pesar de asistir a terapia, los clientes experimentaron el trabajo de la silla y los procesos experienciales como inútiles, la propia renuencia de los clientes actuó como barrera a la terapia, los clientes experimentaron la asistencia de la terapia como estigmatizante, los clientes estaban decepcionados con falta de enfoque en las estrategias de afrontamiento y los clientes experimentaron al terapeuta como demasiado cariñoso.

En conclusión, este QMA contribuye a la literatura existente proporcionando una síntesis completa de las experiencias de los clientes en TFE a través del paradigma de los aspectos útiles, difíciles pero útiles y no útiles de la terapia, en términos de implicaciones clínicas, los hallazgos del presente estudio sugieren que la poderosa naturaleza relacional y experiencial de la TFE hace que valga la pena para los clientes, pero posiblemente demasiado intenso para un pequeño número de clientes que no pueden o no quieren involucrarse con él.

En otro estudio, O'Brien y colaboradores (2019) llevaron a cabo una investigación para ver la efectividad de una Terapia Focalizada en la Emoción para el trastorno de la ansiedad (TAG). En este estudio participaron 14 personas con edades comprendidas entre los 23-56 años, con una edad media de 35,5 ($DE=8.98$). De los 14 participantes: 12 eran mujeres, 2 eran hombres. Nueve de los participantes se estabilizaron con medicación antidepresiva al momento de comenzar la terapia. Todos los clientes cumplieron con los criterios para TAG. Además, 11 presentaban comorbilidades, tales como trastorno depresivo mayor o distimia, 4 de trastorno de pánico y 2 de fobia social. De los 12 que se evaluaron mediante SCID-II, 9 cumplían los criterios para al menos 1 trastorno de la personalidad, 8 para trastorno de personalidad por evitación y 4 para el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo. Se aplicaron los instrumentos: Escala TAG-7: evalúa el trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas según el DSM-5; SCID-I: es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV; SCID-II: es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del Eje I. Se utilizó un estudio de casos múltiples con diseño

cualitativo observacional, los sujetos recibieron entre 12-25 sesiones aproximadamente. En el procedimiento todas las sesiones fueron grabadas en formato de audio y/o video, con un total de 93 sesiones (en promedio =6.64 [$DE = 1,78$] sesiones por cliente).

Los participantes del estudio fueron reclutados dentro de un servicio de psicología de atención primaria urbano al que fueron remitidos por su Médico General. Los participantes fueron asignados a uno de cuatro terapeutas para sesiones semanales de TFE con una duración promedio de una hora. La información de cada sesión se organizó con medidas de tiempo, transcripción y dominios de conceptualización de TFE. Antes del análisis, las sesiones se transcribieron en su totalidad. Como consideraciones éticas dentro del estudio, se tuvo anonimato a los participantes durante todo el proceso de transcripción y análisis, la participación fue voluntaria y se solicitó el correspondiente consentimiento informado. Aunque la terapia se planeó para 16-20 sesiones, su duración varió de 12 a 25 sesiones con 1 hora cada semana en formato individual. Los componentes que se entrenaron en este estudio fueron los dominios desencadenantes, dolor emocional central, ansiedad y aprensión, emociones secundarias, evitación emocional, comportamiento de evitación, autotratamiento problemático, necesidades insatisfechas, "procesamiento emocional", regulación o desregulación emocional. Posteriormente, los datos de cada participante se presentaron en un formato narrativo/temático para cada sesión, y en las sesiones para cada cliente por separado, los dominios/ temas se presentaron visualmente en un formato de figura, primero para cada cliente por separado y luego para los 14 clientes. Dentro de las estrategias utilizadas de TFE para TAG se utilizaron tareas experienciales, como los diálogos de sillas imaginarias para procesos autocríticos y asuntos pendientes, creando un enfoque terapéutico que se basa en la conceptualización del caso.

El resultado del análisis de los 14 participantes evidenció lo siguiente: Disparadores históricos como experiencias traumáticas que fueron reveladas por los 14 participantes; Disparadores (recientes/en curso) los participantes demostraron una tendencia a que su esquema emocional desadaptativo central se desencadenara en relación con una serie de

situaciones cotidianas y experiencias devaluación o juicio en situaciones ocupacionales o sociales; Autotrataamiento problemático. Todos los participantes exhibieron dura autocrítica, en algunos casos aparentemente reflejando una internalización de las críticas de sus padres y presentando una tendencia a priorizar las necesidades y emociones de los demás y describió una sensación de responsabilidad por el bienestar de los demás. Todos los participantes comprometidos en preocuparse, para protegerse del daño interpersonal, para protegerse de revelar o experimentar su propia vulnerabilidad; Emociones secundarias (angustia global) todos los participantes presentaron ansiedad generalizada y bajo estado de ánimo. Para todos los participantes, sentimientos mixtos e indiferenciados de miedo, ira, tristeza y dolor; Ansiedad/aprensión. Todos los participantes expresaron miedo a sus propias emociones y vulnerabilidad relacionado con el miedo a un colapso emocional que podría ser a la vez abrumador e interminable, miedo al juicio, lo que podría conducir a un posible rechazo y, expresa miedo al abandono, a la pérdida, y/o soledad; Evitación emocional. Síntomas somáticos y lenguaje corporal observado e informado, los participantes informaron participar en alguna forma de distracción y desviación como "tratando de no pensar en ello", mantenerse ocupado o soñar despierto; Evitación conductual. Los participantes evitaron situaciones que se consideraban desencadenantes potenciales de sentimientos dolorosos centrales, la soledad a través de buscar la compañía, etc.; Núcleo de dolor emocional. Expresados en las tareas experienciales de TFE, como los diálogos en la silla. Todos los participantes expresaron sentimientos dolorosos desvergüenza, relacionado con un sentido de sí mismo como fundamentalmente defectuoso, inútil y/o inadecuado. Broma; Necesidades no satisfechas. Las necesidades insatisfechas articuladas en el contexto de los sentimientos dolorosos primarios (centrales). Todos los participantes han experimentado hasta cierto punto una falta de coherencia en el amor y el cuidado que reciben de los demás, en particular de los cuidadores, y por lo tanto necesitaba ser amado. Muchos expresaron que ellos necesitaban ser escuchados, comprendidos, aceptados y

valorados, validados y respetados como individuos por derecho propio; Procesamiento emocional.

Los participantes mostraron un procesamiento emocional sobrerregulado con tendencia a suprimir la excitación emocional en la sesión. La autointerrupción, los sentimientos secundarios como la culpa y el miedo, y los procesos de evitación emocional también impidieron el procesamiento emocional de experiencias emocionales dolorosas pasadas. Con respecto a los principales hallazgos, el presente estudio descubrió que además de centrarse en la preocupación y la ansiedad, el tratamiento debe centrarse en las emociones subyacentes, temidas y dolorosas centrales de tristeza/soledad, vergüenza y miedo/ terror primario tal como se presentan de manera idiosincrásica. Los autores concluyen que la dinámica del TAG presenta una dificultad con emociones crónicas específicas (y esquemas emocionales relacionados) de tristeza/soledad, vergüenza y miedo provenientes de las historias personales de los clientes. La TFE como terapia, se enfoca específicamente en la transformación de este tipo de emociones primarias crónicas y desadaptativas.

Timulak y colaboradores (2018) presentaron la propuesta de un ensayo controlado aleatorizado (ECA) con dos intervenciones paralelas activas (TFE y TCC) con el objetivo de comparar la eficacia de TFE en comparación con la TCC y evaluar las tasas de reclutamiento, adherencia y retención para clientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada. Se reclutará 60 participantes mayores de 19 años de un servicio nacional de atención primaria de salud pública en Irlanda, quienes serán evaluados con los siguientes instrumentos; la escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD); La escala de psicoterapia experiencial y focalizada en la persona (versión TFE); Escala de Terapia Cognitiva-Revisada para la TCC; Escala de Gravedad del TAG (GADSS) SCID-5-RV; SCID-5-PD; PHQ-9: instrumento de autoinforme destinado a evaluar la existencia y gravedad de los síntomas de depresión; CORE-OM: mide la angustia global de los clientes en cuatro dominios: bienestar subjetivo, problemas o síntomas, funcionamiento de la vida y riesgo; CIPC-CSS (ítems del 10-17): Efectividad de la consejería.

Con relación a los terapeutas, estos recibirán capacitación tanto en TFE para TAG como en TCC para TAG, la asignación aleatoria se anidará dentro de los terapeutas. Los participantes serán reclutados entre los clientes referidos al servicio atención primaria. La terapia durará de 16 a 20 sesiones. Se indicará a los terapeutas que terminen la terapia en la sesión 16, pero quedará a su discreción juzgar clínicamente si la terapia debe prolongarse hasta un máximo de 20 sesiones. Este final flexible se basa en el aprendizaje del proyecto inicial en el que algunos clientes necesitaron más de las 16 a 20 sesiones previstas inicialmente (en algunos casos, hasta 24 sesiones).

El modelo de TFE utiliza una conceptualización de caso específico que postula que en lugar de evitar la experiencia emocional o el procesamiento emocional en general (como se propone típicamente en los modelos de TCC), los clientes hacen frente a desencadenantes específicos que evocan en ellos sentimientos dolorosos crónicos desadaptativos específicos (ej., tristeza/soledad, vergüenza y miedo/terror primario). Son estos disparadores los que luego evita (a través de la evitación emocional y conductual). La terapia se enfoca en a) Una conceptualización firme del caso; b) La provisión de una relación calmante; c) La superación de la evitación (preocupación) a través de tareas experienciales que resaltan tanto el costo de la preocupación como el costo de obstruir el encuentro de propias necesidades (lo que conduce a una resolución de luchar contra la preocupación); y d) La transformación de los sentimientos dolorosos crónicos temidos a través de tareas experienciales que generan emociones adaptativas.

Los autores refieren, que los modelos de TCC de TAG ven la preocupación patológica como central para comprender y tratar el TAG. Estos modelos asumen que el proceso de preocupación es un mecanismo de evitación contraproducente a través del cual la persona trata de evitar experiencias insoportables, incluidos ciertos pensamientos y sentimientos. La principal experiencia a evitar es la incertidumbre. El brazo cognitivo conductual del estudio seguirá los procedimientos TCC estándar utilizados en el tratamiento del TAG. Se prevé que todos los

terapeutas tengan una formación básica previa en ambos enfoques como parte de su formación doctoral en psicología del asesoramiento. Además, los terapeutas asistirán a una supervisión semanal (1 semana en TFE, la otra en TCC) durante un mínimo de 8 meses antes de ser validados en ambos enfoques y, por lo tanto, liberados para ver a los participantes en el ensayo.

La supervisión estuvo a cargo de Ladislav Timulak para la condición de TFE y de Craig Chigwedere y Charlotte Wilson para la condición de la TCC. Las estrategias que se utilizarán en TCC son: Psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, exposición, imaginación y experimentos conductuales. La exposición se centrará en la exposición imaginaria a los resultados temidos y la exposición imaginaria y directa a la incertidumbre. También se alentará a los participantes a reevaluar sus creencias en torno a la preocupación y a desarrollar habilidades de resolución de problemas más discriminación entre los dos enfoques. En el siguiente estudio, se reportan los resultados de esta propuesta.

Timulak y colaboradores (2022) realizaron un ensayo controlado aleatorizado con 58 clientes, para comparar la eficacia de TFE versus TCC para el TAG. Ambas terapias constaron de 16-20 sesiones, junto con 8 terapeutas entrenados en ambas condiciones. Los clientes fueron asignados aleatoriamente a las dos terapias TFE ($n= 29$) y TCC ($n= 29$). Aplicaron el GAD-7 para medir el TAG. Los clientes fueron evaluados al inicio, a la semana 16, al final de la terapia ya los 6 meses de seguimiento.

En cuanto a los análisis principales y el objetivo principal del estudio, es decir, evaluar la eficacia relativa de TFE frente a un tratamiento basado en la Terapia Cognitiva Conductual para el TAG, los análisis no mostraron diferencias, las comparaciones posteriores a la terapia y a los 6 meses borraron esta posible tendencia y las dos terapias tuvieron resultados similares. Los autores concluyen que el ensayo demostró que vale la pena explorar más a fondo la provisión de una adaptación de TFE para TAG a fin de ampliar la gama de opciones de tratamiento disponibles para el público.

Con base en el análisis de los estudios antes abordados, las intervenciones focalizadas en la emoción son efectivas para aumentar la regulación y el control emocional, la intimidad conyugal, la satisfacción sexual y el perdón, así como para disminuir la ansiedad, la depresión, el atracón, los síntomas somáticos, el dolor musculoesquelético, el dolor crónico, los síntomas de intestino irritable, el peso extra, la rumiación, la ira, la evitación de apego, las relaciones conflictivas y la tasa de abandono al tratamiento.

Con base en lo anterior, se retomaron para esta investigación, aquellos elementos clave para realizar una propuesta de terapia focalizada en la emoción con el fin de disminuir los síntomas de ansiedad. De este modo, los componentes que más se utilizaron y han dado resultados positivos para la disminución de diversas problemáticas, y particularmente en la disminución de sintomatología ansiosa, se retomarán los siguientes: procesos de auto interrupción, preocupación y autocrítica, psicoeducación, procesamiento emocional, desencadenantes emocionales, conciencia emocional, reestructuración de esquemas emocionales, necesidades insatisfechas y vulnerabilidad emocional crónica. Con respecto a las estrategias que más se utilizan para trabajar estos componentes, se presentan: exposición emocional, diálogo de dos sillas, silla vacía, escritura reflexiva, juego de roles, experimentar emociones, reflexión e identificación del vínculo entre síntoma y problema.

Respecto a las intervenciones, éstas presentaron características diferentes, tanto en el número de sesiones que va desde 3 hasta 28, teniendo una media de 13 sesiones; la duración de las sesiones oscilaba entre los 50 minutos y dos horas, con un promedio de una hora con 20 minutos. La periodicidad era semanal, misma que fue constante en todos los estudios. Con respecto a la modalidad de atención, la mayoría fueron en atención individual y algunas, lo combinaban con sesiones grupales para trabajar únicamente el componente de psicoeducación. Por lo anterior, se diseñará una intervención de 13 sesiones, con una duración 80 minutos cada una, con una sesión semanal y en modalidad individual.

Propuesta de intervención desde la terapia focalizada en la emoción (TFE).

Con base en el análisis de la revisión de literatura, a continuación se presentan en la Tabla 14, los elementos generales y en la Tabla 15, se presentan los componentes, las técnicas y estrategias de la terapia focalizada en la emoción, todos estos elementos se retomarán para diseñar las propuestas de intervención para la sintomatología ansiosa en población adulta.

Tabla 14

Elementos generales para la propuesta de intervención de terapia focalizada en emociones (TFE) para sintomatología ansiosa en población adulta

Elemento	Estado de arte TFE
Número de sesiones	13.4
Duración	86 minutos
Modalidad	Presencial
Periodicidad	Semanal

Tabla 15

Componentes, técnicas y estrategias para la propuesta de intervención de terapia focalizada en emoción (TFE) para sintomatología ansiosa en población adulta

Elementos TFE	Descripción breve
Relación terapéutica Sintonización empática (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020)	Relación terapéutica: relación segura, focalizada en la tarea de compromiso compartido para alentar al cliente a expresarse y a explorar sus dificultades personales centrales, así como el dolor emocional. Sintonización empática: entrar y rastrear la experiencia inmediata y en desarrollo del cliente Vínculo terapéutico: comunicar empatía, comprensión y presencia al cliente (Greenberg et al., 2015 y Timulak & McElvaney, 2018)
Procesamiento emocional (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020 y Yarns et al., 2020)	El terapeuta trabaja con los clientes para ayudarlos a acceder, tolerar y regular, así como a aceptar sus emociones. La aceptación de la experiencia emocional, como opuesta a su evitación, es el primer paso, una vez aceptada la emoción, en vez de haber sido evitada, el terapeuta ayuda al cliente a identificar el objetivo/necesidad/no resuelta, así como al esquema emocional, se reorganiza el esquema a través de experimentar emociones adaptativas con base en la necesidad, generando compasión e ira protectora para cubrir esas necesidades, por último se vive un duelo por las heridas emocionales pasadas y se reorganiza e integra un self empoderado (Greenberg et al., 2015 y Timulak & McElvaney, 2018)

	Elementos TFE	Descripción breve
	Vulnerabilidad crónica (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020)	Dolor emocional central (temido), Son experiencias insoportables de; soledad/tristeza, vergüenza y miedo. Estas indican una necesidad insatisfecha de conexión, pertenencia o comodidad y las tres emociones dolorosas centrales se superponen (Timulak & McElvaney, 2018)
	Esquemas emocionales (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018 y Timulak et al., 2022)	Se conciben como la fuente primaria de experiencia, que funcionan rápida e implícitamente para producir la experiencia sentida y la tendencia a la acción en forma automática Los esquemas emocionales están basados en respuestas emocionales intrínsecas, pero éstas se acoplan con el aprendizaje de organizaciones internas más complejas, que incluyen la cognición (Greenberg et al., 2015 y Timulak & McElvaney, 2018)
	Reestructuración emocional (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020 y Yarns et al., 2020)	Transformación de la vulnerabilidad emocional crónica con nuevas experiencias emocionales adaptativas a través de una secuencia de pasos del procesamiento emocional (Greenberg et al., 2015 y Timulak & McElvaney, 2018)
	Psicoeducación (Adler et al., 2018; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022 y Yarns et al., 2020)	Consiste en la explicación, por parte del profesional tratante al cliente, de conceptos fundamentales del cuadro clínico y del encuadre de tratamiento (Ibáñez & Manzanera, 2011)
T	Experimentación de emociones <i>Despejar un espacio</i> (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020 y Yarns et al., 2020)	Se invita al cliente a recurrir a una sensación corporal sentida de sus preocupaciones y luego estas se dejan de lado con imaginación, el proceso se repite hasta que el cliente experimenta una sensación de alivio. Esto permite a los clientes acceder al dolor emocional a través de la identificación y sensación de la emoción primaria (Greenberg et al., 2015 y Timulak & McElvaney, 2018)
y	Expresión emocional <i>Recuento de traumas</i> (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020 y Yarns et al., 2020)	Una vez que la emoción primaria es sentida, el cliente reconecta con las necesidades no satisfechas que están siendo señaladas por la emoción. Simbolizar la experiencia emocional básica en palabras, brinda el acceso a la información adaptativa y a la tendencia a la acción que hay en la emoción. Es importante recalcar que el darse cuenta emocional no es pensar sobre el sentir, implica el sentir la emoción en la toma de conciencia Recuento de traumas: Acceder a la experiencia de vida dolorosa y a través de la sintonía empática el terapeuta acompaña al cliente a permanecer en el trauma, para experimentar las emociones, detectar elementos de la situación y después generar puntos de vista alternativos del trauma (Greenberg et al., 2015 y Timulak & McElvaney, 2018)

Elementos TFE	Descripción breve
Exposición emocional (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020 y Yarns et al., 2020)	Evocar la experiencia emocional para acceder a la experiencia emocional y prestar atención a la evitación y a los procesos de interrupción de las emociones: El rango de estos bloqueos puede ir desde la disociación hasta la evitación conductual. Tener que enfrentar aquello que causa dolor suele resultar amenazante, por esto, la importancia de aumentar la conciencia emocional sobre los procesos de interrupción, los costos y beneficios de esta. En este subproceso se ayuda a los clientes a dejar de lado las emociones secundarias (silla vacía, diálogo de dos sillas) y que están bloqueando sus emociones primarias. (Greenberg et al., 2015 y Timulak & McElvaney, 2018)
Diálogo de dos sillas (para divisiones de conflicto de autocrítica) (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020)	Esta técnica se aplica si el terapeuta identifica un conflicto de autocrítica. El cliente representa autotratamientos problemáticos para acceder a los sentimientos dolorosos centrales e identifica las necesidades, esta representación facilita la defenderse del maltrato frente a sí mismo y disminuir el dolor (Timulak & McElvaney, 2018)
Promulgación de dos sillas (para divisiones de autointerrupción) (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020)	Esta técnica se aplica si el terapeuta identifica una autointerrupción, un bloqueo que no permite expresar una fuerte emoción a otro, por culpa, vergüenza o principios interiorizados que guían la expresión de la emoción, en este escenario el cliente representa el interruptor, experimenta el costo de esta (Timulak & McElvaney, 2018)
Silla vacía (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022; y Torres et al., 2020)	Esta técnica se aplica si se presenta el marcador de asuntos pendientes, una herida emocional persistente y no resulta relacionada con otro emocionalmente significativo. Se invita al cliente a expresar su dolor al otro en un diálogo representado (Timulak & McElvaney, 2018)
Juego de roles (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018 y Torres et al., 2020)	Es una técnica en la cual se simula una situación que representa la vida real
Reflexión (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021; Maroti et al., 2021; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018; Timulak et al., 2022 y Yarns et al., 2020)	La reflexión nos ayuda a crear un nuevo significado y a desarrollar una nueva narrativa para explicar la experiencia (Greenberg et al., 2015)
Escritura reflexiva (Adler et al., 2018; Glisenti et al., 2018; Glisenti et al., 2021 y Maroti et al., 2021)	La escritura en la que se expresa la experiencia emocional, es un proceso, en el que las emociones, los sentimientos, las necesidades, la experiencia, los pensamientos y metas de diferentes partes del self son identificados, reorganizados y resignificados, el resultado de este proceso es un profundo auto conocimiento experiencial (Greenberg et al., 2015)

Nota. Elaboración propia

Los resultados analizados muestran la eficacia de las intervenciones focalizadas en la emoción, promoviendo el cambio desde la consciencia, la expresión, la regulación, la transformación y la experiencia correctiva de la emoción, en el contexto de una relación basada en la sintonización empática, estos elementos se encontraron en los catorce estudios analizados en el estado del arte a través de sus componentes, técnicas y estrategias utilizadas de la TFE. Los estudios analizados abordan la variable de ansiedad como una medida principal o secundaria y en todos los estudios se mostró una disminución de la sintomatología ansiosa a través de la Intervención Focalizada en la Emoción, lo cual implica que la emoción es un elemento prioritario para intervenir la sintomatología ansiosa.

Capítulo 3. Enfoque cognitivo conductual

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse como una forma de psicoterapia cuyo propósito consiste en resolver problemas actuales, emociones y conductas disfuncionales, tomando en cuenta el rol que juega el aprendizaje humano, así como los efectos del ambiente, las cogniciones y el lenguaje en los problemas psicológicos (Vernon & Doyle, 2018).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) es uno de los tratamientos de primera elección para numerosos trastornos mentales. La TCC es una forma de tratamiento psicológico que asume la existencia de cogniciones distorsionadas y/o conductas disfuncionales que mantienen (o causan) el malestar asociado a los trastornos mentales. En la TCC, el profesional ayuda al paciente a definir unos objetivos y le enseña a aplicar técnicas psicológicas (exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales) que contribuyan a disminuir dicho malestar. La TCC es una forma de tratamiento en general breve y tiene entre sus objetivos el cambio sintomático, aunque en la medida en que puede suprimir los síntomas del trastorno, puede ser resolutiva del mismo (y no sólo supresora de malestar). En comparación con otras formas de tratamiento psicológico, la TCC se caracteriza por ser más directiva, estar orientada a objetivos, centrarse en la modificación de cogniciones y conductas, y por utilizar frecuentemente “tareas para casa”, es decir, práctica repetida de las habilidades aprendidas (Fullana et al., 2012).

Antecedentes

La terapia cognitivo conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. La terapia de conducta (TC) hace su aparición en el escenario de los tratamientos psicológicos a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, la TCC parte de la idea de que toda la conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios

de aprendizaje. De esta forma, en lugar de indagar acerca de posibles conflictos y estructuras subyacentes, los terapeutas de conducta empezaron a centrarse en la conducta observable y el ambiente en el que se produce. Desarrollaron para este análisis el proceso de evaluación conductual, y concibieron la terapia como una actividad empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica (Díaz et al., 2012).

A partir de la segunda mitad del siglo XX, se produce lo que muchos han denominado la revolución cognitiva con el reconocimiento de los procesos internos y la posibilidad de su estudio científico. Los elementos más relevantes que han catalizado el surgimiento y expansión de la terapia cognitiva conductual (TCC) fueron: la filosofía griega, especialmente la socrática como una indagación lógica inductiva de conceptos, pensamientos y resolución de problemas y la epicúrea desde la perspectiva del disfrute de la vida con base en la búsqueda del bienestar físico y espiritual logrando la felicidad; el conductismo mediacional con Bandura y su propuesta de aprendizaje social, en la línea mediacional están los estudios de la psicología experimental y social que mostraron como la atención, memoria, percepción, entre otros procesos psicológicos median la conducta humana, y por lo tanto resulta importante y urgente investigarlos para aplicarlos en la modificación de la conducta humana; el desarrollo de la psicología clínica y su campo de intervención ante problemáticas actuales desde la verificación empírica de los tratamientos psicológicos (Becoña & Oblitas, 1997).

Desde una perspectiva más amplia Pérez (2006) aborda los antecedentes de la terapia conductual desde la distinción de tres generaciones en la historia de esta terapia:

1. La primera generación de terapia de conducta se sitúa, sin ir más lejos, en la década de 1950, la terapia de conducta así surgida tenía una especial vocación ambientalista o contextual y a la vez ideográfica, atendida a los casos individuales en la psicología del aprendizaje había dos paradigmas básicos: el condicionamiento clásico o pavloviano y el condicionamiento operante o skinneriano. En la línea del condicionamiento clásico, que responde al esquema Estímulo-Respuesta (E-R), se desarrollaron las conocidas técnicas

de desensibilización sistemática y de exposición. En la línea del condicionamiento operante, que en términos de Estímulo Respuesta sería R-E (el estímulo causalmente más relevante es el que sigue a la respuesta o conducta), se desarrollarían las técnicas operantes, esta línea terapéutica se identificaría como “análisis aplicado de la conducta”.

2. La segunda generación de la terapia de conducta se sitúa en torno a 1970, con la terapia cognitivo-conductual. La ciencia psicológica básica ya no sería sólo la psicología del aprendizaje sino también el procesamiento de la información, la terapia cognitivo conductual entiende que las cogniciones (creencias, pensamientos, expectativas, atribuciones) son las causas de los problemas emocionales y conductuales y, aún más, que cada trastorno tiene su condición por no decir déficit o disfunción cognitiva específica. Ejemplos de esta generación son la terapia racional-emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de la depresión de Beck.
3. La tercera generación de la terapia de conducta se sitúa a partir de la década de 1990, aunque no sería dada de alta hasta 2004, esta trata de situar un replanteamiento contextual de la psicología clínica (incluyendo la psicopatología, la evaluación y el tratamiento). Formulada en términos de principio terapéutico, se trata del abandono de la lucha contra los síntomas y en su lugar la reorientación de la vida.

El papel central del pensamiento

Un concepto central para la terapia cognitiva es la cognición, para Beck (2011) una cognición es cualquier ídeo o evento con contenido verbal o gráfico en la conciencia del sujeto. Por su parte los procesos cognitivos atañen al modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales y las cogniciones se basan en los esquemas que son actitudes, supuestos y creencias que influyen en la manera habitual de construirse a uno mismo y al mundo.

Ingram y Scott (1990, citados en Becoña & Oblitas, 1997) llevan a cabo un análisis de los supuestos de la terapia cognitiva conductual y enlistan siete: Los individuos reaccionan a las

representaciones cognitivas de los eventos más que a los eventos en sí mismos; el aprendizaje esta mediado cognitivamente; la cognición media la disfunción emocional y conductual, algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas, algunas formas de cognición pueden ser modificadas; si se modifica la cognición se pueden modificar patrones disfuncionales emocionales y conductuales; los cambios cognitivos y conductuales se deben integrar en la intervención.

Terapia cognitiva conductual para el TAG

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un cuadro subdiagnosticado en la práctica clínica, la duración promedio de dicha patología, previo a realizar tratamiento, es de 25 años, volviéndose un cuadro crónico, con un marcado impacto en la calidad de vida, elevado malestar y limitaciones en áreas de funcionamiento (Garay et al., 2019). Las Terapias Cognitivo Conductuales (TCC) constituyen el tratamiento de primera elección para los trastornos de ansiedad y el TAG no es una excepción (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2012).

Newman y colaboradores (2016) explican que muchos pacientes con TAG no demuestran una mejoría clínicamente significativa y duradera después de la TCC y que dichos datos han llevado a varios intentos de mejorar la TCC al enfocarse en mecanismos específicos que se cree que están relacionados con el mantenimiento de TAG, como los tratamientos enfocados en la regulación emocional, problemas interpersonales, atención plena, intolerancia a la incertidumbre, sesgo atencional y entrevista motivacional.

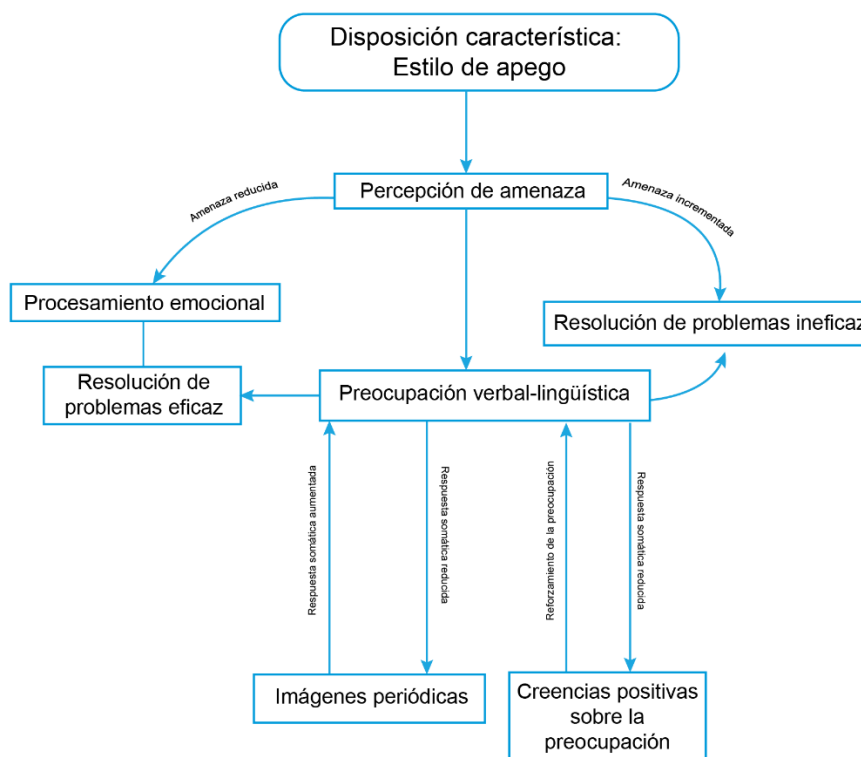
A continuación se presenta una descripción básica de los modelos de terapia cognitiva conductual, abordando seis modelos cognitivo conductuales específicos para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

El modelo de la preocupación como evitación y el TAG

Este modelo desarrollado por Thomas Borkovec (Figura 24) se basa en la teoría del miedo bifactorial y se apoya en el modelo de procesamiento emocional. Inicialmente, la preocupación fue definida como una cadena de pensamientos e imágenes, cargadas de afecto negativo y relativamente incontrolable, posteriormente, este modelo caracterizó a la preocupación como una actividad lingüística verbal cuya función es la evitación de imágenes mentales vívidas, que resulta reforzada negativamente al prevenir la activación somática y emocional negativa. Esta inhibición de la experiencia somática y emocional impide el procesamiento de la emoción y la exposición al espectro completo de señales del miedo y su significado, que serían necesarios para lograr una exitosa habituación y consecuente extinción (Behar et al., 2011 y Pérez y Graña, 2019).

Figura 24

Modelo de evitación de la preocupación (MEP) para TAG



Fuente: Elaboración con base en Behar et al. (2011) y Pérez y Graña (2019)

Borkovec y colaboradores (2004 citado en Garay et al., 2019) diseñaron un tratamiento cognitivo-conductual para el TAG basado en los siguientes componentes: a) técnicas de automonitorización de situaciones externas, pensamientos, sentimientos, reacciones fisiológicas y conductas disfuncionales; b) técnicas de relajación (relajación muscular progresiva, respiración diafragmática e imaginería agradable); c) desensibilización autocontrolada para lograr un afrontamiento adaptativo; d) control gradual de estímulos (por ejemplo, establecimiento de un tiempo y lugar específico para preocuparse); e) reestructuración cognitiva dirigida a aumentar la flexibilidad de los pensamientos y el acceso a múltiples perspectivas; f) registro diario de preocupaciones, a fin de supervisar las inquietudes específicas, los resultados temidos y reales de esas preocupaciones; g) promoción de la atención dirigida al momento presente; h) liberación del “vivir expectante”.

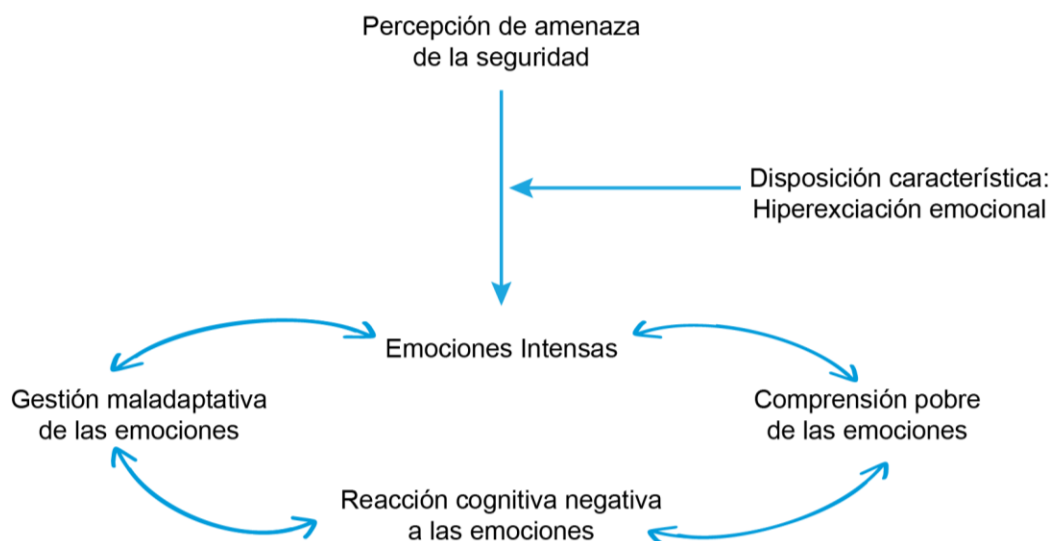
El modelo de desregulación de la emoción

El modelo de desregulación de la emoción (MDE) según Behar y colaboradores (2011) se basa en la literatura sobre la teoría de la emoción y la regulación de los estados emocionales en general, este modelo se compone de cuatro componentes centrales: el primer componente afirma que los individuos con TAG experimentan una hiperexcitación emocional o emociones que son más intensas que las de la mayoría de las personas. Esto compete tanto a los estados emocionales positivos como negativos, pero particularmente a los negativos; segundo, los individuos con TAG tienen una menor comprensión de sus emociones que la mayoría de las personas; tercero, tienen actitudes más negativas acerca de las emociones (por ejemplo; la percepción de que las emociones son amenazantes) que los demás; finalmente, evidencian una regulación de la emoción maladaptativa y estrategias de manejo que les dejan potencialmente en estados emocionales que son incluso peores que aquellos que inicialmente pretendían regular. En este modelo la preocupación juega un papel fundamental como una estrategia ineficaz para afrontar las emociones, según este las sucesiones de eventos se pueden producir

en la dirección opuesta (es decir, estrategias de regulación de emociones maladaptativas conducen a una emoción negativa incrementada), dando lugar así a un ciclo bidireccional de desregulación emocional y afecto negativo (la Figura 25 presenta una representación visual de este modelo).

Figura 25

Modelo de Desregulación de la Emoción (MDE) para TAG



Fuente: Elaboración con base en Behar et al. (2011)

Según dicho modelo, los individuos con TAG evidencian déficits significativos en la modulación de la experiencia y/o expresión de las emociones, utilizando estrategias desadaptativas de manejo emocional, como la preocupación, que en lugar de funcionar como moduladora, empeora los estados emocionales. Al considerar que estos pacientes poseen una elevada sensibilidad emocional, dificultad para comprender emociones intensas y bajas habilidades para regularlas, la experimentación de éstas es percibida como sumamente aversiva, lo cual conduce a una necesidad imperiosa de controlarlas (Mennin et al. 2005 citados en Garay et al., 2019).

Hofmann y colaboradores (2012) explican que el modelo asume que un evento desencadenante, junto con una predisposición o susceptibilidad orgánica (diátesis) existente, conduce a un afecto negativo o positivo, según el estilo afectivo de la persona. Los tres principales estilos afectivos incluyen ocultar, ajustar y tolerar, y aunque los estudios experimentales han demostrado que estos estilos tienen diferentes efectos sobre la respuesta psicofisiológica no queda claro si estos estilos pueden considerarse independientes, pero parece que, la naturaleza del evento y las demandas situacionales son las que determinan la adaptabilidad de estos estilos.

En otras palabras, Deleurme (2022) explica que el modelo de desregulación emocional (MDE) se concentra en las creencias sobre las emociones y la desregulación emocional, específicamente, este modelo sugiere que las personas con TAG experimentan emociones con mayor intensidad, son incapaces de distinguirlas y carecen de estrategias para regularlas. Este autor enfatiza que la desregulación lleva al individuo a desarrollar creencias negativas sobre sus emociones y miedo a sus emociones, lo que se refiere a la aprensión tanto de perder el control sobre las propias emociones como de la propia reacción al experimentar emociones intensas, el miedo a las emociones abarca una variedad de emociones y el MDE argumenta que el miedo a las emociones en general contribuye al TAG y que debido al miedo a las experiencias emocionales, las personas con TAG intentan evitar sus emociones a través de la preocupación. Sin embargo, el refuerzo negativo de la preocupación contribuye a un ciclo continuo de experiencias emocionales intensas, ansiedad por las emociones y preocupación continua para controlar la ansiedad, que mantiene la desregulación emocional. Además, investigaciones anteriores han demostrado que las creencias negativas sobre el miedo, la depresión, la ira y las emociones positivas se correlacionan con la preocupación y los síntomas del TAG. La relación entre el miedo a las emociones y el TAG es consistente en la investigación y se ha relacionado previamente con la evitación de experiencias emocionales.

El tratamiento basado en el MDE propone intervenciones dirigidas a la apertura, el conocimiento, la aceptación y la expresión emocional, desde este enfoque según Garay y colaboradores (2019) el objetivo es que disminuya la necesidad de recurrir a la preocupación como modo de afrontamiento emocional, brindando herramientas para regular las emociones en forma adaptativa hacia la toma de decisiones, mejorando así no sólo los síntomas del trastorno sino también las relaciones interpersonales y la calidad de vida. El MDE integra componentes clásicos de la TCC con intervenciones enfocadas en la regulación y la evitación emocional. Se compone de cuatro fases: 1) una primera en donde se realiza la psicoeducación sobre el TAG (sobre el rol de la preocupación como proceso funcional y las emociones), y se propone el registro y automonitoreo de episodios de preocupación; 2) continúa con la identificación de factores de mantenimiento como la evitación (preocupación) y búsqueda de reaseguro (contrato entre dos compañías aseguradoras mediante el cual una de ellas cede a la otra parte de un riesgo o conjunto de riesgos.); en esta fase, los pacientes comienzan a tener mayor conciencia de sus cambios somáticos, así como mayor comprensión de las emociones y su regulación; 3) puesta en juego de las habilidades trabajadas en la fase anterior durante ejercicios de exposición que involucren a los temores principales, con el fin de favorecer la aceptación de la experiencia emocional y fomentar estrategias reguladoras de la emoción que den curso a la acción; 4) revisión de logros y prevención de recaídas.

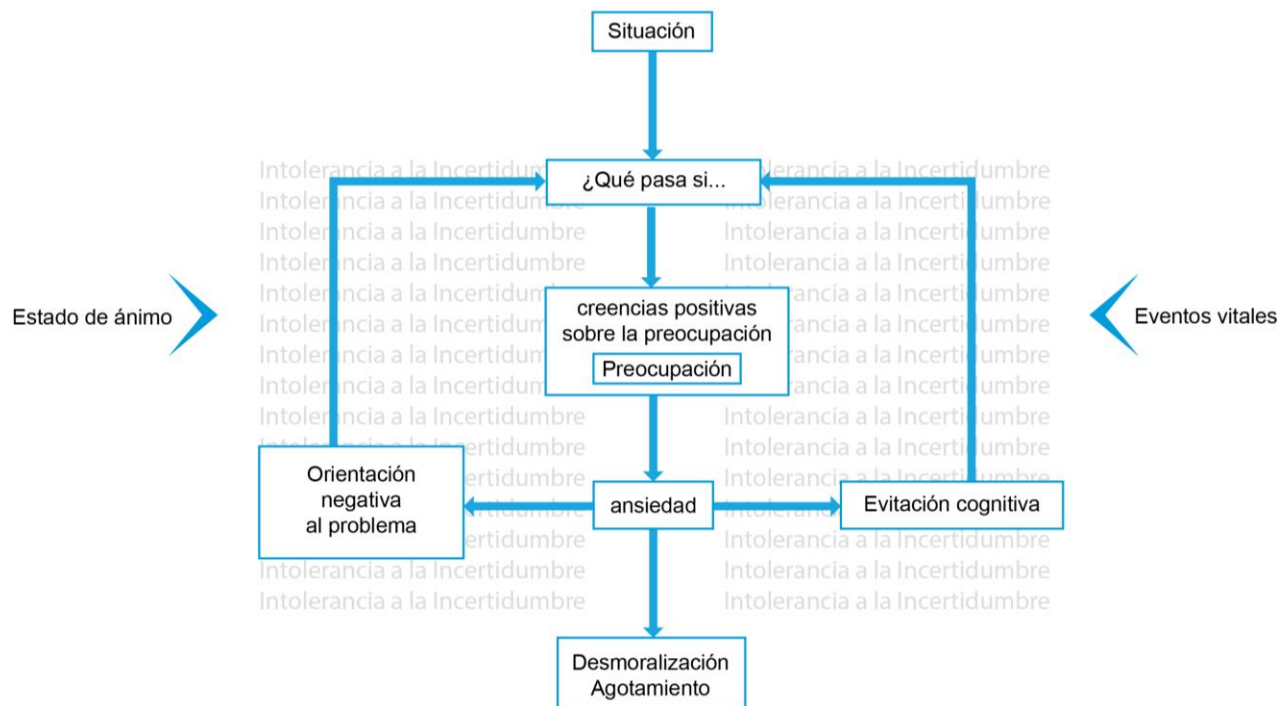
El modelo de la intolerancia a la incertidumbre

Según Behar y colaboradores (2011) en el modelo de intolerancia a la incertidumbre (MII) los individuos con TAG encuentran las situaciones de incertidumbre o ambigüedad como “estresantes y molestas”, y experimentan preocupación crónica en respuesta a esas situaciones (Figura 26). Estos individuos creen que la preocupación les ayuda a afrontar más eficazmente los acontecimientos temidos o para prevenir que se produzcan esos acontecimientos, esta preocupación, conjuntamente con los sentimientos de ansiedad que la acompañan conduce a

una orientación negativa al problema y a la evitación cognitiva, los cuales a su vez sirven ambos para mantener la preocupación. Concretamente, los individuos que experimentan una orientación negativa al problema (1) tiene falta de confianza en su capacidad para resolver problemas, (2) perciben los problemas como amenazas, (3) se frustran fácilmente cuando se enfrentan a un problema y (4) son pesimistas acerca del resultado de los esfuerzos para resolver el problema. Desde esta perspectiva, la intolerancia a la incertidumbre activa la cadena de preocupación, orientación negativa al problema, la evitación cognitiva y para argumentar que la intolerancia a la incertidumbre también afecta directamente a los problemas de orientación y al grado de evitación cognitiva del individuo.

Figura 26

Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII) para TAG



Fuente: Elaboración con base en Dugas y Robichaud (2007) citado en Behar et al. (2011) y Pérez y Graña (2019)

Al respecto Dugas y Robichaud (2007 citados en Garay et al., 2019) postulan que los pacientes con TAG presentan una particular vulnerabilidad a aquellas situaciones de incertidumbre, esta característica llevaría a que interpreten de manera catastrófica situaciones de mayor ambigüedad, significándolas negativamente como indeseables o peligrosas. De esta manera, diferentes situaciones o el mismo malestar que generan esas interpretaciones (disparadores internos o externos) funcionan como gatillo permanente de preocupaciones o preguntas del tipo ¿Y si...? Los autores plantean que la preocupación, generada a partir de estas situaciones ambiguas, sería considerada por los pacientes como un modo eficaz de afrontamiento o prevención de los acontecimientos temidos. La intolerancia a la incertidumbre funciona entonces como factor desencadenante y, al mismo tiempo, como factor de mantenimiento; al resaltar la actitud negativa hacia los problemas y la evitación cognitiva como modo principal de afrontamiento de los pacientes con TAG, el tratamiento que proponen va a hacer foco en que los sujetos acepten la incertidumbre como parte de la vida diaria. El objetivo principal del tratamiento es que los pacientes puedan identificar, por ejemplo, aquellos aspectos en donde la incertidumbre sí es tolerada y comenzar a incrementar dicha tolerancia progresivamente. Los componentes específicos del tratamiento incluyen: 1) automonitoreo de las preocupaciones; 2) psicoeducación respecto de la tolerancia a la incertidumbre como parte de la existencia; 3) evaluación acerca de las creencias sobre la preocupación; 4) entrenamiento en resolución de problemas; 5) procesamiento de los miedos básicos del paciente.

El modelo metacognitivo

El estudio de las metacogniciones se ha desarrollado en diversos campos de la psicología contemporánea, ya sea desde el área educacional, como en la psicología del desarrollo e incluso en el ámbito clínico. El interés por las creencias metacognitivas en el campo de la psicopatología creció para intentar comprender qué tipo de creencias sostienen los pacientes sobre sus propios pensamientos y formas de interpretar la realidad, al respecto, Adrian Wells identificó que las

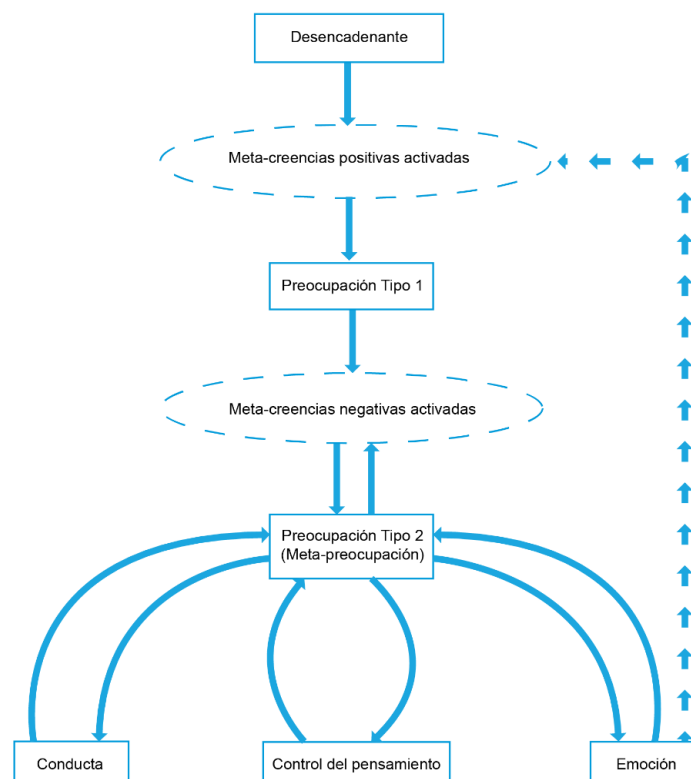
metacogniciones juegan un rol protagónico en el mantenimiento de las preocupaciones patológicas propias del TAG. Las personas con dicho trastorno sostienen “preocupaciones acerca de las preocupaciones”, es decir que una creencia metacognitiva lleva a utilizar la preocupación como un modo de lidiar con el malestar (Garay et al., 2019).

Behar y colaboradores (2011) enfatizan que el Modelo Metacognitivo (MMC) de TAG propuesto por Wells postula que los individuos con TAG experimentan dos tipos de preocupación (Figura 27). Cuando los individuos se enfrentan inicialmente con una situación de provocación de ansiedad, se generan creencias positivas acerca de la preocupación, este proceso es conocido como Preocupación Tipo 1, la que Wells define como una preocupación de acontecimientos no cognitivos tales como situaciones externas o síntomas físicos (Wells, 2005 citado en Behar et al., 2011). La Preocupación Tipo 1 estimula inicialmente una respuesta de ansiedad pero más tarde puede incrementar o reducir la ansiedad dependiendo de si el problema que ha estimulado la preocupación se ha resuelto; durante el curso de la Preocupación Tipo 1, se activan las creencias negativas acerca de la preocupación. Los individuos con TAG empiezan por preocuparse acerca de su Preocupación tipo 1; ellos temen que la preocupación sea incontrolable o que incluso puede ser inherentemente peligrosa; este “preocuparse por la preocupación” (es decir, meta-preocupación) es llamado por Wells: Preocupación Tipo 2. Según el MMC, son las creencias negativas acerca de la preocupación y la Preocupación Tipo 2 resultante las que distinguen a los individuos con TAG de los preocupados no clínicos. Se ha postulado la hipótesis de que la Preocupación Tipo 2 se asocia con un conjunto de estrategias ineficaces dirigidas a evitar la preocupación por medio de intentos de controlar comportamientos, pensamientos, y/o emociones. La participación en estas ineficaces estrategias de afrontamiento excluye la experiencia de eventos que podrían proporcionar evidencia para refutar la creencia de que la preocupación es peligrosa e incontrolable. Además, los grandes esfuerzos usados por aquellos con TAG para controlar sus pensamientos (supresión de pensamiento, distracción, etc.) son a menudo infructuosos. Como resultado, pueden perder confianza en sus habilidades para

controlar sus preocupaciones, sirviendo, por último, para reforzar la creencia de que la preocupación es incontrolable y peligrosa. Finalmente, la Preocupación Tipo 2 conduce a un incremento de los síntomas de ansiedad, que pueden cumplir entonces una función de mantenimiento si los individuos interpretan estos síntomas de ansiedad como signos de que su preocupación es peligrosa o incontrolable.

Figura 27

Modelo Metacognitivo (MMC) para TAG



Nota: Elaboración con base en Wells (1997) adaptado por Behar et al. (2011) y Pérez y Graña (2019)

Al respecto Deleurme y colaboradores (2022) explica que este modelo se enfoca en cómo las metacogniciones, los pensamientos que un individuo tiene hacia sus propios pensamientos y procesos de pensamiento, juegan un papel en el TAG. Dentro del MCM, se cree que tanto las creencias positivas sobre la preocupación (es decir, creer que la preocupación es beneficiosa)

como las creencias negativas sobre la preocupación (es decir, creer que la preocupación es incontrolable y peligrosa) contribuyen al desarrollo y mantenimiento del TAG. Sin embargo, son las creencias negativas sobre la preocupación y la metapreocupación resultante las que se consideran más críticas para el TAG. Las personas con creencias negativas sobre la preocupación piensan mucho en sus pensamientos preocupantes y creen que no pueden ignorar ni controlar sus pensamientos preocupantes. Estas creencias negativas sobre el pensamiento de uno son clave para diferenciar entre individuos que se preocupan crónicamente sin experimentar síntomas significativos de TAG de individuos con síntomas significativos de TAG. Este autor afirma que algunos estudios también han encontrado que las creencias positivas sobre la preocupación contribuyen de forma independiente a la preocupación y los síntomas del TAG, incluso cuando se tienen en cuenta las creencias negativas sobre la preocupación y que también se ha demostrado que la creencia metacognitiva negativa de que uno debe tener el control de sus pensamientos en todo momento media la relación entre la preocupación crónica y los síntomas del TAG junto con las creencias negativas sobre la preocupación, esta creencia sobre la preocupación se centra en la creencia de que uno necesita controlar siempre y monitorear constantemente sus pensamientos.

Finalmente Garay y colaboradores (2019), sintetizan que el modelo metacognitivo postula que las creencias positivas y negativas sobre la preocupación desempeñan una función clave en el proceso disfuncional que lleva al individuo a la preocupación excesiva y al TAG y que esta terapia tiene como objetivo identificar las creencias metacognitivas responsables de sostener la preocupación para desactivarlas y lograr que los pacientes abandonen dicha estrategia. Las etapas del tratamiento se presentan en la siguiente secuencia: 1) conceptualización metacognitiva del caso; 2) psicoeducación del TAG; 3) socialización del modelo metacognitivo; 4) desafío de las creencias metacognitivas sobre la incontrolabilidad de las preocupaciones; 5) cuestionamiento de las creencias metacognitivas sobre el peligro de preocuparse; 6) cuestionamiento de las creencias metacognitivas positivas sobre la utilidad de preocuparse; 7)

entrenamiento en mindfulness desapegado; 8) experimentos conductuales para cuestionar la utilidad y/o peligro de la preocupación; 9) diseño y prueba de nuevas acciones de afrontamiento; 10) prevención de recaídas.

La terapia conductual basada en la aceptación

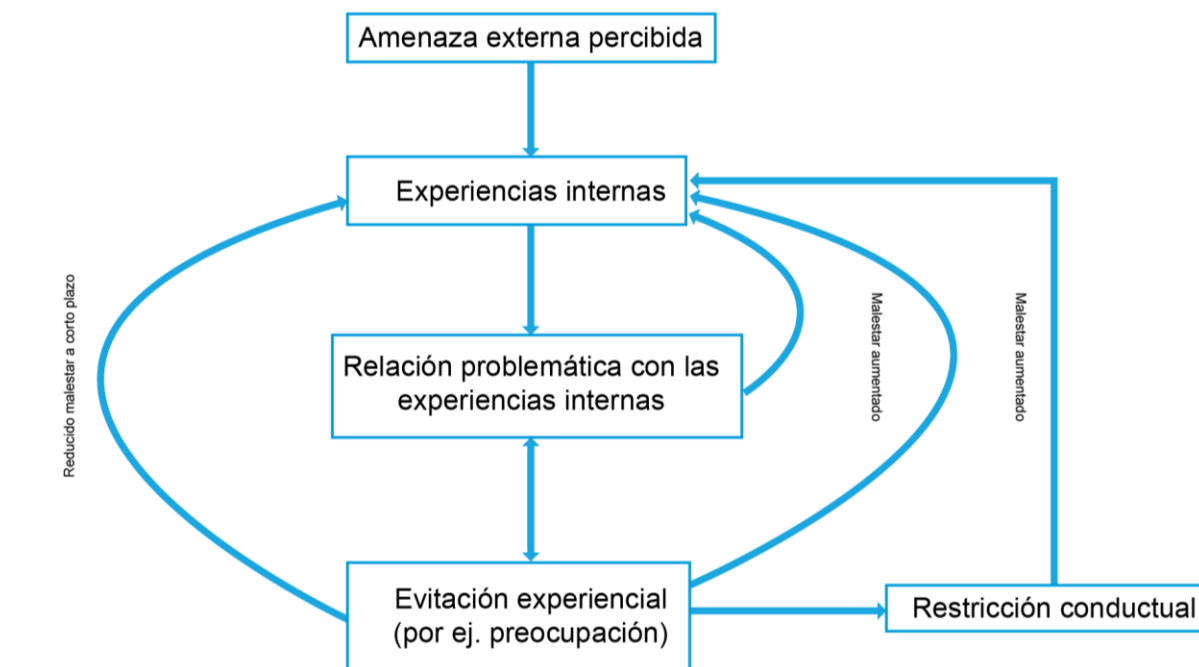
El modelo de la terapia conductual basada en la aceptación de Roemer y Orsillo (2005 citados en Garay et al., 2019) integra el modelo de la preocupación de Borkovec con los desarrollos del mecanismo de evitación experiencial planteados por la terapia de aceptación y compromiso de Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, e incluye aspectos del MDE acerca de las dificultades en el uso adaptativo de las emociones en el TAG. Este modelo básicamente plantea que la preocupación funciona como evitación de las experiencias internas percibidas como amenazantes o negativas, como consecuencia, se produce una restricción de acciones valoradas o actividades significativas.

De acuerdo con Roemer y Orsillo (2009 citados en Pérez & Graña, 2019) el MBA implica cuatro componentes: (a) experiencias internas, (b) una relación problemática con las experiencias internas, (c) evitación experiencial y (d) restricción conductual. Según este modelo una relación problemática con experiencias internas (pensamientos, sentimientos o sensaciones corporales) se compone de dos aspectos específicos, a saber, (1) reacción negativa a experiencias internas y (2) fusión con experiencias internas. En cuanto a los componentes o elementos (Figura 28): El *primer aspecto*, reacción negativa a experiencias internas, implica cualquier pensamiento negativo o meta-emociones que puede surgir cuando un individuo tiene una experiencia interna, cuando ocurre esto, los individuos experimentan dificultades de monitorización, aceptación e interpretación de las emociones; el *segundo problema*, fusión con experiencias internas, implica llegar a estar enredado o “fundido” con la reacción negativa o las experiencias internas, en otras palabras, la fusión con experiencias internas es una creencia de que estas reacciones negativas transitorias a las experiencias internas son permanentes y por

tanto una característica definitoria del individuo; el *tercer componente* de este modelo, evitación experiencial, se define como evitación activa y/o automática de las experiencias internas percibidas como amenazantes o si no como negativas y; el *componente final* de este modelo, restricción conductual, es la reducción de la implicación en acciones valoradas o en actividades que el individuo encuentra significativas. La restricción conductual se desarrolla a medida que los individuos con TAG llegan a ser más experiencialmente evitadores de sus experiencias internas, a menudo generalizan esa evitación a otras actividades de sus vidas que son valiosas, tales como pasar tiempo con sus familias. Una consecuencia de la restricción conductual puede ser la reducción de la conciencia del momento presente, lo que puede limitar la conciencia que experimentan los individuos con TAG cuando se involucran realmente en acciones valoradas. Esto ocasiona un aumento de la angustia que puede disparar más experiencias negativas internas, perpetuando de este modo el ciclo.

Figura 28

Modelo Basado en la Aceptación (MBA) para TAG



Fuente: Roemer y Orsillo adaptado por Behar et al. (2011) y Pérez y Graña (2019)

La terapia conductual basada en aceptación (MBA) es un tratamiento psicológico que enseña habilidades de atención plena para ayudar a las personas a aceptar su ansiedad y comprometerse a vivir de acuerdo con los valores personales. El objetivo principal de MBA no es eliminar los síntomas de ansiedad, sino mejorar la flexibilidad psicológica, que se refiere a la capacidad de una persona para contactar con el momento presente más plenamente como un ser humano consciente y participar en acciones basadas en valores. Esto se logra en la terapia al enfocarse en 6 procesos centrales de cambio: aceptación, contacto con el momento presente, difusión cognitiva, yo como contexto, valores y acción comprometida. Aunque la reducción de los síntomas de ansiedad no es el enfoque principal de MBA, se ha acumulado evidencia sustancial que muestra que puede reducir significativamente los síntomas de ansiedad y poner los trastornos de ansiedad en remisión (Kelson et al., 2019).

Roemer y Orsillo (2005 citados en Garay et al., 2019) proponen un tratamiento que promueve la aceptación experiencial, como forma de hacer frente al mecanismo de evitación, el objetivo del tratamiento es que los pacientes logren una mayor aceptación de la experiencia presente, a la vez que incrementen el repertorio de acciones valoradas, este tratamiento incluye tres componentes: 1) psicoeducación sobre el modelo, haciendo hincapié en el rol de la preocupación como una estrategia evitativa que impide la implicación en conductas valoradas; 2) ejercicios de atención y aceptación; 3) cambio de conducta y acciones valoradas.

El modelo de evitación del contraste emocional del TAG

Llera y Newman (2014) presentan el modelo de evitación de contraste explicando que este se basa en parte en la investigación cognitiva temprana sobre contrastes afectivos, la cual indicó que la percepción de un estímulo podría ser moderada por su estado precedente, de modo que un estímulo desagradable se percibía como aún más desagradable si seguía a un estímulo positivo, y menos desagradable si estaba precedido por algo más nocivo. Tomando como referencia del TAG los datos muestran hiperreactividad emocional y dificultades de modulación,

por esto las personas con TAG son más agudamente sensibles a los contrastes emocionales negativos que las personas no ansiosas y, por lo tanto, pueden preferir mantener un estado crónicamente negativo como defensa emocional protectora contra cualquier posible evento negativo futuro. Además, este comportamiento también podría facilitar contrastes emocionales positivos, de modo que una persona puede sentir una gran sensación de alivio si los eventos negativos anticipados no ocurren o los eventos conducen a resultados positivos. Ambos casos darían lugar a un refuerzo negativo de la preocupación para las personas con TAG.

El modelo de evitación de contraste (Llera & Newman, 2011) propone que las personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) son hipersensibles a los cambios ascendentes bruscos en las emociones negativas que normalmente acompañan a los eventos negativos, y utilizan la preocupación para mantener una negatividad intrapersonal sostenida en un intento de evitar estos cambios. En otras palabras, la preocupación aumenta la emocionalidad negativa y silencia la reactividad emocional adicional a un factor estresante en comparación con el período de preocupación, esto sugiere que el tratamiento debe centrarse en los patrones de evitación subyacentes antes de intentar reducir el comportamiento de preocupación. Finalmente, el modelo de evitación de contraste enfatiza que el mecanismo empleado es reclutar, en lugar de evitar, la excitación emocional negativa a través de la preocupación para evitar contrastes emocionales negativos.

Newman y Llera (2011, citados en Garay et al., 2019) consideran también que la preocupación es una estrategia de evitación, al igual que lo plantea el modelo de Borkovec, sin embargo, postulan que las personas con TAG usan la preocupación para evitar la experiencia del contraste emocional negativo. Como otros investigadores, consideran que la preocupación, en lugar de evitar las emociones negativas, las prolonga. La teoría postula que el impacto de una experiencia emocional depende de modo contingente del grado de contraste que presente con un estado emocional previo. Las personas con TAG desarrollan una reacción de aversión fuerte y una extrema sensibilidad a los contrastes emocionales negativos para no encontrarse

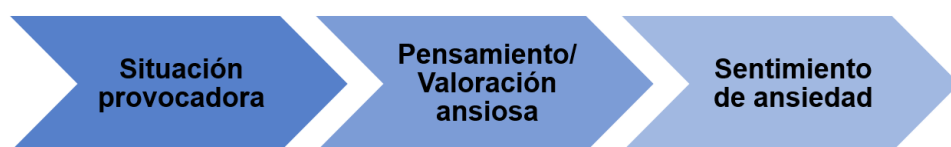
vulnerables a la experiencia del contraste, por esto, las personas con TAG prefieren estar estresados o con malestar a estar relajados o calmos. En pocas palabras, al estar preparado para lo malo, me alegro más cuando pasa algo bueno o cuando lo malo no ocurre. Dentro de esta teoría, el tratamiento se basa en la exposición al contraste, la cual se dirige a inducir fuertes emociones a través de la exposición a imaginación sobre los resultados que seguirían a una relajación continua. Se busca enseñar a los pacientes a tolerar los cambios emocionales, los autores proponen identificar los miedos centrales en el TAG, lo cual implicaría que la exposición sea tan efectiva como en otros trastornos de ansiedad. La evidencia sugiere que el miedo y la evitación del contraste emocional negativo sería uno de esos miedos centrales, por lo tanto, la exposición gradual al contraste emocional negativo podría ser especialmente efectiva.

Terapia cognitiva conductual modelo cognitivo para TAG

En la terapia cognitiva para la ansiedad Clark y Beck (2010) enfatizan que a los clientes se les enseña una máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Esta sencilla afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los individuos muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado de ánimo. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por qué quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto, tal y como se indica en la siguiente figura:

Figura 29

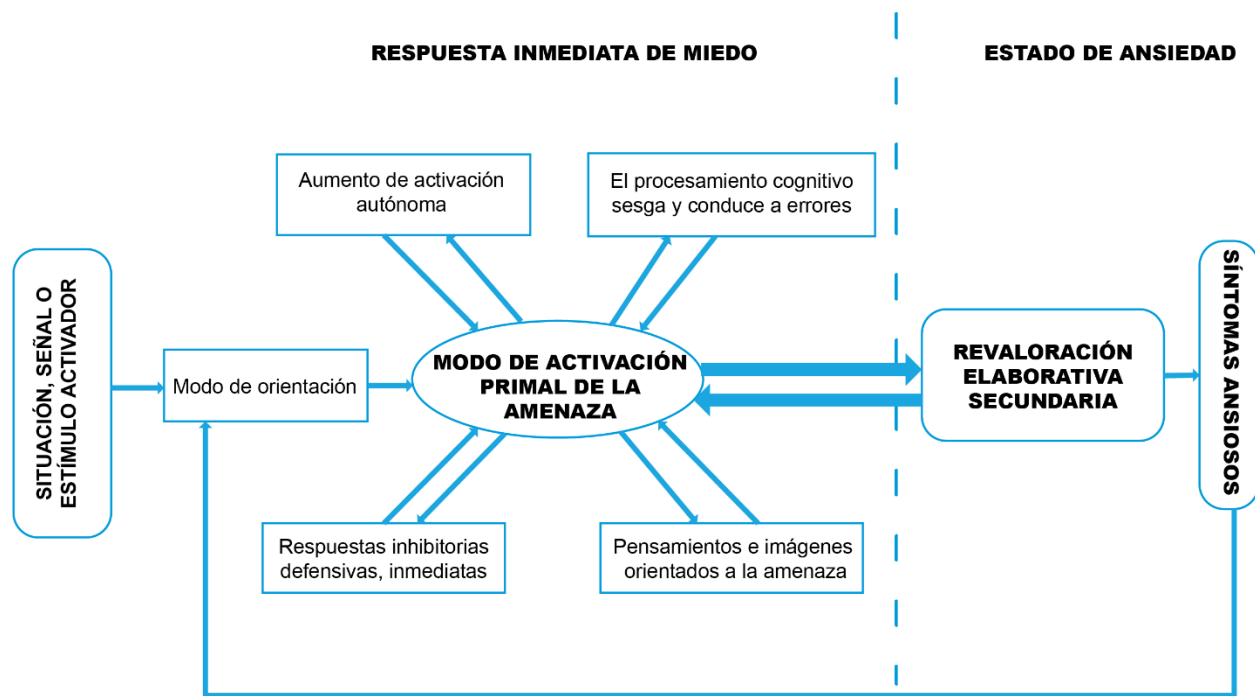
Función mediadora de la cognición de la TCC



Los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad. Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, ansiosos o tranquilos. La perspectiva cognitiva puede ayudarnos a entender algunas contradicciones visibles en los trastornos de ansiedad como se muestra en la siguiente Figura:

Figura 30

Modelo cognitivo de la ansiedad



Fuente: Clark y Beck, 2010

David Clark y Aaron Beck (2010 citados en Garay et al., 2019) toman el modelo de terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad para desarrollar el tratamiento específico para el TAG. Asimismo, integran muchos de los desarrollos de Thomas Borkovec y el modelo de la preocupación como evitación, Adrian Wells con su modelo metacognitivo y Michael Dugas con

su modelo de la intolerancia a la incertidumbre, y, como ellos, consideran a la preocupación como una estrategia de evitación desadaptativa, autoperpetuante y mantenedora de la ansiedad.

Desde este modelo, la preocupación aumenta una interpretación sesgada de la amenaza anticipada, genera una falsa sensación de control, previsibilidad y certeza, garantiza la atribución errónea de la no ocurrencia del resultado temido al proceso de preocupación y culmina en intentos frustrantes de establecer un sentido de seguridad (Clark & Beck, 2010).

La terapia cognitiva de Clark y Beck (2010) presenta distintas fases: La primera es la “fase evocativa”, en la cual plantean que la preocupación refleja las circunstancias vitales, objetivos y preocupaciones personales del individuo. Los pensamientos intrusivos y automáticos conllevan amenaza incierta y desempeñan un rol crítico en el origen del proceso de preocupación al activar los esquemas maladaptativos de amenaza y vulnerabilidad; la segunda fase es la de “procesamiento automático”, compuesta por tres procesos: activación esquemática, sesgo atencional de amenaza y sesgo de interpretación de la amenaza. Los cuatro tipos de esquemas en el primero de estos procesos son: amenaza general, vulnerabilidad personal, intolerancia a la incertidumbre, metacognición de la preocupación; finalmente, la tercera es la “fase elaborativa de pensamiento”, en la cual se centra el tratamiento, ya que desde allí se interviene y en este punto, incluyen el concepto de “meta-preocupación” desarrollado por Wells.

Los componentes del tratamiento son: 1) formación sobre la perspectiva cognitiva de la preocupación; 2) distinción entre preocupación productiva e improductiva; 3) reestructuración cognitiva y puesta a prueba de hipótesis empíricas de las valoraciones y creencias sesgadas de la preocupación; 4) inducción de la preocupación y decatastrofización; 5) expresión repetida de la preocupación con prevención de respuesta de las estrategias de control inefectivo de la preocupación; 6) procesamiento intencionado autodirigido de las señales de seguridad; 7) inoculación al riesgo y a la incertidumbre; 8) entrenamiento en resolución constructiva de problemas; 9) procesamiento elaborativo del presente; 10) entrenamiento en relajación (opcional).

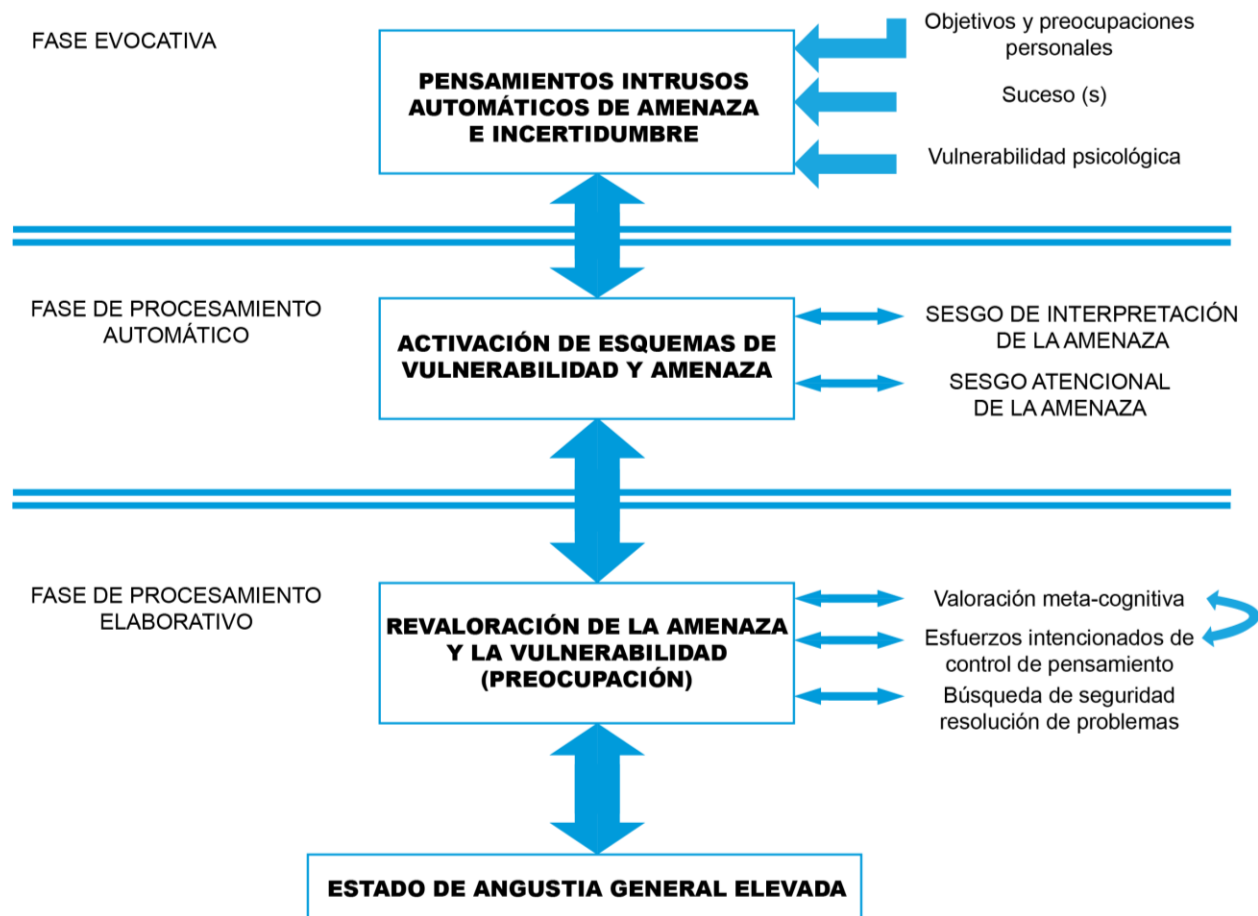
El objetivo general de la terapia cognitiva en el tratamiento del TAG según Beck y Clark (2010) es reducir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de ansiedad, lo que lleva a una reducción correspondiente en el número de pensamientos ansiosos automáticos e intrusivos y en la ansiedad total. Esto se puede lograr cambiando juicios y creencias generalizadas, así como estrategias de control desadaptativas que causan ansiedad crónica. Una prueba exitosa de terapia cognitiva transformaría la ansiedad de una estrategia de evitación patológica en un proceso más controlado, orientado a los problemas y constructivo en el que la persona que se preocupa se vuelve tolerante y está más dispuesta a aceptar el riesgo y la incertidumbre.

Modelo cognitivo del TAG de Clark y Beck (2010)

En la Figura 31 se presenta el modelo cognitivo específico para TAG de Clark y Beck (2010) este modelo está basado en un modelo cognitivo genérico, en las consideraciones teóricas cognitivas y la integración de los resultados y avances de otros investigadores sobre la base cognitiva de la ansiedad generalizada y de la preocupación; el modelo de evitación de la preocupación (MEP) del TAG (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004 citados en Garay et al., 2019); el modelo Metacognitivo (Wells Adrian, 1997 citado en Garay et al., 2019) y el modelo de intolerancia a la incertidumbre (MII) (Dugas et al., 1998; Dugas y Robichaud, 2007 citados en Garay et al., 2019).

Figura 31

Modelo cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada



Fuente: Clark y Beck (2010)

A continuación se presenta cada una de las fases de este modelo:

Fase evocativa.

El modelo cognitivo del TAG comienza con la afirmación de que las preocupaciones sobre el TAG no surgen en el vacío, sino que reflejan las circunstancias de la vida, los objetivos y las preocupaciones personales del individuo. Las perspectivas cognitivas sobre la personalidad han reconocido desde hace mucho tiempo que el comportamiento individual está determinado por la

interacción entre las experiencias o situaciones de la vida cotidiana, el contenido del esquema y las metas personales (Clark & Beck, 2010).

En el modelo de Clark y Beck (2010) se propone que los objetivos, valores o intereses personales de los individuos, así como el contexto de su experiencia cotidiana desempeñan un papel importante en la provocación de la preocupación. De este modo, las tareas vitales, intereses presentes o esfuerzos personales pueden convertirse en un catalizador importante de la preocupación en el individuo vulnerable. Adicionalmente, se enfatiza que los esquemas persistentes de indefensión y amenaza constituyen la base de la predisposición a la ansiedad generalizada y a la preocupación crónica.

La interacción de estos esquemas prepotentes o vulnerabilidad de personalidad con tareas vitales particulares de ese momento puede provocar pensamientos o imágenes intrusas relevantes para la amenaza. Los *pensamientos intrusos* son cualquier evento cognitivo identificable y distinto que sea indeseado, no-intencionado y recurrente que interrumpe el flujo del pensamiento, interfieren con la ejecución de la tarea, se asocia con el afecto negativo y es difícil de controlar. En el presente contexto, los pensamientos intrusos orientados al futuro que conllevan algo de amenaza incierta sobre el logro de los objetivos o tareas vitales que se persiguen (es decir, pensamientos ansiosos automáticos), pueden provocar ansiedad y, en algún momento, originar un proceso de preocupación.

La intolerancia a la incertidumbre se hace inmediatamente aparente en el TAG, y por consiguiente la incertidumbre se refleja en los pensamientos intrusos ansiosos automáticos del TAG. En el modelo de Clark y Beck (2010), se propone que los pensamientos intrusos ansiosos automáticos que conllevan amenaza incierta desempeñan un rol crítico en el origen del proceso de preocupación activando los esquemas maladaptativos de amenaza y vulnerabilidad que caracterizan al TAG.

La preocupación.

La experiencia de la preocupación se deriva de la producción de pensamientos e imágenes sobre la anticipación exagerada de posibles resultados negativos. Es un componente importante de la ansiedad y puede considerarse como el componente cognitivo de la ansiedad. La preocupación es predominantemente un fenómeno verbal-lingüístico que puede servir a una función de afrontamiento evitativa mediante la supresión de las respuestas somáticas y emocionales negativas ante señales de amenaza internamente representadas (Borkovec, 1994 y Sibrava y Borkovec, 2006 citados en Clark & Beck, 2010).

Una de las consecuencias de la preocupación es su capacidad para generar o mantener la ansiedad en ausencia de una amenaza externa mediante pensamientos e imágenes perpetuas de amenazas y peligros inexistentes anticipados en el futuro (Borkovec, 1985 citado por Clark & Beck, 2010). De este modo, la preocupación es un elemento contribuyente a la etiología y al mantenimiento de la ansiedad. Mathews (1990 citado por Clark & Beck, 2010) sugiere que la preocupación contribuye a la persistencia de la ansiedad elevada manteniendo altos niveles de vigilancia ante el peligro personal. La preocupación dispone de una cualidad autoperpetuante porque funciona como refuerzo positivo creando la ilusión de certeza, previsión y control de la amenaza o peligro anticipado (Barlow, 2002 citado en Clark & Beck, 2010).

La preocupación crónica y excesiva es una característica importante del TAG y su vulnerabilidad. Es una estrategia de evitación cognitiva, maladaptativa y autoperpetuante que contribuye a la persistencia de la ansiedad (1) magnificando una interpretación sesgada de la amenaza anticipada; (2) generando una falsa sensación de control, previsión y certidumbre; (3) garantizando la atribución errónea de que no ocurra el resultado temido al proceso de preocupación y (4) culminando en los intentos frustrados de establecer una sensación de seguridad (Clark & Beck, 2010).

Fase de procesamiento automático.

El procesamiento automático de la información de amenaza ocurre en los individuos con TAG atienden selectivamente a estímulos amenazantes durante la fase de codificación y extraen interpretaciones sesgadas de amenaza cuando se les presenta información ambigua. En la Figura 31 Clark y Beck (2010) se proponen tres elementos críticos para el procesamiento automático de la amenaza. El primero es la activación de un agrupamiento de esquemas relevantes para el TAG, en el que los pensamientos intrusos de incertidumbre son tanto la causa como la consecuencia de la activación de los esquemas de amenaza. El segundo son los sesgos atencionales automáticos para la amenaza relacionados con la activación esquemática y el tercero lo constituyen los sesgos de interpretación de la amenaza el cual es un sesgo selectivo, no-intencionado y rápido para interpretar la información ambigua personalmente relevante de una manera amenazante, por esto, los sesgos de procesamiento automático asociados con la activación de esquemas del TAG provocan una respuesta de procesamiento más elaborativa y más lenta para amortiguar el modo hipervigilante de amenaza.

Esquemas cognitivos disfuncionales del TAG.

El modelo cognitivo de Clark y Beck (2010) propone cuatro tipos de esquemas que caracterizan al TAG, esquemas que se presentan en la Tabla 16 en la que se presenta una síntesis de los tipos de creencias más prominentes en el TAG. Las diferentes creencias se asocian con diferentes áreas primarias de preocupación, de manera que, el objetivo primario de la terapia cognitiva para el TAG es modificar estas creencias nucleares disfuncionales que subyacen al proceso de preocupación patológica.

Tabla 16

Esquemas que caracterizan a los trastornos de ansiedad generalizada

Categorías de esquemas	Ejemplos
<i>Amenaza general</i> Creencias sobre la probabilidad y consecuencias de las amenazas a la propia seguridad física y psicológica.	▪ Es muy probable que me encuentre con resultados (acontecimientos) negativos que amenacen objetivos vitales importantes.
<i>Vulnerabilidad personal</i> Creencias sobre la frecuencia, consecuencia, evitación e inaceptabilidad de eventos negativos inciertos o ambiguos	▪ No puedo controlar que este acontecimiento se produzca o no, ni sus efectos sobre mí.
<i>Intolerancia a la incertidumbre</i> Creencias sobre la frecuencia, consecuencia, evitación e inaceptabilidad de eventos negativos inciertos o ambiguos	▪ Es importante estar preparado para cualquier cosa inesperada negativa que pueda ocurrirme. ▪ Si logro reducir la duda de una situación potencialmente negativa, seré más capaz de afrontarla.
<i>Metacognición de la preocupación</i> Creencias relativas a los efectos positivos y negativos de la preocupación y su controlabilidad	▪ La preocupación me ayuda a resolver problemas y a prepararme para lo peor. ▪ Si me preocupo, eso significa que me tomo con seriedad la situación.

Fuente: Clark y Beck (2010)

Clark y Beck (2010) mencionan que la evaluación cognitiva debería culminar con la identificación de los esquemas maladaptativos nucleares de la amenaza, vulnerabilidad personal, intolerancia a la incertidumbre y creencias metacognitivas sobre la preocupación que son responsables de la preocupación crónica del individuo.

Fase elaborativa de procesamiento.

El procesamiento elaborativo se encuentra en el núcleo de la base cognitiva del TAG y constituye el nivel en el que se interviene en terapia cognitiva. La preocupación es un proceso cognitivo elaborativo, altamente consciente, considerado en el presente modelo como un esfuerzo deliberado por revalorar las posibilidades negativas de un modo menos amenazante. La preocupación es una respuesta intencionada, costosa para suprimir o contrarrestar la

activación esquemática de la amenaza y la ansiedad asociada con ella, mediante la revaloración de la amenaza y el propio nivel de vulnerabilidad (Clark & Beck, 2010). En los estados no-patológicos, la preocupación es adaptativa porque el individuo es capaz de revalorar la potencial amenaza de una manera más positiva.

El proceso de preocupación o revaloración capacita a los individuos para procesar aspectos positivos o benignos de la situación así como sus recursos de afrontamiento y, por consiguiente, se reduce el nivel de amenaza de la situación inminente. En el TAG la revaloración de la amenaza o la preocupación conduce a un resultado muy diferente porque se asocia con una serie de procesos cognitivos erróneos. Como se ilustra en la Figura 31 la preocupación en el TAG se caracteriza por una falsa valoración metacognitiva. A consecuencia de las creencias activadas en el TAG, la persona vulnerable evalúa la preocupación misma como angustiosa, inefectiva, incontrolable y perjudicial. Los esfuerzos por deshacerse de la preocupación rara vez suelen tener éxito, especialmente a largo plazo, y de hecho pueden producir un rebote de preocupación, de hecho, el efecto no-buscado que se produce es el aumento de la naturaleza amenazante de la preocupación, la magnificación de las cogniciones anticipadas de la amenaza y el aumento de la percepción de incontrolabilidad (Clark & Beck, 2010).

El resultado de los procesos cognitivos ilustrados en el Figura 31 es el aumento de la angustia general lo que retroalimenta el aparato cognitivo contribuyendo a una activación aún mayor de los esquemas del TAG. De esta manera, la base cognitiva del TAG es un círculo vicioso autoperpetuante que sólo puede finalizarse mediante la intervención en los niveles de revaloración automáticos y elaborativos (Clark & Beck, 2010).

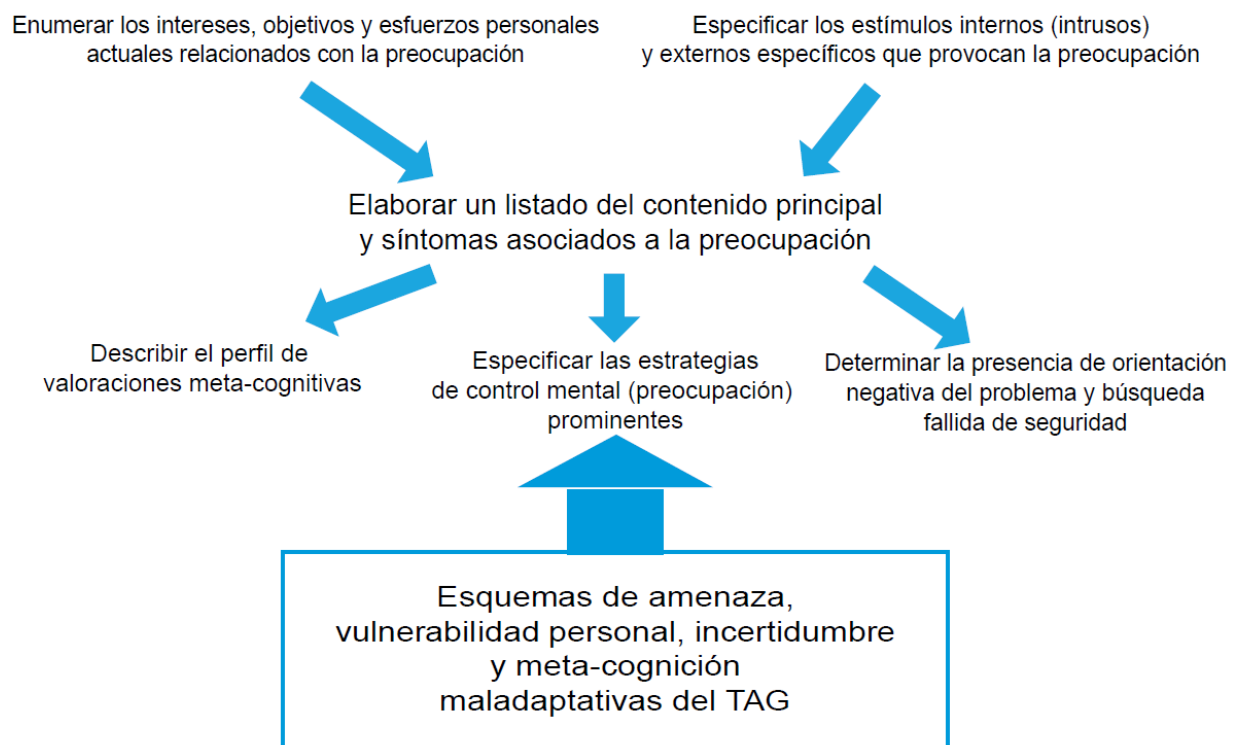
Formulación del caso cognitivo del TAG

La terapia cognitiva para el TAG se centra en el procesamiento elaborativo erróneo que contribuye a la persistencia del pensamiento ansioso y de la preocupación patológica (Figura 31) así como en los esquemas disfuncionales responsables del estado de ansiedad generalizada.

Con base en el modelo cognitivo para TAG de Clark y Beck (2010), la formulación cognitiva del caso incluye la especificación clara de los esquemas idiosincrásicos y los falsos procesos meta-cognitivos de la preocupación. En la Figura 32 se ilustran los principales componentes de una conceptualización cognitiva de un caso TAG, y después se detalla cada elemento con base en el modelo de Clark y Beck (2010).

Figura 32

Conceptualización cognitiva de caso para el trastorno de ansiedad generalizada



Fuente: Clark y Beck (2010)

Contenido de la preocupación.

Aunque los intereses del momento y los estímulos provocadores internos/externos sean los antecedentes de la preocupación, es más práctico comenzar por evaluar las preocupaciones

primarias de los clientes y los síntomas ansiosos asociados a las mismas. El monitoreo cotidiano de la actividad de la preocupación y una entrevista clínica detallada nos proporcionarán información desde una perspectiva más global y completa de los contenidos de la preocupación del cliente.

Objetivos e intereses personales.

A fin de comprender el contexto de la preocupación, el terapeuta cognitivo debe apreciar los objetivos, esfuerzos y ambiciones personales inmediatos y a largo plazo del cliente. Esta información debería hacerse visible en la entrevista clínica, pero también pueden ser necesarias algunas pocas preguntas directas que permitan al terapeuta una comprensión más completa de las características motivacionales de la preocupación.

Estímulos que provocan la preocupación.

La información relativa a los estímulos que provocan la preocupación es crítica para completar el análisis contextual de los episodios de preocupación. Al respecto es importante comprender que son múltiples los factores externos que pueden provocar inquietud. Las señales internas como los pensamientos, las imágenes o, incluso, las sensaciones físicas automáticas pueden ser estímulos muy importantes para provocar un episodio de preocupación. Los clientes pueden no ser conscientes de todos los estímulos internos y externos que provocan su preocupación pero durante las primeras sesiones pueden ser identificados tales estímulos.

Valoraciones metacognitivas de la preocupación.

El modo en que los individuos valoran o evalúan sus preocupaciones es otro componente clave de la conceptualización del caso. Esta parte del diagnóstico se centra en cómo evalúan los

clientes el proceso asociado con cada una de las principales áreas de preocupación. En la formulación del caso deben especificarse las siguientes valoraciones metacognitivas:

- Tendencia a catastrofizar
- Estimaciones de probabilidad de la amenaza o catástrofe
- Percepción de no controlar la preocupación
- Grado de la metapreocupación (es decir, preocuparse por preocuparse)
- Consecuencias negativas esperadas de la preocupación
- Aspectos positivos esperados de la preocupación

El terapeuta cognitivo también obtiene valoraciones sobre la controlabilidad percibida asociada con cada área primaria de preocupación. Es importante determinar el grado en que la metapreocupación se asocia con cada una de las áreas primarias de preocupación. Las consecuencias percibidas positivas y negativas de la preocupación son un aspecto de la metapreocupación. Una vez más es importante determinar las consecuencias percibidas asociadas con cada área de preocupación cuando el individuo está inmerso en el proceso mismo de la preocupación. Se espera que las consecuencias percibidas sean muy idiosincrásicas y varíen ampliamente entre las diferentes áreas de preocupación.

Estrategias de control de la preocupación.

En el modelo cognitivo del TAG (Figura 30), los esfuerzos por suprimir o controlar la preocupación contribuyen a su persistencia debido a que la ineffectividad de estas estrategias confirma la creencia del individuo de que la preocupación es peligrosa e incontrolable. Por consiguiente, es crítico evaluar la frecuencia, tipo y efectividad percibida de las distintas estrategias de control de pensamiento empleadas con cada una de las áreas primarias de preocupación. En la Tabla 17 se presenta un listado de estrategias positivas y negativas de control de la preocupación extraídas por Clark y Beck (2010) de la literatura empírica.

Tabla 17**Estrategias de control de la preocupación en el TAG**

Estrategias negativas de control	Estrategias positivas de control
▪ <i>Supresión dirigida</i> (es decir, “Decirme a mí mismo que no me preocupe”) ▪ <i>Autoconfirmación</i> (es decir, “Decirme a mí mismo que todo irá bien”) ▪ <i>Búsqueda de reconfirmación ajena</i> (es decir, preguntar a familiares/amigos si todo saldrá bien) ▪ <i>Comprobación</i> (es decir, iniciar algún acto repetitivo para aliviar la duda) ▪ <i>Castigo</i> (es decir, criticarse a uno mismo por preocuparse) ▪ <i>Supresión de la emoción</i> (es decir, tratar de suprimir la angustia, la ansiedad asociada a la preocupación)	▪ <i>Expresión dirigida</i> (es decir, permitirme intencionadamente seguir preocupándome, dejar que la preocupación siga su curso) ▪ <i>Distracción</i> (es decir, participar en una actividad que distraiga o sustituir la preocupación por un pensamiento más positivo) ▪ <i>Revaloración de la amenaza</i> (es decir, revalorar la amenaza percibida del área de preocupación) ▪ <i>Relajación</i> (es decir, proceder con meditación o relajación)

Fuente: Clark y Beck (2010)

En este mismo orden, el terapeuta determinara las estrategias positivas y negativas usadas con cada área primaria de preocupación y obtener información sobre la frecuencia con que se emplea así como de su efectividad percibida.

Guiones de seguridad y orientación del problema.

Se recomienda pedir a los individuos con TAG que describan a lo que le asignan la sensación de paz o seguridad en un dominio particular, es decir, que elaboren el guion de cómo alcanzar la sensación de seguridad teniendo en cuenta la preocupación. La preocupación conlleva siempre esfuerzos destinados a resolver problemas, a menudo con el objetivo de alcanzar la sensación de seguridad y confianza en el resultado. Es importante determinar la gama de soluciones del problema que genera el cliente con respecto a un tema particular de preocupación.

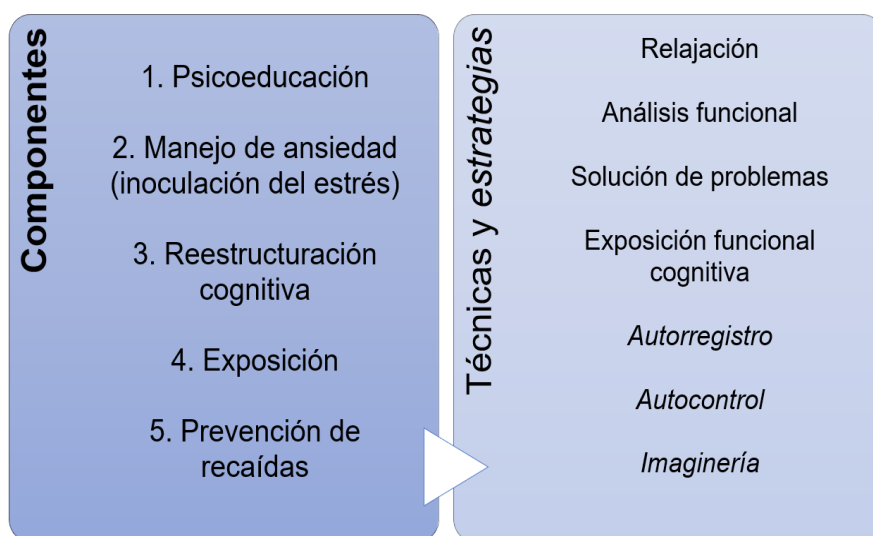
Elementos de la terapia cognitiva conductual para TAG

Componentes de la intervención.

A continuación se presentan (Figura 33) y describen los componentes y técnicas psicoterapéuticas necesarias para la intervención TCC, estas fueron seleccionadas de investigaciones que realizaron intervenciones con base en la terapia cognitiva conductual o TCC para trastorno de ansiedad generalizada o TAG (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa & Fracalanza., 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki & Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021 y Wilner et al., 2020)

Figura 33

Componentes, técnicas y estrategias de la TCC para TAG



A continuación se ofrece una descripción de los cinco componentes, cuatro técnicas y tres estrategias, esto con el objetivo de comprender los elementos técnicos desde los cuales se interviene en la terapia cognitiva conductual (TCC), comencemos por los **cinco componentes**:

Psicoeducación.

La psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema. Se intenta que este conocimiento lo aplique para la mejora de su vida, de su desarrollo personal y de su núcleo familiar (Rebolledo y Lobato citado en Caballo, 2007).

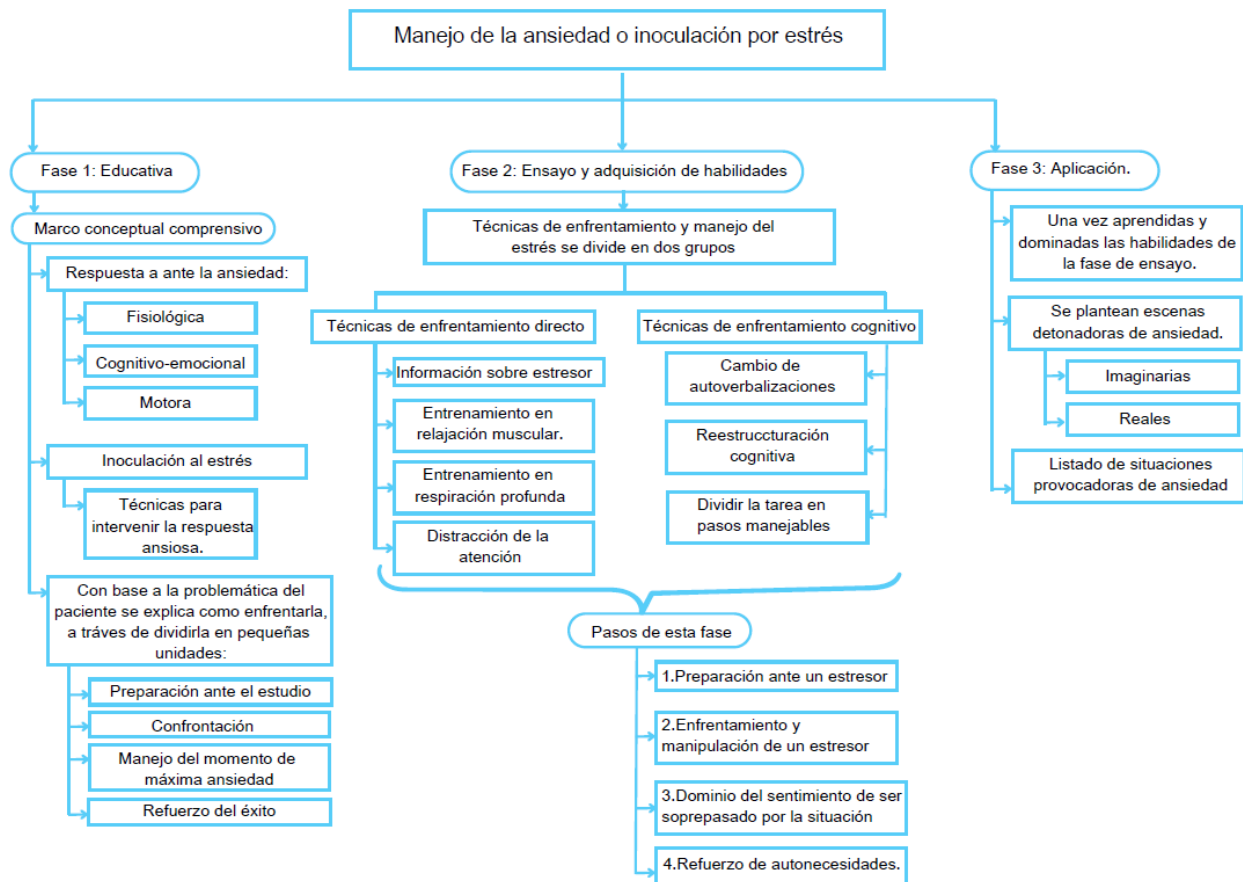
Al respecto, Belomé y Ondere (2017) abordan la psicoeducación como una intervención psicoterapéutica que pretende centrarse más en las satisfacciones y ambiciones relacionadas con las metas perseguidas por el cliente que en una técnica destinada a curar una determinada enfermedad. Desde esta perspectiva, la psicoeducación proporcionó una forma de ayudar al tratamiento de las enfermedades mentales a partir de cambios conductuales, sociales y emocionales cuyo trabajo permite la prevención de la salud. De esta forma, la psicoterapia inició un proceso de carácter también educativo tanto para el cliente como para sus familiares y/o cuidadores, cuyo objetivo es enseñarles sobre su tratamiento psicoterapéutico para que puedan ser conscientes y estar preparados para afrontar los cambios a partir de estrategias de afrontamiento, fortalecer la comunicación y la adaptación. Así, la forma más eficaz de ayudar a las personas es enseñarles a ayudarse a sí mismas, brindándoles conciencia y autonomía.

Manejo de ansiedad o inoculación del estrés

La inoculación del estrés es un compendio de técnicas psicológicas destinadas al manejo de situaciones ansiógenas desarrollado por Donald Meichenbaum y sus colaboradores. La técnica está conformada por tres fases (Meichenbaum, 1987) que a continuación se presentan en la Figura 34:

Figura 34

Manejo de ansiedad o inoculación del estrés



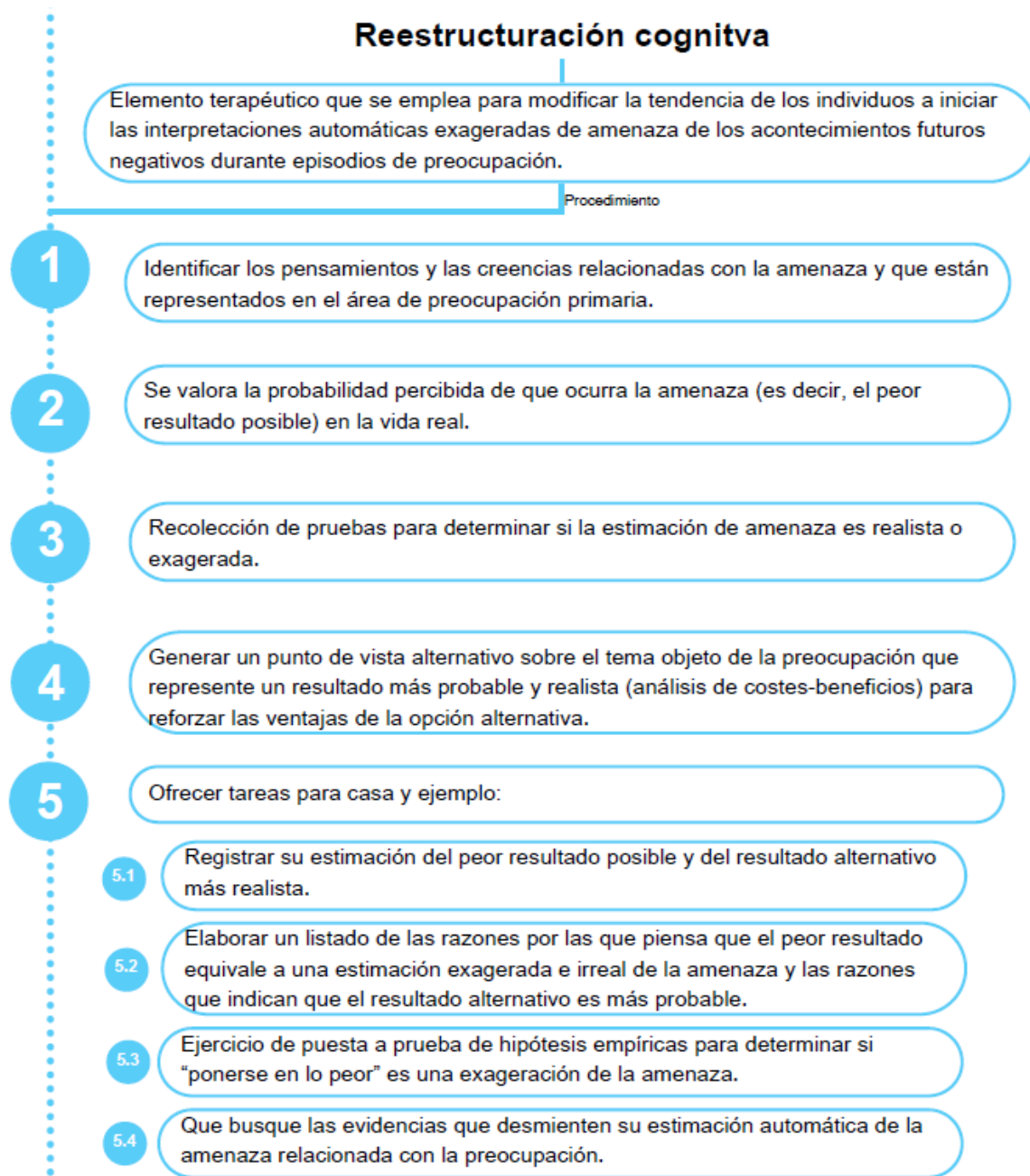
Nota: Elaboración propia con base en Meichenbaum (1987)

Reestructuración cognitiva.

Según Clark y Beck (2010) la reestructuración cognitiva es un elemento terapéutico importante de la terapia cognitiva para el TAG, esta se emplea para modificar la tendencia de los individuos a iniciar las interpretaciones automáticas exageradas de amenaza de los acontecimientos futuros negativos durante los episodios de preocupación, a continuación se describe en la siguiente Figura 35:

Figura 35

Reestructuración cognitiva



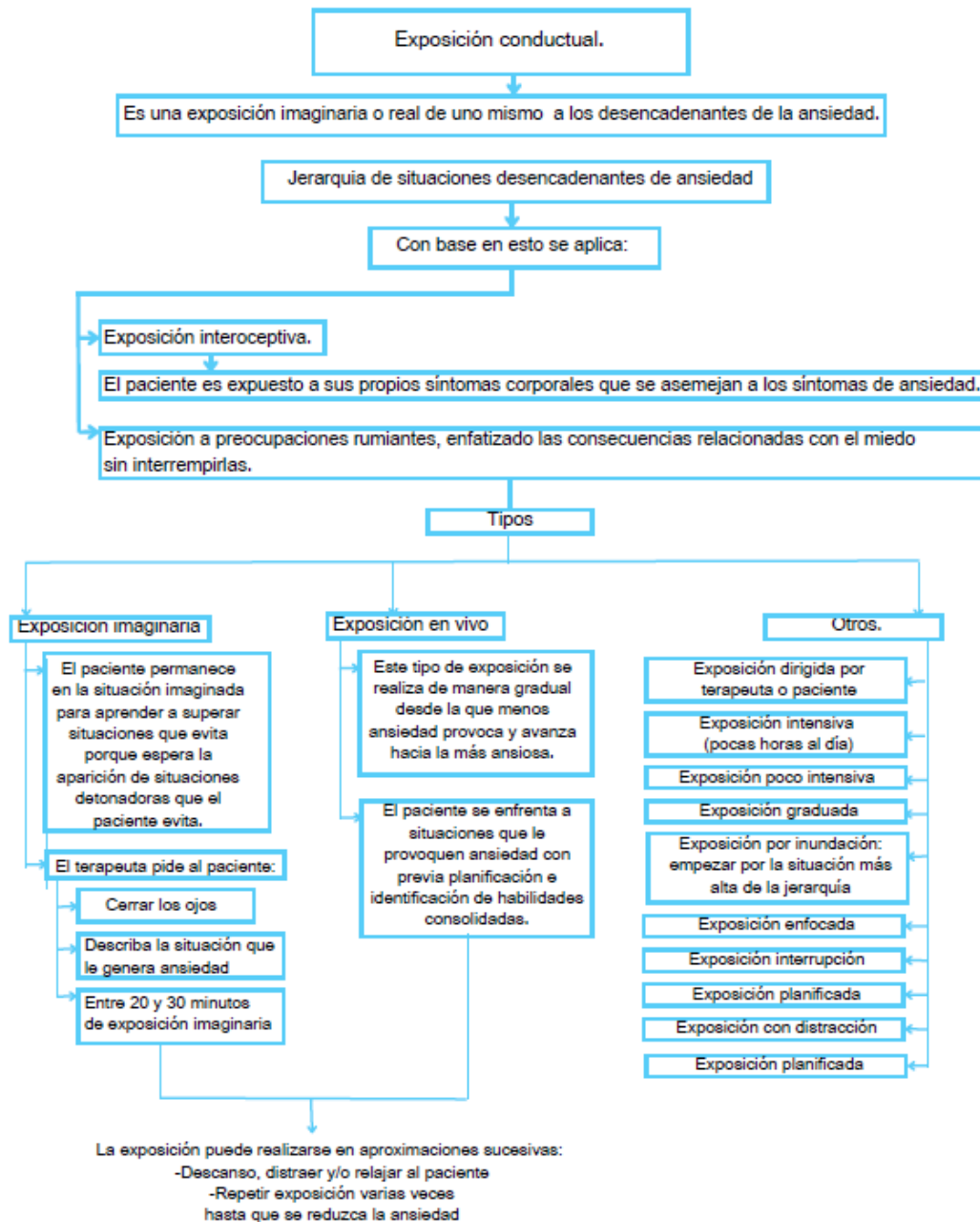
Nota. Elaboración propia con base en Clark y Beck (2010)

Exposición conductual.

La exposición (Timulak, 2011) es una exposición imaginaria o real de uno mismo a los desencadenantes de la ansiedad, a continuación se describe en la siguiente Figura:

Figura 36

Exposición conductual



Nota. Elaboración propia con base en Timulak (2020)

Prevención de recaídas.

Echeburúa y colaboradores (1999) identifican como objetivo principal de este componente que el cliente aprenda a identificar las situaciones de alto riesgo para la recaída y desarrollar habilidades para afrontar estas situaciones problemáticas, para esto se abordaran varias técnicas y estrategias, principalmente; solución de problemas, manejo de ansiedad y reestructuración cognitiva, que son abordadas en este apartado.

Técnicas y estrategias para la intervención.

A continuación, se describen las **cuatro técnicas** (procedimientos y recursos que se emplean para lograr un resultado específico):

Relajación.

Las terapias cognitivo conductuales utilizan una gama de diferentes técnicas de relajación, por lo general, consisten en técnicas de relajación muscular y técnicas de respiración, a continuación se describen en la siguiente Figura:

Figura 37

Relajación

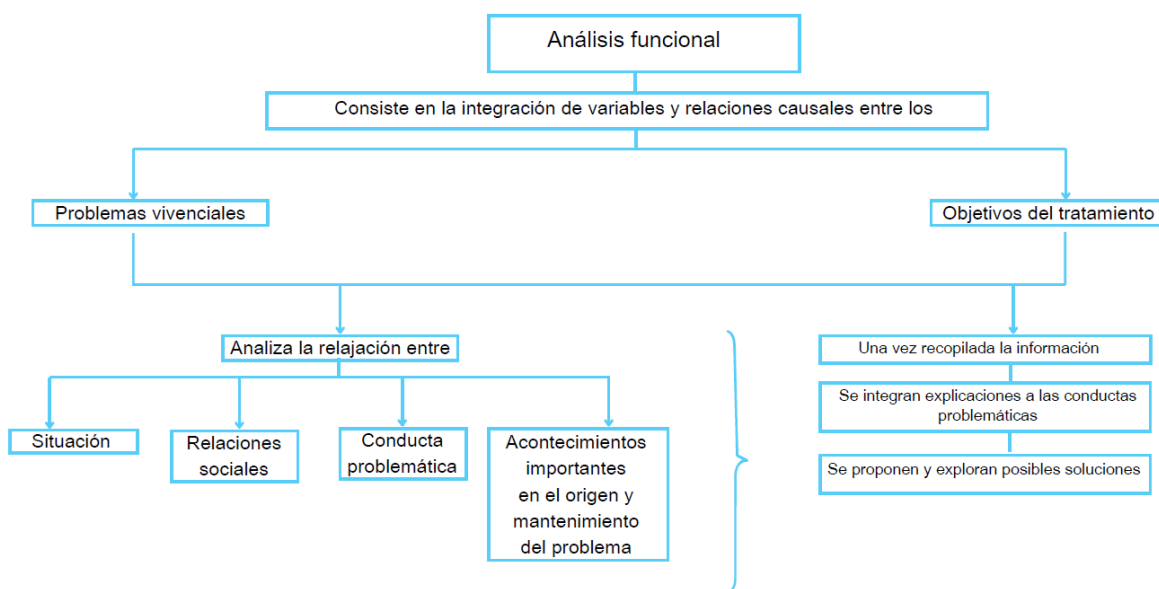


Nota. Elaboración propia con base en Deffenbacher (citado en Caballo, 2007) y Timulak (2011)

Análisis funcional.

Para Kaholokula y colaboradores (2013) el análisis funcional consiste en la integración de variables y relaciones causales con los problemas del cliente y con los objetivos del tratamiento, a continuación se describe en la siguiente Figura 38:

Figura 38
Análisis funcional



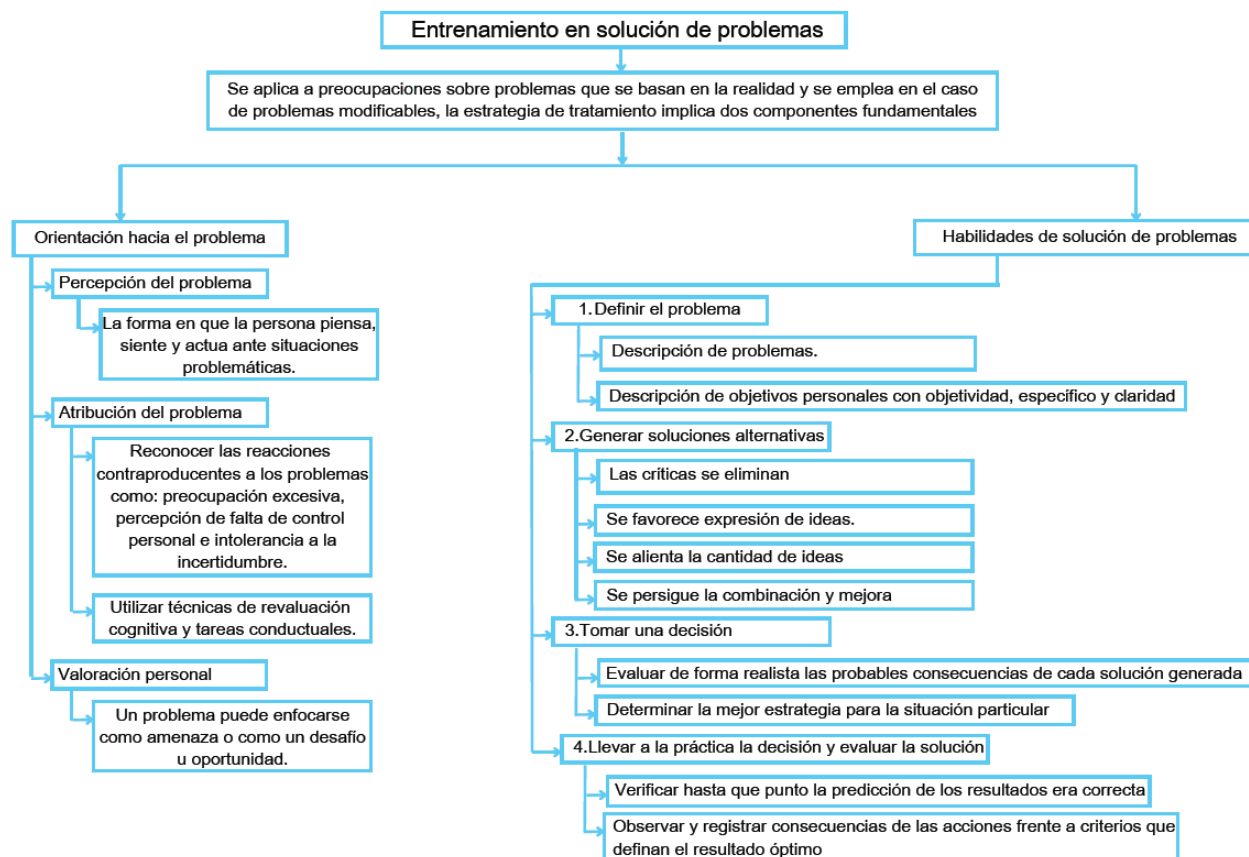
Nota. Elaboración propia con base en Kaholokula et al. (2011)

Solución de problemas.

El entrenamiento en solución de problemas en general se aplica a preocupaciones sobre problemas que se basan en la realidad, este entrenamiento con objetivos centrados en el problema se emplea en el caso de problemas modificables, la estrategia de tratamiento implica dos componentes fundamentales (Dugas y Ladouceur citados en Caballo, 2007) a continuación se describe en la siguiente Figura:

Figura 39

Entrenamiento en solución de problemas



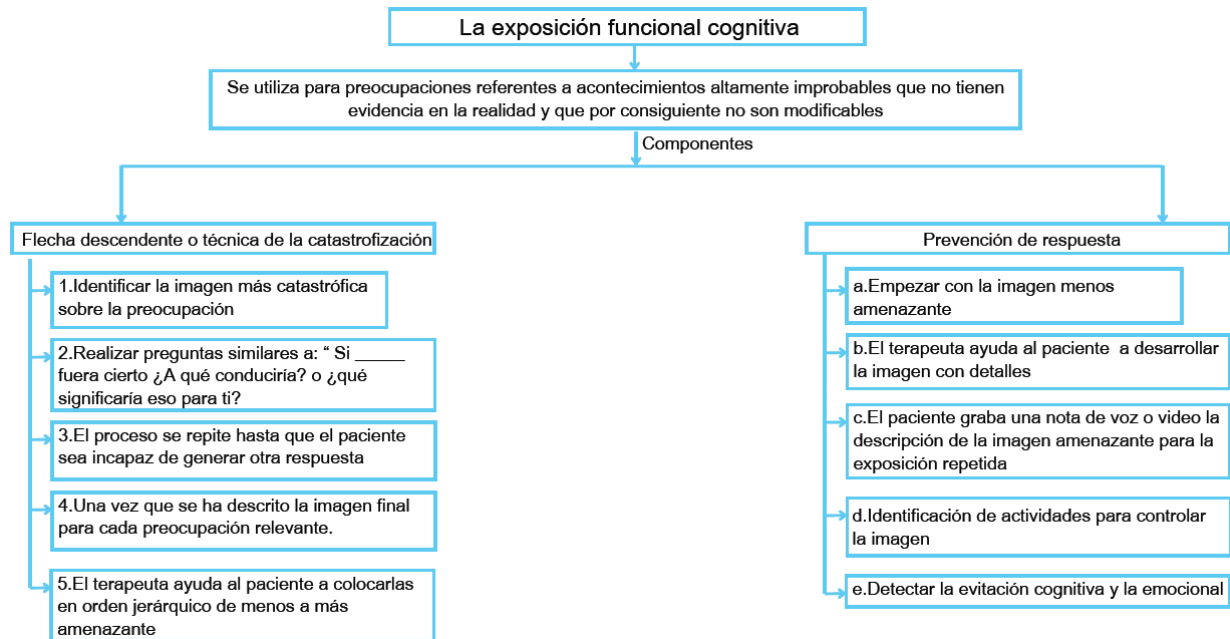
Nota. Elaboración propia con base en Dugas y Ladouceur citados en Caballo (2007)

Exposición funcional cognitiva.

A continuación, con base en Dugas y Ladouceur (citados en Caballo, 2007) se presenta el componente de exposición que es específico para el tratamiento de la preocupación en los clientes con TAG, es decir, la técnica de la flecha descendente, y la idea de la prevención de la respuesta encubierta, a continuación se describe en la siguiente Figura:

Figura 40

Exposición funcional cognitiva



Nota. Elaboración propia con base en Dugas y Ladouceur citados en Caballo (2007)

A continuación se describen las **tres estrategias** (serie de acciones encaminadas a un fin determinado):

Autorregistro.

Riso (2006) enfatiza que el autorregistro que se utiliza en la terapia cognitiva es similar a los utilizados por otras corrientes. Sin embargo, en la terapia cognitiva se resalta el componente cognitivo: pensamientos automáticos (PA) y distorsiones cognitivas (DC). Responde a la pregunta: ¿Cómo se relacionan los PA y las DC con las situaciones y los comportamientos problemas? ¿Cuál es su función de enlace?, como se muestra es la siguiente Figura:

Figura 41

Autorregistro cognitivo

Situación	Pensamientos automáticos	Distorsiones cognitivas	Emoción	¿Qué hice?	Consecuencias

Un segundo tipo de registro, bastante útil para aquellas emociones que parecen ser constantes, pero aparentemente “desligadas” de eventos ambientales, es aquel que indaga, hora a hora, la intensidad de la emoción (Figura 42). El cliente debe anotar, al final de cada hora, la expresión subjetiva de cuánto cree que ha sido la intensidad emocional promedio de esa última hora. Por ejemplo, para registrar la ansiedad entre las seis y las siete de la mañana, a las siete, el cliente hace un alto en el camino, se detiene a pensar y hace un promedio del 1 al 5 sobre cómo se sintió en la última hora. Esta tabla de información arroja resultados muy interesantes desde el punto de vista clínico, ya que permite conocer los promedios diarios y los promedios por hora durante toda la semana, de la emoción en cuestión. Ambos resultados pueden graficarse y dar una visión global o parcial de cómo evoluciona o fluctúa la variable. El autorregistro es el primer paso para elaborar el análisis interactivo de respuesta y se sugiere completar el autorregistro con una entrevista para profundizar y complementar la información obtenida.

Figura 42

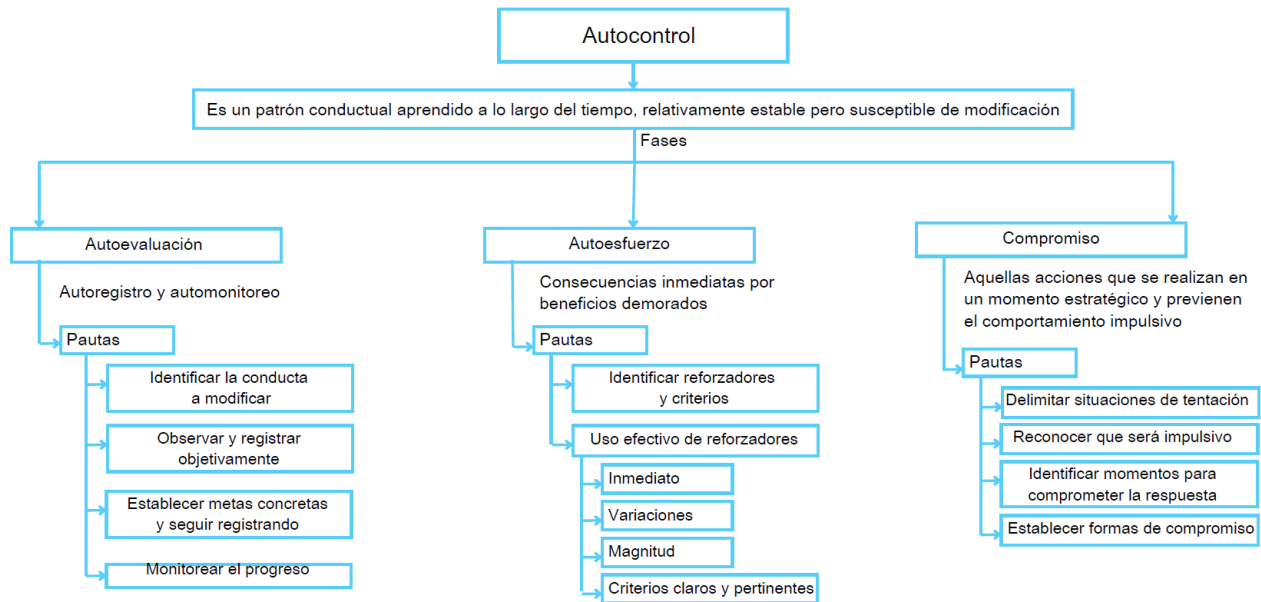
Frecuencia hora a hora de la emoción

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Total promedio

Autocontrol

La técnica de autocontrol (Caballo, 2007), enfatiza el logro progresivo de objetivos, el autorrefuerzo y las estrategias de control de las contingencias, y la productividad conductual, el modelo de autocontrol plantea que la ansiedad está asociada a los déficits en el autorregistro, en la autoevaluación y en el autorrefuerzo, a continuación se describe en la siguiente Figura:

Figura 43
Autocontrol



Nota. Elaboración propia con base en Caballo (2007) y Reyes et al. (2020)

Imaginería.

Para Judith Beck, (2011) en esta estrategia se parte de enseñar a los clientes a reconocer las imágenes mentales e intervenir sobre las que son perturbadores, para esto el terapeuta trata de descubrir una imagen mental espontánea que el cliente ha tenido o de inducir una en la sesión y se aconseja utilizar sinónimos tales como fotografía mental, ensoñación, fantasía, imaginación y recuerdo.

Intervenciones de terapia cognitiva conductual (TCC) desde el modelo cognitivo para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta

El presente apartado aborda las intervenciones de terapia cognitiva conductual (TCC) para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta, las cuales se agruparon en dos categorías; “Intervenciones de terapia cognitiva conductual en línea (TCCi) para TAG en población adulta”, en la cual se abordan 6 artículos y la categoría de “Intervenciones de terapia cognitiva conductual (TCC) para TAG en población adulta”, en la cual se abordan 9 artículos, después de presentar una síntesis de cada intervención se lleva a cabo el análisis de los siguientes elementos; número de sesiones, duración de las sesiones, modalidad, periodicidad, componentes, técnicas y estrategias, todo esto para identificar los elementos basados en evidencia para enmarcar la propuesta de intervención de TCC para disminuir sintomatología ansiosa en población adulta.

La terapia cognitiva conductual (TCC) hoy en día puede considerarse un término general para una variedad de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, principalmente uniendo enfoques conductuales y cognitivos, las cuales intervienen modificando los pensamientos alterados y promoviendo estilos de cognición adaptativos (González et al., 2017). El objetivo común de todas las TCC es una adaptación del comportamiento, que se logra mediante la implementación de técnicas y estrategias específicas basadas en la evidencia (a veces denominadas habilidades de la TCC) diseñadas para impulsar principios de cambio universales como la participación y la atención del contexto y los cambios cognitivos (Eilert et al., 2022).

Se han desarrollado TCC de diferente complejidad y duración, y la investigación confirma su eficacia para diversos problemas psicológicos en una amplia gama de síntomas. Si bien comparten un objetivo común e hipotetizan mecanismos de cambio similares, las técnicas y estrategias particulares basadas en la evidencia implementadas en la TCC ahora se extienden

desde técnicas conductuales, las cognitivas, hasta las técnicas de relajación, mindfulness y centradas en la aceptación. Se ha argumentado que, de hecho, la adquisición, el uso y la práctica de las técnicas y estrategias de la TCC basadas en la evidencia juegan un papel mediador en cómo se produce el cambio inicial, así como en cómo se mantiene este cambio en el seguimiento, formas de uso de habilidades de TCC relacionadas con los resultados de los síntomas de ansiedad de diversos niveles de gravedad (Eilert et al., 2022).

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos: PubMed (Medline que depende de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos), PsycInfo (APA), las palabras clave que se utilizaron fueron “terapia cognitiva conductual y trastorno de ansiedad generalizada”. Se utilizaron filtros de búsqueda en las distintas bases de datos, se aplicó: metaanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados, ensayos clínicos, período de publicación y población de adultos. En las diferentes estrategias de búsqueda se obtuvieron un total de 556 trabajos para revisión y lectura, de los cuales solo 70 eran de intervenciones. Se incluyeron aquellos artículos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1) Trabajos publicados entre 2018 y 2022; 2) en cualquier idioma; 3) en adultos; 4) de intervención; 5) que aporten datos completos de la intervención, 6) que aporten datos empíricos en el apartado de resultados; 5) artículos de texto gratis. Al llevar a cabo la revisión de los 70 artículos con base en los criterios de inclusión del presente estado del arte, se eliminaron 55 quedando un total de 15 artículos que cumplieron con todos los criterios e información necesaria para el desarrollo del presente trabajo. Estos artículos se pueden agrupar en dos grandes temáticas de análisis: Intervenciones de terapia cognitiva conductual en línea (TCCi) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta e Intervenciones de terapia cognitiva conductual presencial (TCC) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta.

El presente apartado tiene como objeto de estudio analizar las intervenciones de terapia cognitiva conductual (TCC) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en adultos, con base en esto se agrupan en dos grandes temáticas de intervención: Intervenciones de terapia cognitiva

conductual en línea (TCCi) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta e Intervenciones de terapia cognitiva conductual presencial (TCC) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta.

En el tema de las intervenciones de terapia cognitiva conductual en línea (TCCi) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta, Burke y colaboradores (2019) enfatizan que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es común, persistente y se caracteriza por una preocupación excesiva por varios eventos, incluidos asuntos menores del día a día en el pasado, presente o futuro. A menudo el TAG se presenta de forma concomitante con trastornos del estado de ánimo y puede causar angustia y deterioro significativo en la vida diaria de las personas. Las tasas de prevalencia de por vida se estiman en 6.2%, se ha documentado como uno de los trastornos de ansiedad más difíciles de tratar, con una menor respuesta al tratamiento en relación con otros trastornos de ansiedad. Las intervenciones proporcionadas por internet son accesibles y ofrecen un mayor acceso para aquellos que probablemente no busquen enfoques tradicionales de atención, *a continuación se presentan la síntesis de seis intervenciones de TCCi para TAG en población adulta:*

Burke y colaboradores (2019) realizaron un estudio que tuvo como objetivo obtener una comprensión de los eventos útiles y perjudiciales y los impactos asociados de terapia cognitiva conductual por internet (TCCi) para los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), específicamente dentro de una población estudiantil. Los participantes fueron reclutados de una universidad irlandesa mediante un anuncio por correo electrónico de un curso para la ansiedad impartido por Internet llamado: Ansiedad calmante. El ensayo controlado aleatorizado (ECA) original reclutó a 137 estudiantes de una universidad con sede en Irlanda para participar en la “Ansiedad Calmante Intervención TCCi”. Los participantes se asignaron al azar al grupo de tratamiento inmediato ($n=70$) o un grupo de control de lista de espera ($n=67$). Este grupo de participantes estaba formado por un 69% de participantes mujeres ($n=25$) y 31% hombres ($n=11$).

La edad osciló entre 18 y 45 años (*media* = 24.69). Se obtuvo un total de 78 de un total de 216 respuestas.

El estudio empleó un diseño cualitativo utilizando un marco descriptivo e interpretativo, el tratamiento fue un programa TCCi titulado “ansiedad calmante” compuesto por seis módulos de contenido TCC para TAG que consta de componentes cognitivos, emocionales y conductuales. Se entrenaron los componentes de psicoeducación, monitoreo, reestructuración cognitiva y relajación así como interacción con el colaborador. El análisis de las experiencias de los clientes ha demostrado que TCCi contiene elementos útiles que pueden tener impactos relevantes. La presencia de la aplicación de estrategias de afrontamiento y cambio de comportamiento fue identificada como un impacto destacado identificado por el cliente. Algunos participantes informaron que el elemento relacional desarrollado a través de la retroalimentación personalizada permitió validar su ansiedad; la evidencia sugiere que la validación es importante en la mejora en el tratamiento de cualquier trastorno psicológico. Las intervenciones brindadas por internet respaldadas generalmente producen mejores resultados. Alternativamente, se podría sugerir que existen dos vías para el éxito del tratamiento: uno basado en habilidades y estrategias y el otro en los aspectos interpersonales del programa y el partidario.

Eilert y colaboradores (2021) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que tuvo como objetivo revisar sistemáticamente todas las pruebas de las intervenciones proporcionadas por internet dirigidas al trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y se llevó a cabo siguiendo los principios de la metodología PRISMA. Los autores realizaron una búsqueda sistemática de artículos en inglés en cuatro bases de datos electrónicas destacadas: Embase, PubMed, PsychINFO y Cochrane. La búsqueda la realizaron en dos etapas, la primera en diciembre de 2018 y una más actualizada en abril de 2020, utilizaron dos frases de búsqueda clave "Tratamiento por Internet para el trastorno de ansiedad generalizada" y "Tratamiento por Internet para la ansiedad", resultó en un total de ocho búsquedas. Dos investigadores realizaron de forma independiente las evaluaciones de elegibilidad. Los criterios de elegibilidad se establecieron para

incluir únicamente estudios que fueran (1) una intervención administrada por Internet para los síntomas del TAG; (2) un ensayo controlado aleatorio (ECA); (3) en comparación con una lista de espera, placebo o control de atención; (4) tenían una muestra con un diagnóstico clínico confirmado de TAG que pudo haber tenido comorbilidades o deterioro en el funcionamiento; (5) contó con una muestra de adultos mayores de 18 años; (6) publicado en una revista revisada por pares en inglés y; (7) incluyeron medidas de resultado fiables y válidas de los síntomas del TAG (es decir, medidas de ansiedad o preocupación). Fueron un total de 18 intervenciones que se basaron en la TCC convencional (segunda ola) (siete de las cuales eran específicas del trastorno). La mayoría de las intervenciones consistieron en ocho módulos o combinación de los siguientes componentes de intervención no específicos: psicoeducación, ejemplos de casos o viñetas, ejercicios de atención plena y/o relajación, correos electrónicos de notificación y/o recordatorio, tarea, resúmenes, y prevención y mantenimiento de recaídas. Varias intervenciones incluyeron información y recursos adicionales y complementarios sobre los factores del estilo de vida, por ejemplo, el sueño, las relaciones interpersonales, la comunicación, la resolución de problemas y el estrés. Las técnicas cognitivas específicas incluyeron reestructuración cognitiva, distanciamiento cognitivo, registros o diarios de pensamientos y preocupaciones, monitoreo del estado de ánimo; y las técnicas conductuales incluyeron programación de actividades, experimentos conductuales, exposición graduada, exposición a preocupaciones, tiempo de preocupación programado; y deberes, reestructuración de las defensas, las técnicas de extinción, el análisis funcional, la acción valorada, la aceptación, las técnicas de experiencia del afecto, la expresión del afecto y la modificación del sesgo cognitivo.

Dentro de los resultados con base en 23 comparaciones (en 19 estudios), detectaron un gran efecto sobre los síntomas de ansiedad a favor del tratamiento administrado por Internet ($TE = -0.79$; Intervalo de confianza [IC] del 95%, -1.03, -0.55; $TE < .0001$). Tamaños del efecto para los resultados primarios de ansiedad ($TE = 0.79$) y preocupación ($TE = 0.75$) fueron grandes y favorecieron las intervenciones proporcionadas por Internet, lo que confirma el valor de este

modo de tratamiento entre las personas que experimentan TAG. Además, las intervenciones proporcionadas por internet también parecieron ser efectivas para tratar los síntomas comórbidos de la depresión, mejorar los niveles generales de funcionamiento y tener al menos algún efecto sobre la calidad de vida.

Eilert y colaboradores (2022) realizaron un estudio con el objetivo de explorar y mapear el uso de las habilidades de TCC luego de completar el tratamiento de terapia cognitiva conductual por internet (TCCi) para la ansiedad y la depresión, administrado como parte de la atención de salud mental de rutina. El diseño fue cualitativo longitudinal para permitir la exploración del uso idiosincrásico y la experiencia del uso de habilidades de TCC en cuatro puntos temporales de seguimiento, que fueron desde los 3 a los 12 meses de seguimiento. Les aplicaron el Cuestionario sobre la Salud del Cliente (PHQ-9), la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 7.0. Se asignó un total de 241 participantes asignados al azar al grupo de tratamiento TCCi, de ellos, 141 (78%) eran mujeres, la mediana de edad en esta cohorte fue de 29 años. De los 241 participantes, el 81% presentó al menos un diagnóstico en la Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 7.0 al inicio del estudio (depresión = 29; trastorno(s) de ansiedad = 48; depresión y trastorno(s) de ansiedad comórbidos= 69). Hubo 120 participantes a los 3 meses, 121 a los 6 meses, 113 a los 9 meses y 125 a los 12 meses de seguimiento. Los participantes fueron asignados al azar al grupo de tratamiento y las habilidades que trabajaron fueron; la comprensión de las emociones (autocontrol y distanciamiento cognitivo), el pensamiento flexible (reencuadre/reestructuración cognitiva), la resolución de problemas, el enfrentamiento de los miedos (exposición graduada), la atención plena y la identificación, programación de actividades agradables y motivadoras (activación conductual), dificultades específicas (p. ej., gestión de preocupaciones, higiene del sueño y experimentos de comportamiento).

En total, se analizaron y codificaron 1104 respuestas de texto escrito en las tres preguntas abiertas y cuatro puntos de tiempo dentro de cuatro dominios. Se informaron siete categorías de

técnicas y estrategias enfocadas cognitivamente y siete conductualmente en todos los puntos de tiempo. La habilidad TCC citada con más frecuencia relacionada con pensamientos desafiantes y cambiantes, que 89 (49%) de 181 participantes informaron haber utilizado al menos en un momento de seguimiento. Entre las habilidades conductuales, atención plena y meditación, ejercicios de relajación, activación y participación en actividades para mejorar la salud mental fueron las más citadas, con 50 a 57 de 181 (28%-31%) informaron haber utilizado al menos una de estas habilidades durante el seguimiento. Las técnicas y estrategias cognitivas fueron discontinuadas por 57 (31%) y las conductuales por 45 (25%). de manejo de preocupaciones (21/181), el monitoreo y los pensamientos desafiantes (19/181). En conclusión, el estudio proporcionó evidencia de que aquellos que reciben TCCi en la atención de rutina no solo aprenden habilidades de TCC durante el tratamiento, sino que las utilizan después de que finaliza el tratamiento activo, vinculándose con hipótesis sobre el uso de habilidades postterapéuticas como mediador del mantenimiento del efecto después de la TCCi. La base de evidencia que respalda la terapia cognitiva conductual proporcionada por internet (TCCi) en el tratamiento de la depresión y la ansiedad está bien establecida. Sin embargo, a pesar de su aparente eficacia, el abandono del tratamiento sigue informándose en toda la literatura.

Lawler y colaboradores (2021) realizaron un estudio que tuvo como objetivo realizar una exploración en profundidad de la experiencia subjetiva del abandono del tratamiento basado en la web. Todos los usuarios fueron adultos de los servicios de mejora al acceso a las terapias psicológicas (IAPT, por sus siglas en inglés: Improving Access to Psychological Therapies) el ECA más grande incluyó a 361 personas; la edad media de los participantes fue de 33.5 (DE 9.1), de estos 361 individuos, el 66.8% deliberada se utilizó para reclutar individuos para las entrevistas % (241/361) se aleatorizaron al grupo de tratamiento inmediato y el 33.2% semiestructuradas, siguiendo los principios del muestreo intencional, (120/361) al grupo de control en lista de espera.

El estudio fue un estudio de entrevistas cualitativas semiestructuradas anidadas que exploró las experiencias de los clientes al abandonar un programa de TCCi para la depresión y la ansiedad. Todos los módulos del programa comprenden componentes cognitivos y conductuales, como el autocontrol, el registro de pensamientos, la activación conductual y la reestructuración cognitiva, junto con la incorporación de ejercicios de relajación e historias personales de usuarios anteriores del programa para ayudar a guiar a los clientes sobre cómo adaptar los conocimientos cognitivos y cognitivos aprendidos así como estrategias conductuales en sus propias vidas. Los programas también utilizaron colaboradores que monitoreaban el progreso de los clientes y brindaban retroalimentación asincrónica posterior a la sesión; esto se conoce como una revisión. El diseño siguió un procedimiento de aleatorización 2:1 para reducir la probabilidad de que muchos participantes esperaran para recibir tratamiento después de acudir a los servicios de mejora al acceso a las terapias psicológicas (IAPT, por sus siglas en inglés: Improving Access to Psychological Therapies). La entrevista semiestructurada: estuvo conformada por 4 secciones (experiencia en tecnología, motivaciones para participar en el tratamiento, contenido de intervención, y experiencias de apoyo). Las entrevistas fueron realizadas por 2 investigadores vía telefónica y duraron entre 27 minutos y 67 minutos, dependiendo de la medida en que cada participante exploró su propia experiencia de abandono del tratamiento. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas palabra por palabra por un servicio de transcripción externo. Durante el análisis de datos, surgieron 2 grupos distintos de participantes, caracterizados por las razones del cambio en la motivación para participar en el tratamiento TCCi: (1) aquellos que se sintieron listos para abandonar el tratamiento temprano (5/15, 33%) y (2) los que tenían razones negativas para su cambio de motivación (8/15, 53%). Dentro de los resultados se encontraron que se formularon un total de 10 dominios que capturan las áreas de investigación de las experiencias subjetivas de abandono de una intervención de TCCi: relación con la tecnología, motivación para comenzar, conocimientos previos y actitudes hacia TCCi. cambio en la motivación, uso del programa, cambios percibidos porque de la

intervención, compromiso con el contenido, experiencia de interacción con el partidario, experiencia de comunicación basada en la web y terminación del período de apoyo. Estos dominios son múltiples y variados y demuestran la conceptualización de la deserción del tratamiento como una experiencia que no se limita a un momento. La terapia cognitiva conductual (TCC) ha demostrado un perfil favorable de beneficio para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), la accesibilidad de la TCC está limitada por el número insuficiente de terapeutas capacitados, los costos, las listas de espera, la programación, la distancia de los servicios y el estigma percibido.

Por su parte, Miller y colaboradores (2021) presentan como objetivos primarios en su estudio; examinar la factibilidad en términos de retención, seguridad, adherencia y aceptabilidad; y eficacia preliminar para reducir los síntomas del TAG. Los objetivos secundarios fueron examinar los efectos sobre la preocupación, los síntomas depresivos, el sueño, el bienestar, la calidad de vida específica de los participantes, el funcionamiento laboral y la adquisición de habilidades de TCC. Para realizarlo se consideraron adultos de 19 a 65 años de Reino Unido, obteniendo una muestra de 21 adultos con una edad media de 43 años, que obtuvieron una puntuación mayor a 10 en el cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7), presentar una detección positiva para diagnóstico probable de TAG utilizando una versión digital de la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) versión 7 para el DSM-5.

El diseño fue experimental de caso único (SCED) aleatorizado, de base múltiple, la intervención se introdujo después de un periodo inicial asignado al azar de 2, 4 o 6 semanas de duración. Los resultados primarios de ansiedad se evaluaron diariamente y semanalmente para permitir la detección de cambios de síntomas de grano fino. Los resultados secundarios "globales" se evaluaron con cuestionarios administrados inmediatamente antes de la aleatorización en la evaluación inicial, después de la intervención (6 semanas desde el inicio de la intervención) y en el seguimiento final. El estudio duró entre 12 y 16 semanas, según la

asignación inicial. La intervención se realizó de manera digital por medio de Luzwww.bignealth.com/daylight: versión de iOS y Android 2019) es un programa basado en TCC completamente automatizado desarrollado específicamente para la entrega de teléfonos inteligentes.

Dentro de los resultados más relevantes se encontraron que 21 personas dieron su consentimiento para participar en el estudio y completaron la evaluación inicial del cuestionario, de estos participantes 11 mostraron una mejora significativa en la fase general de los niveles de ansiedad diarios desde el inicio hasta la fase de intervención y un participante tuvo un deterioro significativo, 14/20 (70%) ya no tenían síntomas clínicamente significativos después de la intervención y 13/20 (65%) tuvieron un cambio clínicamente significativo y confiable. En el seguimiento final, esto aumentó a 17/20 (85%) para el cambio clínico y 16/20 (80%) para el cambio clínico y confiable. Pasando a las medidas semanales, observamos una mejora significativa en las medidas semanales de ansiedad (GAD-7). En general, estos hallazgos preliminares respaldan tanto la viabilidad como la eficacia temprana de Luz en adultos con una gravedad de los síntomas del TAG de moderada a grave. Un enfoque terapéutico digital tiene el potencial de brindar acceso completo e inmediato a nivel de la población a la autoayuda cognitiva conductual para los síntomas del TAG.

Richards y colaboradores (2020) realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar la efectividad y la rentabilidad de TCCi para la depresión y la ansiedad en un ensayo clínico pragmático dentro de la atención escalonada de rutina de servicios para mejorar el acceso a las terapias psicológicas (Improving Access to Psychological Therapies; IAPT). Se presume que la TCCi reduciría la gravedad de la ansiedad y la depresión durante un período de tratamiento de 8 semanas en comparación con el control de la lista de espera y se consideraría rentable según los criterios establecidos por el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención (NICE; Reino Unido). Se planteó la hipótesis de que la eficacia y la rentabilidad se mantendrían durante todo el seguimiento. Los participantes eran nuevos referidos de IAPT, 430 aceptaron participar

en el ensayo y 361 (84%) cumplieron con todos los criterios de inclusión y fueron aleatorizados. La media de edad de los participantes fue 29 (IRQ = 18) y el 70% (258/361) eran mujeres.

Se realizó un ensayo controlado aleatorizado (ECA) de 8 semanas con asignación 2:1 (intervención TCCi: control en lista de espera) y seguimiento de 12 meses en el brazo de intervención. La hipótesis principal del estudio se confirmó al demostrar que la TCC i es eficaz al final del período de intervención de 8 semanas en comparación con el control en lista de espera, con mejoras estadísticamente significativas adicionales en los resultados principales durante el seguimiento de 12 meses. Las medidas de resultado primarias fueron el PHQ-9 para los síntomas depresivos y el GAD-7 para los síntomas de ansiedad. Los resultados secundarios incluyeron tasas de "mejoría significativa" y "recuperación", según las puntuaciones de PHQ-9 y GAD-7 a las 8 semanas. Estos se calcularon de la siguiente manera: (a) mejora significativa: un cambio de puntuación de PHQ-926 y/o GAD-724, donde los umbrales se calculan en función de los criterios de Jacobson y Truax para cambios clínicamente significativos, siempre que no se deterioren de manera confiable en ninguna de las medidas (b) recuperación. Los resultados indican que la TCCi para la depresión y la ansiedad es eficaz y potencialmente rentable a largo plazo dentro de la IAPT. Mejorar el uso de TCCi como parte de la atención escalonada podría ayudar a mejorar los resultados de acceso a las terapias psicológicas IAPT.

En cuanto al *segundo tema de las intervenciones de terapia cognitiva conductual presencial (TCC) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta;*

Hurtado y colaboradores (2020) argumentan que los trastornos de ansiedad son una de las enfermedades mentales más comunes, superando los trastornos del estado de ánimo, los trastornos del control de los impulsos y el abuso de sustancias. Y que existen diferencias importantes entre países: según el DSM-5, la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) oscila entre el 5% en países de ingresos altos y el 1.6% en países de ingresos bajos, con una prevalencia de por vida del 3.7%. Las comorbilidades a lo largo de la vida son muy comunes

(alrededor del 80%), y tiene un impacto importante en el funcionamiento diario en la mitad de los sujetos afectados. El TAG se caracteriza por una preocupación excesiva, constante e incontrolable por diversos temas, generalmente relacionados con circunstancias del día a día, vida, y varios síntomas somáticos, cognitivos y conductuales que están presentes continuamente. Estas preocupaciones causan angustia subjetiva a la persona e interfieren significativamente con las áreas sociales, ocupacionales y otras áreas importantes de la vida de la persona. A continuación se presentan nueve estudios de intervenciones de terapia cognitiva conductual presencial (TCC) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en población adulta.

Falahat y colaboradores (2019) realizaron este estudio que tuvo por objetivo evaluar la efectividad del enfoque TCC-T para reducir los problemas comunes de salud mental en comparación con los servicios hospitalarios en salud mental (MHSU) en la provincia de Semnan situada en el norte de Irán, considerando como muestra, 520 adultos que dieron positivo en la Escala de Angustia Psicológica de Kessler, considerando a su vez que estos obtuvieron una puntuación por encima del punto de corte en cualquiera de los tres trastornos de salud mental (depresión, ansiedad o trastorno obsesivo compulsivo [TOC]) según el instrumento de estudio validado localmente fueron asignados aleatoriamente al estudio. La edad media de los participantes fue de 34.93 años ($DE=10.95$) y el 87.8% ($norte=403$) eran mujeres. Los instrumentos aplicados fueron el Inventario de Depresión de Beck de 21 ítems versión persa, Escala Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) para evaluar el TOC; Una lista de verificación de deterioro funcional desarrollada localmente la cual contenía 25 tareas diferentes.

Para realizar este estudio utilizaron un diseño simple ciego y los entrevistadores no fueron informados sobre el grupo al que pertenecían los participantes en la evaluación inicial. El TCC-T utilizado en este estudio constaba de ocho elementos: compromiso, educación psicológica, manejo de ansiedad (relajación), activación conductual (conseguir activo), afrontamiento/reestructuración cognitiva, exposición en vivo, exposición in vivo, exposición gradual imaginaria y seguridad (suicidio, homicidio, evaluación del peligro). Se incluyeron 300

participantes en el ECA (norte=150 por grupo). Dadas las tasas de sintomatología en la población objetivo, las estimaciones mostraron que aproximadamente 500 personas necesitaban ser evaluadas para identificar a 300 participantes elegibles y dispuestos. Se llevaron a cabo 8 sesiones de 45-60 min de forma semanal. En cuanto al número de casos perdidos, a pesar del seguimiento continuo y semanal, el número de bajas fue casi igual al 24% de la población total del estudio, lo que por su distribución proporcional en el control y grupos de intervención, no afectó los hallazgos del estudio. Los resultados fueron positivos de la TCC-T y aportan evidencia para cambiar el enfoque de tratamiento así como formar al personal para que adquieran las habilidades necesarias para promover la salud mental de las comunidades y reducir los problemas relacionados a esta.

Kennair y colaboradores (2021) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de descubrir si el tratamiento psicológico para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se asociaba con cambios en los cinco grandes rasgos de personalidad y sus facetas. La muestra estuvo compuesta por 55 clientes (70.9% mujeres, 29.1% hombres) con diagnóstico primario de TAG. La edad media de la muestra fue de 37.45. El tratamiento estuvo a cargo de seis psicólogos clínicos, quienes habían recibido una amplia capacitación tanto en terapia cognitiva conductual (TCC) como en terapia metacognitiva (TMC) por parte de los desarrolladores del tratamiento. Manuales de tratamiento de TCC (Borkovec y Costello, 1993) y TMC (Wells, 2009) fueron seguidos. Los clientes fueron asignados al azar a TCC o TMC y se les evaluó con el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R): Los dominios del NEO-PI-R corresponden a los cinco factores encontrados en los análisis de muchos inventarios de personalidad diferentes, y sus facetas representan rasgos importantes dentro de cada dominio. El primer factor es el Neuroticismo (N), el segundo factor es la Extraversión (E), el tercer factor es Apertura (O), el cuarto factor es Amabilidad (A), el quinto y último factor es la Conciencia (C); Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWQ); Inventario de depresión de Beck (BDI).

Los clientes participaron en un estudio aleatorizado ensayo controlado y fueron aleatorizados en tres condiciones: TCC ($n=28$), TMC ($n=32$) y un control de lista de espera. Antes y después de 12 sesiones de tratamiento con una duración de 60 min de forma semanal, en los que 55 de los clientes completaron el Nid-PI-R completo (240 ítems). La TCC se centró en detectar señales tempranas de ansiedad y preocupación, usar la relajación aplicada en respuesta a estas señales, ensayo de imaginación de afrontamiento, y cognitivo técnicas para desafiar creencias. La TMC se centró en desafiar las creencias metacognitivas utilizando medios verbales y experimentos conductuales. Los resultados indicaron que hubo disminuciones significativas en neuroticismo y cinco de sus seis facetas (todas excepto la impulsividad) con tamaños de efecto que varían de grande a mediano. El presente estudio mostró un efecto tamaño de .90 para Neuroticismo y .40 para Extraversión, como se puede observar en este estudio, un tratamiento eficaz puede cambiar tanto el rasgo como el estado. Los autores concluyeron que la terapia metacognitiva (TMC) no solo redujo los síntomas de manera más eficiente que terapia cognitiva conductual (TCC), TMC también causó una mayor reducción del neuroticismo que la TCC en 12 sesiones. El hallazgo de que un método de tratamiento específico se asoció con el cambio de rasgo de personalidad es novedoso.

Laposa y Fracalanza (2019) en su estudio se plantearon como objetivo examinar si la terapia cognitiva conductual (TCC) grupal mejora los constructos de ira en personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el grado en que los cambios en la intolerancia a la incertidumbre (II) median cambios en los constructos de ira en el transcurso de la TCC para el TAG. En este estudio participaron individuos que buscaban tratamiento con un diagnóstico con síntomas de TAG que asistieron a la TCC grupal. El tratamiento se brindó en una clínica especializada en trastornos del estado de ánimo y ansiedad en un hospital de atención terciaria afiliado a una universidad. La muestra estuvo conformada por 37 participantes principalmente mujeres (65%), La edad promedio fue de 38.31 años ($DE=10.00$). Los criterios de exclusión para el estudio fueron: psicosis activa o manía, ideación suicida activa o autolesión, un curso

adecuado de TCC para el TAG en los últimos 2 años y TCC adicional actual para el TAG. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWQ); Escala de intolerancia a la incertidumbre: forma abreviada; Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo II (STAXI-II): mide 4 facetas de la ira (expresión de la Ira-En (AX-I), Expresión de la ira hacia afuera (AX-O), Control de la ira hacia adentro (AC-I) y control de la ira (AC-O)). Todos los participantes recibieron una consulta con un psiquiatra antes del tratamiento, fueron diagnosticados con TAG y fueron derivados a un grupo de TCC para TAG. Los participantes completaron una TCC manualizada para el tratamiento grupal de TAG, que tuvo una duración de 12 semanas, asistiendo dos horas, una vez a la semana. Por lo general, había de 8 a 10 participantes en un grupo y dos colíderes. El contenido del grupo incluía psicoeducación sobre modelos TCC de TAG, para desarrollar tolerancia a la incertidumbre a través de técnicas tales como: reestructuración cognitiva, exposición a situaciones temidas y evitadas, reducir la búsqueda excesiva de seguridad, reducir la preparación excesiva, registros de pensamientos, resolución de problemas, experimentos de comportamiento, ejercicios, preocupación tiempo productivo contra preocupación improductiva, creencias fundamentales y prevención de recaídas. El formato de la sesión consistía en revisar la práctica de tareas entre sesiones con habilidades y dar a los participantes comentarios detallados sobre la aplicación de sus habilidades, enseñar nuevos contenidos o estrategias y asignar nuevos ejercicios de tareas entre sesiones para la próxima semana.

Los resultados mostraron que la mejora en la intolerancia a la incertidumbre (II) desde el pre-tratamiento hasta el post-tratamiento medio significativamente la mejora en expresión de la Ira (AX-I estimación de arranque = 1.11 ES = .42, CI [.46, 2.18]), y en la expresión de la ira hacia afuera (AX-O = 1.16 ES = .79. IC [.02, 3.30]). En general, el hallazgo de que la mejora en II explica una variación significativa en la mejora en la ira expresada interna y externamente antes y después del tratamiento del TAG sugiere que aprender a tolerar mejor la incertidumbre parece mejorar no solo la preocupación, pero también varias facetas de la ira. Los autores enfatizan que

este hallazgo inicial resalta la importancia de la II como un constructo y contribuye a la creciente evidencia de II como un factor potencialmente transdiagnóstico, que subyace a una variedad de dificultades emocionales.

Mahmoodi y colaboradores (2021) llevaron a cabo el primer ensayo controlado aleatorio que comparo la eficacia de la terapia cognitiva conductual para el perfeccionismo (TCC-P) y el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (UP). En este ensayo participaron clientes de cuatro centros de asesoramiento y psicoterapia en Teherán. En total se evaluó la elegibilidad de 127 personas, al final, se incluyeron 75 individuos y se aleatorizaron a una de tres condiciones (25 por grupo). Finalmente, nueve de los participantes que iniciaron el tratamiento no completaron el programa de tratamiento y 64 participantes continuaron colaborando hasta el final del estudio y fueron analizados (TCC-P: 25 participantes; UP: 22 participantes; grupo WL: 19 participantes). Los participantes finales incluyeron 30 hombres (edad promedio 26.1 años) y 34 mujeres (edad promedio 27.0 años) con un rango de edad de 18 a 40 años. Se aplicaron como instrumentos la entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-TR (IDCG); Depresión Ansiedad Estrés Scale-21 (DASS-21); Inventario de depresión de Beck - I (BDI-IL); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWO); Inventario de fobias sociales (GIRAR); Índice de sensibilidad a la ansiedad (AS); Escala de perfeccionismo multidimensional de Frost (FMPS); Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).

El tratamiento de terapia cognitiva conductual para el perfeccionismo (TCC-P) se realizó individualmente en una sesión por semana, y cada sesión tuvo una duración de 60 minutos. El número y el contenido de las sesiones de tratamiento se seleccionaron en base al protocolo propuesto e incluyeron los siguientes pasos: Sesión 1: Evaluación y motivación para el cambio: pros y contras del perfeccionismo cambiante. Sesión 2: Formulación cognitivo conductual. Sesión 3: Psicoeducación y auto seguimiento. Sesiones 4–5: Comportamientos de control, evitación y contraproducentes, experimentos conductuales y encuestas. Sesión 6: Esquema disfuncional de

autoevaluación. Sesión 7: Rigidez, reglas y estándares extremos. Sesiones 8 y 9: Sesgos cognitivos: experimentos conductuales, incluidas actividades placenteras, reenfocar la atención, la reestructuración cognitiva y los errores de pensamiento. Sesión 10: Resolución de problemas (incluyendo relajación/estrategias de gestión del tiempo/ procrastinación). Sesión 11: Autocrítica y autocompasión. Sesión 12: Prevención de recaídas. Del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico (UP) el tratamiento se realizó en modalidad individualmente en una sesión por semana, y cada sesión tuvo una duración de 60 minutos. El número y el contenido de las sesiones de tratamiento se seleccionaron en base al protocolo propuesto e incluyeron los siguientes pasos: Sesión 1: Psicoeducación y justificación del tratamiento. Sesión 2: Potenciación motivacional. Sesión 3: Conciencia emocional. Sesiones 4–5: Reevaluación cognitiva. Sesión 6: Prevención de la evitación emocional. Sesiones 7–8: Exposición interoceptiva. Sesiones 9–11: Exposiciones situacionales. Sesión 12: Prevención de recaídas. Las mediciones de la etapa inicial se realizaron después de seleccionar a los participantes elegibles y obtener el consentimiento por escrito para participar en el estudio y realizar grabaciones de audio de las sesiones. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a tres grupos (TCC-P, UP y WL (lista de espera)), para esto se utilizó un software de asignación aleatoria (Saghaei,2004; versión 1.0). Todas las evaluaciones fueron realizadas en las etapas de pretratamiento, postratamiento y seguimiento a ciegas por un estudiante de maestría en psicología clínica. Los estudios han concluido que la TCC-P puede conducir a una disminución significativa del perfeccionismo disfuncional, los trastornos de ansiedad y la depresión con base a un criterio que define las medidas de eficacia del tratamiento como un indicador de importancia clínica. Los autores comentan que resulto interesante observar el gran tamaño del efecto sobre la reducción del síndrome psicológico, ya que la terapia no se dirigió directamente a los síntomas, por lo que confirma los resultados de estudios previos que sostenían que tanto el perfeccionismo como la regulación emocional son factores transdiagnósticos, y al afectarlos directamente se pueden reducir indirectamente los síntomas de los trastornos. El ANOVA de medidas repetidas indicó

que los grupos de tratamiento informaron una reducción pre-post significativamente mayor en la gravedad de los síntomas de los trastornos, así como un aumento pre-post significativamente mayor en la calidad de vida, todos con tamaños de efecto moderados a grandes en comparación con el grupo de lista control (WL). Las ganancias del tratamiento se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento. El grupo TCC-P informó una reducción pre-post significativamente mayor en el perfeccionismo en comparación con el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (UP) y el grupo UP informó una mejora pre-post significativamente mayor en la regulación emocional en comparación con TCC-P. Los hallazgos respaldan la TCC para el perfeccionismo y consideran que la UP es un tratamiento eficaz para las personas con depresión y trastornos de ansiedad que también tienen un perfeccionismo disfuncional. Parece que el perfeccionismo no puede ser un obstáculo serio para UP, como este es un estudio preliminar y tiene algunas limitaciones, se recomienda realizar más investigaciones.

Pateraki y Morris (2018) llevaron a cabo una revisión sistemática en donde se resume la evidencia con respecto a la efectividad de terapia cognitivo-conductual (TCC) para reducir la ansiedad en personas con asma, con resultados presentados por separado para adultos y niños. Los estudios incluidos tenían participantes con un diagnóstico de asma. Sin edad, género u otras limitaciones. Se siguió la declaración PRISMA y la guía CRD para realizar e informar la revisión. Tres bases de datos electrónicas principales (Ovid Medline, PsycINFO y EMBASE) y utilizaron búsquedas manuales para encontrar investigaciones relevantes publicadas y no publicadas. Selecciones de estudio: Dieciséis ensayos (doce adultos y cuatro niños) cumplieron los criterios de inclusión y fueron evaluados con criterios de calidad adaptados. Tanto los ensayos controlados como los diseños de medidas repetidas fueron elegibles. Todos los formatos de intervención de TCC fueron elegibles (grupal, individual, informatizado, autoayuda). Los estudios incluidos examinaron las intervenciones de la TCC que involucraron tanto a los cognitivos como a los conductuales. La mejora de la ansiedad fue un factor primario objetivo de tratamiento secundario en todos los estudios.

La búsqueda en la base de datos electrónica arrojó 1721 resultados y las búsquedas manuales indicaron 83 potencialmente artículos relevantes. La mayoría de los estudios revisados (*norte*=11) alcanzó una potencia inferior a 0.8. Se entregaron seis intervenciones en formato grupal y cuatro en formato individual, ofreciendo de 3 a 14 sesiones de terapeuta. Los cinco estudios restantes fueron con participantes con niveles clínicos de ansiedad y tenían mayor metodología. En estos estudios se encontraron reducciones estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad a lo largo de las intervenciones con TCC y todos los estudios que informaron efectos beneficiosos de la TCC para reducir la ansiedad incorporaron asma-educación relacionada junto con o dentro de la intervención de la TCC, y lo que sugiere que la educación relacionada con el asma la educación puede ser importante para permitir la reducción de la ansiedad complicada por el asma. Los autores sugieren que se necesita más investigación de alta calidad, y que los estudios pueden beneficiarse del uso de intervenciones de TCC centradas en la ansiedad, que se adaptan para abordar las cogniciones particulares, las circunstancias y las dificultades experimentadas por personas con asma.

En este ensayo controlado aleatorio de grupos paralelos, Romijn y colaboradores (2021) tuvieron como objetivos examinar la aceptabilidad, la eficacia y la rentabilidad de la terapia cognitiva conductual combinada (TCCc) frente a la terapia cognitiva conductual cara a cara (TCCcac), así como evaluar la aceptabilidad, la eficacia y la rentabilidad de la TCCc en comparación con la TCCcac en clientes con trastorno de pánico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada en la atención de salud mental especializada de rutina. Como población se consideraron los clientes que fueron derivados a la atención especializada en salud mental en los Países Bajos que sufrían trastornos mentales graves. Los criterios de inclusión de los participantes fueron la edad de 18 años o más y cumplimiento de los criterios del DSM-IV para el trastorno de pánico (con o sin agorafobia), trastorno de ansiedad social o trastorno de ansiedad generalizada, según lo diagnosticado con la entrevista clínica estructurada para el DSM-Trastornos del IV Eje I (SCID-I), o la Mini-International Neuropsychiatric Interview, versión Plus

(MINI-Plus) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los criterios de exclusión fueron: presencia de un trastorno psicótico o bipolar, dependencia de sustancias o alto riesgo de suicidio. Se permitió el uso de medicamentos psicotrópicos. Como muestra se tomaron 129 candidatos elegibles fueron invitados a una entrevista de diagnóstico y 114 fueron asignados aleatoriamente a TCCc (norte=52) o TCCcac (norte=62). La edad media de los participantes fue de 36.3 años.

El reclutamiento tuvo lugar entre noviembre de 2015 y julio de 2017 en los departamentos de clientes ambulatorios de cuatro centros especializados de atención de salud mental en los Países Bajos. Después de la evaluación inicial, un investigador independiente asignó aleatoriamente a los participantes incluidos a TCCc o TCCcac. Se realizaron 15 sesiones semanales de forma asincrónica en una modalidad presencial y en línea, donde se trabajaron estrategias tales como la psicoeducación, terapia cognitiva, exposición y prevención de recaídas. Para las variantes combinadas, las sesiones presenciales y en línea se integraron en un único protocolo de tratamiento combinado para cada trastorno. Las sesiones de tratamiento contenían psicoeducación (explicación del fundamento del tratamiento y procedimientos generales en terapia cognitiva), terapia cognitiva (examen de relaciones entre pensamientos, emociones y comportamiento), tareas de exposición (exposición graduada a situaciones temidas) y prevención de recaídas (identificación y adopción de estrategias para prevenir la recurrencia de los síntomas de ansiedad). El protocolo para el TAG consistió en terapia metacognitiva.

Los hallazgos sobre la aceptabilidad indican que la terapia cognitiva conductual combinada (TCCc) es una opción de tratamiento aceptable para los clientes en atención especializada en salud mental en términos de preferencia de tratamiento, adherencia, alianza terapéutica y satisfacción con el tratamiento. Con respecto a la efectividad en la reducción de los síntomas de ansiedad, los autores no encontraron diferencias significativas entre la TCCc y la terapia cognitiva conductual cara a cara (TCCcac) después del tratamiento ni al año de seguimiento. Asimismo, los resultados sugieren que la TCCc es un enfoque aceptable para clientes con trastornos de ansiedad en entornos especializados de atención de salud mental. No

se encontraron indicios de que su efectividad clínica difiera de la de TCCc. Además, se espera que TCCc sea una alternativa rentable a TCCc.

Simon y colaboradores (2021), presentaron como objetivos, examinar la eficacia a corto plazo del yoga (KY) en comparación con una condición de control previamente validada y estandarizada, la educación sobre el manejo del estrés (educación sobre el estrés) y una psicoterapia de primera línea, TCC para TAG; examinar la eficacia a largo plazo de KY; Examinar y comparar el mecanismo de los cambios de tratamiento del yoga kundalini (KY) y terapia cognitiva conductual (TCC) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

Para realizar este estudio se consideró una población de adultos mayores de 18 años con un DSM-5 TAG diagnóstico determinado por entrevistas clínicas estructuradas por evaluadores clínicos capacitados. La muestra de 538 participantes que dieron su consentimiento y fueron evaluados, 226 (edad media [DE], 3.4 [13.5] años; 158 [69.9%] mujeres) con un diagnóstico primario de TAG se asignaron al azar para recibir KY ($n = 93$), TCC ($n = 90$), o educación sobre el estrés ($n = 43$). De los participantes que completaron el estudio tuvieron una edad media de 35,7 (14,3) años; (2.57, d. $f=224$, $PAGS=.07$). 2 instructores. El diseño de este estudio fue prospectivo, aleatorizado, de 3 brazos, de grupos paralelos, controlado, de un solo ensayo ciego (evaluadores enmascarados pero médicos no enmascarados) para evaluar la eficacia de 12 semanas de KY, TCC y SE para TAG, cada uno emparejado por tiempo y contacto con el médico. Se aplicaron el cuestionario de metacognición (MCQ) y el cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ) para las 3 intervenciones se emparejaron por tiempo y contacto con el profesional, con 2 instructores y de 3 a 6 participantes por grupo, impartidas durante doce sesiones de 120 minutos con 20 minutos de tareas diarias. Se proporcionó una justificación creíble de la eficacia de todos los tratamientos. El Centro de Medicina y Humanología Guru Ram Das (SBSK) desarrolló un protocolo KY estandarizado. El protocolo incluía posturas y ejercicios físicos, técnicas de respiración, ejercicios de relajación, prácticas de meditación y atención plena, teoría del yoga, filosofía y psicología. La terapia cognitivo-conductual usó un protocolo TAG

basado en evidencia, que incluye 5 módulos de tratamiento básicos (psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, exposiciones a preocupaciones y ejercicios de exposición in vivo) y metacogniciones específicas (es decir, preocuparse por preocuparse) pero sin componentes explícitos de atención plena. La educación sobre el estrés es una condición de control estandarizada, incluyendo conferencias sobre los efectos fisiológicos, psicológicos y médicos del estrés; los efectos de los comportamientos del estilo de vida, como la cafeína, el alcohol y el tabaquismo; factores de resiliencia; y la importancia del ejercicio y la dieta. La tarea consistía en escuchar archivos de audio sobre el estrés, la nutrición y el estilo de vida, 20 min diarios. En este ensayo, Kundalini yoga (KY) fue eficaz para el TAG, pero los resultados respaldan que la TCC sigue siendo el tratamiento de primera línea (kundalini yoga, 60 [64.5%]; TCC, 67 [74.4%]; y educación sobre el estrés, 28 [65.1%]).

En este estudio Solem y colaboradores (2021) se plantearon como objetivo evaluar los efectos observados en el seguimiento a largo plazo (8-11 años) después de completar el ensayo de Nordahl y colaboradores (2018 citado en Solem et al., 2021) en el que se compararon terapia metacognitiva (TMC) con el enfoque de terapia cognitiva conductual (TCC) de Borkovec y colaboradores (1993), en este estudio, TMC se asoció con resultados superiores en las medidas primarias y la mayoría de los resultados secundarios. Solem y colaboradores (2021) exploran la recuperación, la recaída, los cambios en los síntomas y el estado de diagnóstico de estos clientes. La hipótesis principal fue que los clientes tratados con TMC continuarían mostrando un aumento en la mejoría que con la TCC a largo plazo. Los participantes fueron adultos con diagnóstico de TAG que habían dado su consentimiento por escrito para participar, la muestra tenía una edad media de 48.06.

El diseño en este protocolo fue un ensayo controlado aleatorizado de TCM en comparación con TCC, en el cual se ocuparon como instrumentos; el Cuestionario de Preocupación de Penn State (PSWO); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck). En el presente estudio, 28 clientes fueron aleatorizados a TCC

y 32 a TMC a los 2 años de seguimiento, faltaban cuatro clientes, dos en cada condición (total norte=56, 93.3% de asistencia). Seis psicólogos clínicos, capacitados tanto en TCC como en TMC, administraron la terapia según los manuales publicados durante un máximo de 12 sesiones semanales de 60 minutos; TCC siguió el manual de Borkovec y Costello (1993) y constaba de cuatro módulos: detección de señales tempranas de ansiedad y preocupación, relajación aplicada como respuesta a estas señales, ensayo imaginal de métodos de afrontamiento con desensibilización del autocontrol y TCC para creencias catastróficas y preocupación. TMC siguió el manual de Wells (2009) y constaba de cinco módulos formulación de casos y socialización, modificación de creencias sobre la incontrolabilidad y el peligro de la preocupación, cuestionamiento de las creencias positivas sobre la utilidad y las ventajas de la preocupación, implementación de estrategias de atontamiento alternativas y, finalmente, prevención de recaídas.

En la intervención se realizaron 12 sesiones con una duración de 60 min semanalmente, en las cuales los componentes a trabajar fueron la detección de señales tempranas de ansiedad y preocupación, relajación aplicada como respuesta a estas señales, ensayo imaginal de métodos de afrontamiento con desensibilización del autocontrol y TCC para creencias catastróficas y preocupación. En los resultados, los autores encontraron que los síntomas se redujeron significativamente antes y después del tratamiento, mientras que no hubo cambios significativos en el periodo de seguimiento. Utilizando datos de casos completos, las tasas de recuperación fueron del 57.1% para TMC y del 37.5% para TCC a los 9 años de seguimiento, y las tasas de recuperación clínica la mejora fue del 23.8% para TMC y del 31.3% para TCC.

Este estudio se propuso explorar los posibles efectos a largo plazo de la TCC y la TCM en clientes con TAG. La tasa de participación fue del 65% de la muestra original, la tasa de recuperación a largo plazo para la TCC fue del 38%, mientras que para la TMC fue más alta, del 57%. Los clientes tuvieron más mejoría tanto en la preocupación como en la ansiedad en la condición TMC. Después de TMC, el 43% mantuvo su estado de recuperación y otro 14% logró

la recuperación. Después de la TCC, la tasa de recuperación sostenida fue del 13%, mientras que otro 25% logró la recuperación. En conclusión, el presente estudio mostró que tanto la TCC como la TMC están asociadas con efectos a largo plazo y que la superioridad de la TMC observada en el postratamiento puede fortalecerse durante el seguimiento a largo plazo.

Wilner y colaboradores (2020) presentan este estudio que tuvo como objetivo explorar los cambios en la calidad de vida en un ensayo aleatorizado y controlado de varios tratamientos cognitivo- conductuales (TCC) para los trastornos de ansiedad. Los participantes que buscaban tratamiento fueron reclutados de una clínica de salud mental comunitaria con base en la Universidad de Boston, reclutando en total a 223 participantes incluidos 88 para la condición de trastornos de ansiedad heterogéneos (UP), 91 para la condición de protocolos para un solo trastorno (SDP) y 44 para el grupo de lista de espera o control (WLC). Un total de 160 participantes completaron las medidas posteriores al tratamiento, con una edad media de 31.1 años ($DE=11.0$ años). Los terapeutas del estudio eran estudiantes de doctorado en psicología clínica, becarios posdoctorales y psicólogos clínicos licenciados con capacitación y certificación en los protocolos de tratamiento utilizados. Se aplicaron los siguientes instrumentos para evaluación diagnóstica: ADIS; Medida de resultado primaria: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF): dominios de salud física, sentimientos subjetivos, actividades de ocio, relaciones sociales, actividades generales, medicamentos y satisfacción general con la vida; Moderadores potenciales: Cuestionario de Evitación Experiencial Multidimensional (MEAQ).

El ensayo constó de dos fases: (a) un tratamiento agudo de 16 sesiones (12 sesiones para clientes con un diagnóstico principal de PD/A) o fase de WLC de 16 semanas y (b) una fase de seguimiento de 6 meses (para los cuales los clientes WLC no fueron incluidos). La fase de tratamiento agudo se limitó a un máximo de 21 semanas (16 semanas para PD/A). En el caso de que los clientes no pudieran cumplir con este cronograma, se suspendió el tratamiento y se realizaron evaluaciones de seguimiento. Los participantes fueron aleatorizados por diagnóstico

principal mediante una proporción de asignación de 2:2:1 a las condiciones UP, SDP y WLC, respectivamente. Fueron un total de 16 sesiones con una duración de 50-60 min semanalmente.

El grupo de trastornos de ansiedad heterogéneos (UP) consta de cinco módulos de tratamiento básicos: conciencia emocional consciente, flexibilidad cognitiva, contrarrestar comportamientos emocionales, conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas y exposiciones emocionales. Estos son los módulos principales, los clientes recibieron un módulo final centrado en revisar el progreso del tratamiento y la planificación para la prevención de recaídas. Este estudio evaluó el cambio en la calidad de vida a través de las TCC para los trastornos de ansiedad heterogéneos y, en particular, explorar si los enfoques transdiagnósticos demuestran una ventaja para abordar este constructo. Es de destacar que, al inicio del estudio, la muestra evidenció una calidad de vida reducida en comparación con muestras sanas, lo que respalda investigaciones anteriores de que la calidad de vida se ve afectada entre aquellos con una patología similar.

Los resultados del ensayo sugieren que los participantes en ambas condiciones de tratamiento mostraron una mejora significativa en la calidad de vida en comparación con los que estaban en lista de espera después del tratamiento, y que estas ganancias se mantuvieron durante los 6 meses de seguimiento. Con respecto a si la TCC transdiagnóstica ejerce efectos más sólidos sobre la calidad de vida que los enfoques centrados en un solo trastorno discreto (UP), los autores enfatizan que el análisis de tiempo por grupo sugieren tasas similares de mejora y que los análisis de moderación sugieren que el afecto negativo al inicio del estudio fue el único moderador especificado significativo del efecto de la calidad de vida del tratamiento, mientras que la evitación experiencial, la comorbilidad y el diagnóstico principal no fueron significativos. Para ellos esto indica que el nivel de afecto negativo puede ser un contribuyente particularmente destacado en las percepciones de los individuos sobre su calidad de vida. También les parece posible que las medidas capturaran la afectividad negativa del rasgo, en lugar de la capacidad de tolerar el afecto negativo cuando ocurre; eso es, las personas pueden continuar

experimentando fuertes emociones negativas, pero su relación con esas emociones puede haber cambiado. Los autores sugieren que la investigación futura debe continuar evaluando el vínculo entre el afecto negativo y la calidad de vida en la TCC.

Con base en los estudios expuestos anteriormente, se realizó un análisis de todos los elementos seleccionados para el presente apartado de TCC para TAG, para tal fin, éstos fueron organizados siguiendo el siguiente proceso: (1) Autores y año de la publicación, (2) título, (3) objetivo del estudio, (4) muestra, (5) diseño o tipo estudio empleado en la metodología, (6) instrumentos, (7) datos de la intervención; componentes, técnicas y estrategias, número de sesiones, duración y periodicidad, y (8) resultados (Anexo D).

Los quince estudios seleccionados son intervenciones, específicamente; uno es un estudio piloto (Laposa & Fracalanza., 2019), otro es experimental (Miller et al., 2021), dos son cualitativos (Eilert et al., 2022 y Lawler et al., 2021), dos son revisiones sistemáticas (Eilert et al., 2021 y Pateraki & Morris, 2018), y nueve son ensayos controlados aleatorizados (Burke et al., 2019; Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Mahmoodi et al., 2021; Richards et al., 2020; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021 y Wilner et al., 2020); De estas quince intervenciones, cuatro de ellas son comparaciones; Comparación de la eficacia de la terapia cognitiva conductual para el perfeccionismo (TCC-P) y el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (UP) (Mahmoodi et al., 2021); Comparación de la terapia cognitiva conductual combinada (TCCc) frente a la terapia cognitiva conductual cara a cara (TCCcac), en clientes con trastorno de pánico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Romjin et al., 2021); Comparación del mecanismo de los cambios de tratamiento del yoga kundalini (KY) y terapia cognitiva conductual (TCC) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Simon et al., 2021); Comparación de terapia metacognitiva versus terapia cognitivo-conductual en adultos con trastorno de ansiedad generalizada (TAG): un estudio de seguimiento de 9 años (Solem et al., 2021). Cabe destacar que en las 15

intervenciones TCC, se observaron efectos positivos tras la intervención en la sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada que fue una medida principal en estas intervenciones.

Con base en lo anterior, se retomaron para esta investigación, aquellos elementos clave para realizar una propuesta de terapia cognitiva conductual (segunda ola) con el fin de disminuir los síntomas de ansiedad. De este modo, los componentes que más se utilizaron y han dado resultados positivos para la disminución de sintomatología ansiosa, se retomaron los siguientes: psicoeducación, manejo de ansiedad (inoculación del estrés), reestructuración cognitiva, exposición conductual y prevención de recaídas. Con respecto a las técnicas que más se utilizan para trabajar estos componentes, se presentan: relajación, autorregistro, análisis funcional y solución de problemas, exposición funcional cognitiva, autocontrol, imaginería y técnica de exposición. Respecto a las intervenciones, éstas presentaron características diferentes, tanto en el número de sesiones que va desde 3 hasta 16, teniendo una media de 12.5 sesiones; la duración de las sesiones oscilaba entre los 50 minutos, 60 minutos y dos horas, con un promedio de una hora con 17 minutos. La periodicidad era semanal, misma que fue constante en todos los estudios. Con respecto a la modalidad de atención, seis intervenciones fueron en línea, ocho intervenciones fueron presenciales y una fue una intervención combinada. Por lo anterior, se diseñó una intervención de 13 sesiones, con una duración 80 minutos cada una, con una sesión semanal y en modalidad individual y presencial.

Con base en el análisis de la revisión sistemática, a continuación se presentan en la Tabla 18, los elementos generales y en la Tabla 19, se presentan los componentes, las técnicas y estrategias de la terapia cognitiva conductual, todos estos elementos se retomarán para diseñar las propuestas de intervención para la sintomatología ansiosa en población adulta.

Tabla 18

Elementos para propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) para sintomatología ansiosa en población adulta

Elemento	Estado de arte TCC
Número de sesiones	12.5
Duración	77.14 minutos
Modalidad	Presencial
Periodicidad	Semanal

Tabla 19

Componentes y técnicas para propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) para sintomatología ansiosa en población adulta

Elementos TCC	Descripción breve
Psicoeducación (Falihat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposá & Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki & Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	Consiste en la explicación, por parte del profesional tratante al cliente, de conceptos fundamentales del cuadro clínico y del encuadre de tratamiento (Ibáñez & Manzanera, 2011)
Manejo de ansiedad o Inoculación del estrés (Falihat et al., 2022; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	La inoculación del estrés es un procedimiento diseñado para el manejo de las situaciones productoras de estrés (ansiedad, ira, enfado, etc.). Su objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan: Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica. Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un conjunto de pensamientos positivos (autoinstrucciones) que sirven para afrontar el estrés. Identificar situaciones estresantes y prepararnos para afrontarlas en el futuro: Entrenamiento en relajación y respiración profunda. Entrenamiento auto instruccional (autoinstrucciones) para contrarrestar los pensamientos automáticos habituales. (Ibáñez & Manzanera, 2011)
Reestructuración cognitiva (Falihat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposá & Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki & Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por pensamientos racionales y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. El terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los clientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos distorsionados y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Bados & García, 2010)

	Elementos TCC	Descripción breve
T é c n i c a s y e s t r a t e g i a s	Exposición conductual (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa & Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki & Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	Técnica de exposición (Gómez 2014). El terapeuta y el cliente pueden hacer un listado de situaciones activantes y practicar algunas en las sesiones de terapia y hacer un contrato para experiencias específicas en vivo con el fin de fomentar las aplicaciones y transferir las habilidades
	Prevención de recaídas (Laposa & Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Romjin et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	Valorar y reforzar el trabajo (Caballo, 2007)
	Relajación (Falahat et al., 2022; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	La relajación progresiva entrena la tensión y luego la relajación sistemática de varios grupos de músculos por medio de alguno de los procedimientos disponibles en la literatura (Caballo, 2007)
	Autorregistro (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa & Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki & Morris, 2018; Romjin et al., 2021)	Autorregistro de las reacciones de ansiedad: señales situacionales y experienciales de la activación ansiosa, autorregistro emocional (Caballo, 2007)
	Análisis funcional y solución de problemas (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa & Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki & Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	Análisis funcional y solución de problema El modelo cognitivo-conductual ayuda a entender mejor el problema desmenuzándolo en diferentes áreas a evaluar: • Estímulos disparadores. • Pensamientos. • Emociones y síntomas físicos. • Conducta. • Consecuencias. • Organismo y factores medioambientales (Ibáñez & Manzanera, 2011) Análisis conductual y al entrenamiento en darse cuenta de las situaciones asociadas a las preocupaciones. Orientación hacia el problema y habilidades de solución de problemas (Caballo, 2007)
	Exposición funcional cognitiva (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa & Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki & Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	La exposición funcional cognitiva se emplea para preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables que no se apoyan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables y su relación con la evitación (Caballo, 2007)
	Autocontrol (Mahmoodi et al., 2021; Romjin et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	Autobservación, autoinstrucción, planificación y programación de consecuencias (Ibáñez & Manzanera, 2011)
	Imaginería (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa & Fracalanza, 2019; Romjin et al., 2021)	Imaginería mental (Ibáñez & Manzanera, 2011) Representaciones mentales que dan la experiencia de percepción sin la presencia de un estímulo sensorial aferente, por lo cual podemos considerarlo un fenómeno subjetivo

Las intervenciones de terapia cognitiva conductual (TCC) ofrecen una variedad de estrategias terapéuticas dirigidas a las creencias en torno a la preocupación y la evitación emocional presentes en los clientes con TAG, los resultados analizados muestran la eficacia de las intervenciones TCC para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el cual fue medida principal de estas intervenciones. En términos de hallazgos secundarios, también se observan efectos beneficiosos de las intervenciones para las asociaciones cercanas entre ansiedad y síntomas depresivos y los estrechos vínculos entre la ansiedad, los factores de personalidad y la calidad de vida.

Método General

Planteamiento del problema

La ansiedad es considerada un problema significativo de salud mental, actualmente su prevalencia es tan alta que se cree podría afectar, en mayor o menor grado, a una gran parte de las personas en edad adulta. De acuerdo con las estimaciones sanitarias mundiales, en 2015 se estimaba que la ansiedad afectaba a 3.6% y en 2021 aumentó en un 25% en la población general. Debido a ello, se le considera un padecimiento mental grave que refleja una pérdida de salud y del funcionamiento general (OMS, 2014). Al respecto, en México el INEGI (2021) publicó en la presentación de resultados de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE), que la media nacional de población con síntomas de ansiedad es de 50.7%, de los cuales, 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado.

Desafortunadamente los efectos perniciosos de dicha enfermedad no se limitan al sufrimiento que ocasionan de modo directo a las personas que la padecen, sino que se extienden a familiares y amigos porque los síntomas ocasionan alteraciones en las relaciones sociales e incluso en la productividad, además de que promueven en los clientes el involucramiento en conductas poco saludables o que ponen en riesgo la salud. Por ejemplo, hasta 37% de las personas con ansiedad, también presentan patrones de abuso de drogas (Ruvalcava et al., 2021). En el ámbito laboral, se ha documentado que quienes padecen ansiedad también presentan mayores niveles de discapacidad; incluso que quienes tienen algún tipo de condición crónica como diabetes, hipertensión, artritis, cefaleas o dolores de espalda. En el ámbito médico, Bezerra y colaboradores en el 2021 realizan un estudio sobre la relación entre estrés y ansiedad en personas hipertensas sus resultados mostraron que la ansiedad, en términos generales, se presenta como un aspecto modulador de la hipertensión arterial, por su parte Neira y Ortega

(2006) reportan que un porcentaje de dolores crónicos musculoesqueléticos se asocia con ansiedad.

Desde esta perspectiva resulta importante abordar la ansiedad desde factores que puedan establecerse como explicaciones plausibles y funcionales al fenómeno, que aportan diferentes enfoques. Es en este contexto, en que la presente investigación tiene como objetivo comparar el enfoque focalizado en la emoción, que se distingue por el papel adaptativo que juega la emoción en el funcionamiento humano y la forma en que se accede a las emociones dolorosas crónicas transformando estas con emociones adaptativas saludables (Marren et al., 2022, O'Brien et al., 2019, Timulak et al., 2018 y Timulak et al., 2022) y el enfoque cognitivo conductual en el que el énfasis radica en la importancia de la cognición o del pensamiento en la activación o mantenimiento de los estados de ánimo negativos relacionados a la ansiedad así como en sus consecuencias conductuales evitativas (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa & Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki & Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021 y Wilner et al., 2021). Se espera que esta investigación aporte la sistematización de los programas de cada enfoque así como datos sobre los componentes y estrategias más efectivos de dos enfoques diferentes para el abordaje de la ansiedad desde una perspectiva de salud mental como un estado de bienestar con relación a capacidades, habilidades o recursos que el individuo desarrolla para afrontar tensiones en su vida.

Justificación

Al hacer una comparación de las propuestas de intervención de terapia focalizada en la emoción (TFE) y la terapia cognitiva conductual (TCC) para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), podemos observar que las dos terapias tienen antecedentes muy diferentes y por lo tanto su hipótesis, objetivo, así como los componentes, técnicas y estrategias para la intervención del TAG difieren la una de la otra (Tabla 20 y ANEXO E).

Mientras que la TFE, es una terapia humanista respaldada en terapias centradas en la persona, Gestalt, experienciales y existenciales y su foco para el tratamiento del TAG está en el componente emocional, específicamente la vulnerabilidad emocional crónica que se remonta a los esquemas emocionales y su objetivo de intervención para el TAG radica en transformar la vulnerabilidad emocional crónica (dolor emocional central) con base en un procesamiento emocional que genera experiencias de autocompasión e ira protectora necesarias para la construcción de una sensación de empoderamiento y confianza interior (Timulak & McElvaney, 2018).

Por su parte, la terapia cognitiva conductual (TCC) es una terapia, que tiene como base la filosofía griega, especialmente la socrática y epicúrea, el conductismo mediacional, el aprendizaje social, los estudios de la psicología experimental y la psicología clínica y su foco para el tratamiento del TAG está en el componente cognitivo-conductual, en este caso identificado como la preocupación excesiva, constante e incontrolable por diversos temas, generalmente relacionados con circunstancias del día a día, vida, y varios síntomas somáticos, cognitivos y conductuales que están presentes continuamente (Hurtado et al., 2020) y presenta como objetivo, adaptar el comportamiento con base en el reconocimiento de las preocupaciones como conductas de aproximación-evitación, al identificar los pensamientos disfuncionales asociados a estas conductas y reestructurarlos se logra la disminución de síntomas de ansiedad (Caballo, 2007; Eilert, 2022).

En cuanto a las similitudes entre estas dos diferentes terapias para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se identifican tres coincidencias; (1) las dos son empíricamente validadas, (2) las dos utilizan la psicoeducación, y (3) las dos terapias en sus resultados fueron efectivas para disminuir la sintomatología ansiosa, por lo que se puede concluir que las dos terapias son opciones válidas y efectivas pero diferentes para el tratamiento eficaz del TAG.

Tabla 20

Comparación de categorías de análisis de la terapia focalizada en la emoción (TFE) vs la terapia cognitiva conductual para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Categoría	Terapia focalizada en emociones (TFE)	Terapia cognitiva conductual (TCC)
Referente filosófico	Es una terapia humanista experiencial empíricamente respaldada en terapias centradas en la persona, Gestalt, experienciales y existenciales (Greenberg et al., 2015; Timulak & McElvaney, 2018)	Es una terapia basada en la evidencia, que tiene como base la filosofía griega, especialmente la socrática y epicúrea, el conductismo mediacional, el aprendizaje social, los estudios de la psicología experimental y la psicología clínica (Becoña & Oblitas, 1997)
Hipótesis sobre el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	El foco de la terapia focalizada en emociones (TFE) está en el componente emocional, específicamente la vulnerabilidad emocional crónica que implica 3 dolores centrales; soledad/tristeza, miedo y vergüenza, que señalan que existen necesidades humanas básicas de seguridad amor y pertenencia que no se cubrieron y en la interacción con el entorno existen desencadenantes claros y específicos de la ansiedad que se remontan a los esquemas emocionales (Timulak y McElvaney, 2018)	El foco de la terapia cognitiva conductual (TCC) está en el componente cognitivo-conductual, en este caso identificado como la preocupación excesiva, constante e incontrolable por diversos temas, generalmente relacionados con circunstancias del día a día. vida, y varios síntomas somáticos, cognitivos y conductuales que están presentes continuamente (Hurtado et al., 2020).
Objetivo	Transformar la vulnerabilidad emocional crónica (dolor emocional central) para regular las experiencias emocionales dolorosas y manejar los procesos que las desencadenan con base en un procesamiento emocional que genera experiencias de autocompasión e ira protectora necesarias para la construcción de una sensación de empoderamiento y confianza interior (Timulak y McElvaney, 2018)	Adaptar el comportamiento con base en el reconocimiento de las preocupaciones como conductas de aproximación-evitación, al identificar los pensamientos disfuncionales asociados a estas conductas y reestructurarlos se logra disminución de síntomas de ansiedad (Caballo, 2007; Eilert, 2022)
Componentes	Relación terapéutica Procesamiento emocional Vulnerabilidad crónica Esquemas emocionales Reestructuración emocional (Greenberg et al., 2015; Timulak & McElvaney, 2018)	Psicoeducación Manejo de ansiedad o inoculación del estrés Reestructuración cognitiva Exposición emocional Prevención de recaídas (Bados & García, 2010; Caballo, 2007; Ibáñez & Manzanera, 2011)
Técnicas	Sintonización empática Psicoeducación Experimentación de emociones Expresión emocional Exposición emocional Reflexión (Greenberg et al., 2015; Timulak & McElvaney, 2018)	Relajación Autorregistro Análisis funcional y solución de problemas Exposición funcional cognitiva Autocontrol Imaginería (Caballo, 2007; Ibáñez & Manzanera, 2011)

Categoría	Terapia focalizada en emociones (TFE)	Terapia cognitiva conductual (TCC)
Estrategias	Despejar un espacio Recuento de traumas Diálogo de dos sillas Promulgación de dos sillas Silla vacía Juego de roles Escritura reflexiva (Greenberg et al., 2015; Timulak & McElvaney, 2018)	Relajación progresiva Respiración diafragmática Orientación hacia el problema Autobservación Autoinstrucción Planificación de actividades Programación de consecuencias Reforzamiento positivo (Caballo, 2007; Ibáñez & Manzanera, 2011)
Resultado	En todos los estudios analizados se abordó la variable de ansiedad como una medida principal o secundaria y en todos los estudios se mostró una disminución de la sintomatología ansiosa a través de la Intervención Focalizada en Emociones, lo cual implica que la emoción es un elemento prioritario para intervenir la sintomatología ansiosa. Las intervenciones focalizadas en la emoción son efectivas para aumentar la regulación y el control emocional, la intimidad conyugal, la satisfacción sexual y el perdón, así como para disminuir la ansiedad, la depresión, el atracón, los síntomas somáticos, el dolor musculoesquelético, el dolor crónico, los síntomas de intestino irritable, el peso extra, la rumiación, la ira, la evitación de apego, las relaciones conflictivas y la tasa de abandono al tratamiento	Las intervenciones de terapia cognitiva conductual (TCC) ofrecen una variedad de estrategias terapéuticas dirigidas a las creencias en torno a la preocupación y la evitación emocional presentes en los clientes con TAG, los resultados analizados en los estudios muestran la eficacia de las intervenciones TCC para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), el cual fue medida principal de estas intervenciones. En términos de hallazgos secundarios, también se observaron efectos beneficiosos para las asociaciones entre ansiedad y síntomas depresivos y los estrechos vínculos entre la ansiedad, los factores de personalidad y la calidad de vida

En cuanto al análisis de los elementos generales finales a través de la organización de los datos en tablas. En la tabla 21, se presentan; el número de sesiones, la duración de las sesiones, la modalidad de intervención así como la periodicidad, de la terapia focalizada en la emoción (TFE) y la terapia cognitiva conductual (TCC) con el objetivo de integrar estos elementos para la propuesta general, en este caso; el número de sesiones será de 13, la duración de las sesiones; será de 1 hora 20 minutos, la modalidad de intervención será presencial y la periodicidad semanal.

Tabla 21

Elementos generales finales para las propuestas de intervención para sintomatología ansiosa en población adulta de terapia focalizada en la emoción (TFE) y terapia cognitiva conductual (TCC)

Elemento	Revisión de literatura	Revisión de literatura	General
	TFE	TCC	
Núm. de sesiones	13.4	12.5	13
Duración	86 minutos	77.14 minutos	80
Modalidad	Presencial	Presencial	Presencial
Periodicidad	Semanal	Semanal	Semanal

Pregunta de investigación

- ¿Un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual tienen efectos diferenciales para disminuir la sintomatología moderada y alta de ansiedad en adultos?

Objetivo general

Comparar el efecto de un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad en adultos

Para el logro de esto, la investigación está conformada por tres fases (Ver Figura 44)

Figura 44

Esquema general de la investigación



Método Fase I: Descriptivo correlacional

Pregunta de Investigación

¿Existe relación entre la ansiedad, depresión y la dependencia emocional en adultos de Pachuca, Hidalgo?

Objetivo General

Identificar la sintomatología con mayor prevalencia en clientes que solicitan atención psicológica.

Objetivos Específicos

- Identificar las principales sintomatologías que se presentan en el motivo de consulta.
- Aplicar las escalas estandarizadas y validadas en México en adultos de las sintomatologías con mayor prevalencia.
- Identificar la sintomatología con mayor prevalencia en clientes adultos que solicitan atención psicológica.

Tipo de Diseño y Estudio

Esta fase es de corte cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo-correlacional. En la siguiente tabla se muestran las variables de esta fase.

Tabla 22*Variables Fase I*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
Ansiedad	La ansiedad es una emoción, la cual se va a caracterizar por pensamientos constantes de preocupación, sentimientos de tensión, y alteraciones físicas (APA, 2017)	Inventario de Ansiedad de Beck, se conforma de 21 ítems que mide la severidad de los síntomas de ansiedad, tiene una confiabilidad de .83 y una validez de $r = .75$
Depresión	La depresión consiste en una profunda tristeza o desesperación cuya duración se extiende más allá de unos pocos días e influye en las actividades de la vida cotidiana, e incluso dolores físicos (APA, 2017)	Inventario de Depresión de Beck, se conforma de 21 ítems que mide la severidad de los síntomas de depresión, tiene una consistencia interna de .87 y una validez de $r = .70$
Dependencia Emocional	La dependencia emocional es un patrón de comportamientos donde una persona busca constantemente la validación y el apoyo de otros. Se manifiesta como una necesidad excesiva de ser cuidado y de atención (APA, 2013)	Inventario de Dependencia Emocional, se conforma de 25 ítems que mide el nivel de dependencia emocional, tiene una confiabilidad de 0.96, la validez se estableció mediante un proceso de evaluación donde el 95% de los reactivos demostraron ser apropiados para medir el constructo de dependencia emocional, lo que sugiere una alta validez del instrumento.

Hipótesis estadística***Hipótesis Nula***

H0.-No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad, depresión y dependencia emocional en adultos del Estado de Hidalgo.

Hipótesis Alterna

H1.-Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y depresión y dependencia emocional en adultos del Estado de Hidalgo.

Instrumentos

Para identificar la sintomatología con mayor prevalencia en clientes adultos que solicitan atención psicológica se aplicaron instrumentos de evaluación específicos para sintomatología de ansiedad, depresión y codependencia emocional que se explican en la siguiente Tabla:

Tabla 23

Instrumentos Fase I

Instrumentos	Características
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Evalúa la intensidad de la depresión en adultos y adolescentes, consta de 21 ítems que evalúan síntomas como tristeza, pesimismo y falta de energía. Se utiliza una escala de puntuación de 0 a 3 para cada ítem, en donde la puntuación total de 0-13 indican sin depresión, 14-9 (depresión leve), 20-28 (depresión moderada), 29-63 (depresión grave)
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Diseñado para evaluar la severidad de la ansiedad en adultos y adolescentes. Compuesto por 21 ítems que evalúan síntomas de ansiedad como temor, taquicardia y sensación de muerte inminente. Utiliza una escala de puntuación de 0 a 3 para cada ítem. Puntuación total: 0-7 (ansiedad mínima), 8-15 (ansiedad leve), 16-25 (ansiedad moderada), 26-63 (ansiedad grave).
Inventario de Dependencia Emocional (IDE)	Evalúa el grado de dependencia emocional en relaciones interpersonales. Compuesto por una serie de ítems que evalúan aspectos como miedo a la soledad, necesidad de aprobación y dificultad para establecer límites en las relaciones personales. Utiliza una escala de puntuación para medir el nivel de dependencia emocional en una escala continua.

Participantes

La muestra de participantes para este estudio consistió en adultos que estuvieran recibiendo terapia psicológica en el municipio de Pachuca, en el Estado de Hidalgo. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para reclutar a los participantes.

El criterio de inclusión para participar en el estudio fue ser mayor de 18 años y estar recibiendo tratamiento psicológico en Pachuca. Se excluyeron del estudio aquellos individuos que no cumplieran con los criterios de inclusión. En total, participaron 50 adultos en el estudio.

Análisis estadístico propuesto

Se utilizó el programa SPSS versión 15, en donde se analizaron datos y se obtuvieron frecuencias y correlaciones.

Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial del 2013. Además, se siguieron las normas éticas y regulaciones aplicables en México, incluyendo las establecidas por el Comité Nacional de Bioética, como lo menciona la Secretaría de Salud del 2012. La Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, establece los criterios para la realización de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. El proyecto de investigación fue evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH y el dictamen emitido fue APROBADO con número de Oficio Comité ICSa <<188>>/ 2023 y 2024 (ANEXO F).

Se garantizo la confidencialidad de la información de los participantes. Todos los datos recopilados fueron tratados de forma anónima y se utilizaron exclusivamente para fines de investigación. Se tomaron medidas para proteger la privacidad de los participantes y se aseguró que no se revelará ninguna información personal sin su consentimiento explícito, excepto en los casos requeridos por la ley.

Resultados Fase I

Datos descriptivos de la población

Se contó con la participación de 50 adultos cuyas edades oscilaron entre los 18 y los 60 años, con una media de 29.68. Participaron 38 mujeres (76%) y 12 hombres (24%). En cuanto al estado civil; 35 (70%) participantes reportaron ser solteros, 11 (22%) casados, 3 divorciados (6%) y 1 (2%) en unión libre, la Tabla 24 presenta los datos sociodemográficos.

Tabla 24

Datos sociodemográficos de la muestra

Estadísticos					
		Sexo del cliente	Edad del cliente	Estado civil del cliente	Situación Laboral
N	Válidos	50	50	50	50
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	12	24	24	24
	Femenino	38	76	76	100
	Total	50	100	100	
Edad del cliente					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18	1	2	2	2
	22	2	4	4	6
	23	2	4	4	10
	24	4	8	8	18
	25	2	4	4	22
	26	2	4	4	26
	27	8	16	16	42
	28	10	20	20	62
	29	3	6	6	68
	30	1	2	2	70
	31	1	2	2	72
	32	2	4	4	76
	33	2	4	4	8
	34	3	6	6	86
	35	1	2	2	88
	36	1	2	2	90

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	37	1	2	92
	40	1	2	94
	42	1	2	96
	52	1	2	98
	60	1	2	100
Total	50	100	100	
Estado civil del cliente				
Válidos	Soltero	35	70	70
	Casado	11	22	92
	Unión Libre	1	2	94
	divorciado	3	6	100
	Total	50	100	100

Análisis descriptivo de las pruebas

En la Tabla 25 y Figura 45 se puede observar la distribución de puntuaciones en la Evaluación BDI II entre la muestra. Un 22% ($n=11$) presenta síntomas de depresión mínima, mientras que el 24% ($n=12$) muestra síntomas de depresión leve, el 18% ($n=9$) tiene síntomas de depresión moderada y el 36% ($n=38$) presenta síntomas de depresión grave. Estos resultados sugieren una variada gravedad de la sintomatología dentro de la muestra.

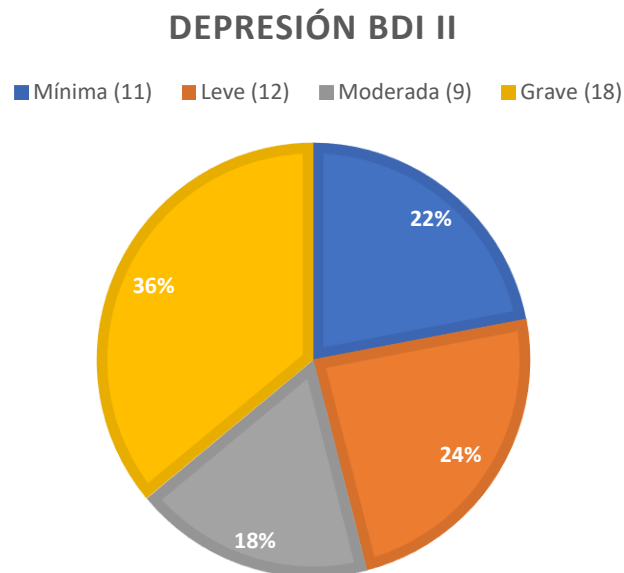
Tabla 25

Datos descriptivos del Inventario de Depresión de Beck (BDI II)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Depresión mínima	11	22%	22%
	Depresión leve	12	24%	46%
	Depresión moderada	9	18%	64%
	Depresión grave	18	36%	100%
	Total	50	100%	100%

Figura 45

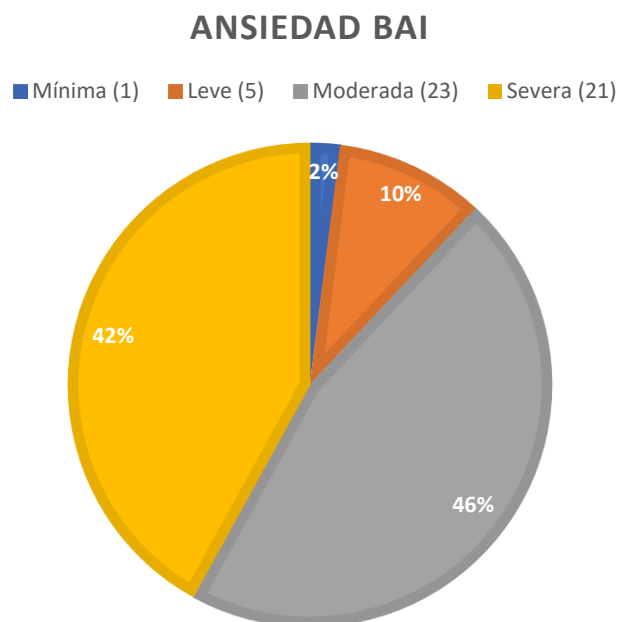
Evaluación del Inventario de Depresión de Beck (BDI II)



En cuanto a la evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se puede observar la distribución de las puntuaciones en la Tabla 26, se muestra que el 2% ($n=1$) de los participantes muestra síntomas de ansiedad mínima según sus puntuaciones en la escala, un 10% ($n=5$) tiene síntomas de ansiedad leve, lo que representa una proporción relativamente baja en comparación con otras categorías, mientras que el 46% ($n=23$) presentan síntomas de ansiedad moderada, lo que indica una prevalencia significativa de ansiedad en la muestra, un 42% ($n=21$) de los participantes muestra síntomas de ansiedad severa, siendo esta la segunda puntuación más frecuente, también se puede observar los porcentajes en la Figura 46.

Tabla 26*Datos descriptivos del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ansiedad mínima	1	2%	2%	2%
	Ansiedad leve	5	10%	10%	12%
	Ansiedad moderada	23	46%	46%	58%
	Ansiedad severa	21	42%	42%	100%
Total		50	100%	100%	

Figura 46*Evaluación del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*

En cuanto a la evaluación de la variable de dependencia emocional, como se puede observar en la Tabla 27 y la Figura 47 el 60% de los participantes ($n=30$) tienen niveles bajos o normales de dependencia emocional, mientras que una proporción significativa, el 32% ($n=16$), muestra niveles significativos y una minoría, el 8% ($n=4$), presenta niveles moderados.

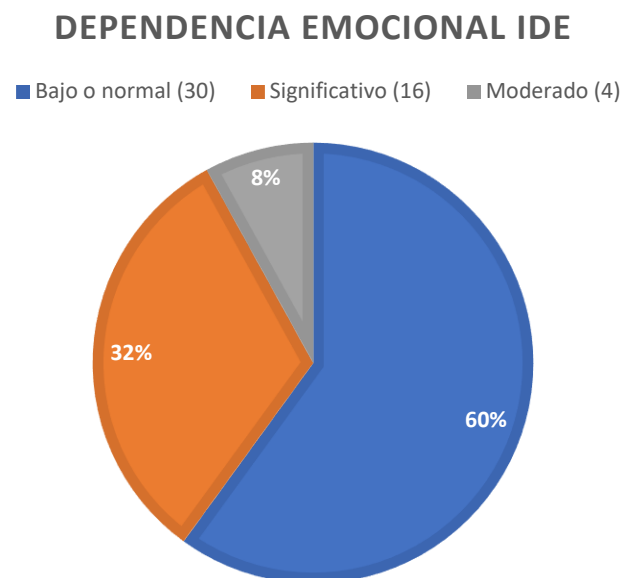
Tabla 27

Datos descriptivos del Inventario de Dependencia Emocional (IDE)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bajo o normal (1-30)	30	60%	60%	60%
	Significativo (31-50)	16	32%	32%	92%
	Moderado (51-70)	4	8%	8%	100%
	Total	50	100%	100%	

Figura 47

Evaluación del Inventario de Dependencia Emocional (IDE)



La correlación de Pearson mide la fuerza o consistencia de la relación entre las variables del inventario de depresión de Beck (BDI II) el inventario de ansiedad de Beck (BAI) y el inventario de dependencia emocional (IDE). El rango del valor va de 0 a 1, en donde una correlación de 0 significa que no hay relación entre variables y una correlación de 1 indica una relación perfecta entre las variables (González et al., 2017). En la Figura 48 se puede observar que la correlación de Pearson entre BDI II y BAI es de 0.483, lo que sugiere una correlación positiva moderadamente fuerte entre la depresión medida por BDI II y la ansiedad medida por BAI. Mientras que la correlación entre BDI II e IDE es de 0.284, siendo una correlación positiva moderada entre la sintomatología medida por BDI y la medida por el IDE, $p < 0.05$, por lo que es una correlación estadísticamente significativa. La correlación entre BAI e IDE es de 0.228 sugiriendo una relación positiva moderada entre la sintomatología del BAI y la sintomatología del IDE, no obstante el valor de p supera 0.05, lo que muestra que esta correlación no alcanza la significancia estadística al nivel de confianza.

Figura 48

Análisis de asociación de Pearson



** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Método Fase II: Validación por Jueces

La evaluación mediante el juicio de expertos, método de validación cada vez más utilizado en la investigación, “consiste, básicamente, en solicitar a una serie de personas la demanda de un juicio hacia un objeto, un instrumento, un material de enseñanza, o su opinión respecto a un aspecto concreto” (Cabero & Llorente, 2013 citado por Robles & Rojas, 2015). Se trata de una técnica cuya realización adecuada desde un punto de vista metodológico constituye a veces el único indicador de validez de contenido del constructo para recolectar datos (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

El juicio de expertos se define como una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en este, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

De otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento; sin embargo, la decisión sobre qué cantidad de expertos es la adecuada varía entre autores. Así, mientras algunos sugieren un rango de dos hasta veinte expertos, otros manifiestan que diez brindarían una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento. Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un elemento este puede ser incorporado (Hyrkas et al., 2003 y McGartland et al., 2003 citados por Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

Por lo que se refiere al grado de acuerdo entre los expertos, según Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez (2008) es necesario no desestimar los elementos subjetivos que un juicio incluye; por tanto, si la medida de acuerdo es alta, habrá un mayor consenso en el proceso de valoración y, por consiguiente, una mayor posibilidad de réplica del instrumento.

Para Cabero y Llorente (2013, citado por Robles & Rojas, 2015), el juicio de expertos como estrategia de evaluación presenta una serie de ventajas entre las que destacan la

posibilidad de obtener una amplia y pormenorizada información sobre el objeto de estudio y la calidad de las respuestas por parte de los jueces.

Preguntas de investigación

- ¿Cuál es la validez que tiene por jueces expertos una intervención focalizada en la emoción para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos?
- ¿Cuál es la validez que tiene por jueces expertos una intervención cognitivo conductual para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos?

Objetivo general

Validar por jueces expertos dos intervenciones, una con enfoque focalizado en la emoción y otra con enfoque cognitivo conductual para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos.

Objetivos específicos

- Diseñar dos intervenciones, una con enfoque focalizado en la emoción y otra con enfoque cognitivo conductual para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos.
- Elaborar materiales psicoeducativos y clínicos adecuados para los propósitos de las dos intervenciones, una con enfoque focalizado en la emoción y otra con enfoque cognitivo conductual.
- Someter a validación por jueces expertos las cartas descriptivas de las dos intervenciones; una con enfoque focalizado en la emoción y otra con enfoque cognitivo conductual para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos con el objetivo de determinar si cumple con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Tipo de diseño y estudio

La segunda fase es de corte cuantitativo con un diseño no experimental y transversal con un alcance descriptivo.

Variables

A continuación, se describen las variables (Tabla 28)

Tabla 28

Definición conceptual y operacional de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención con enfoque focalizado en la emoción para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos	Conjunto de técnicas y estrategias focalizadas en emociones para disminuir la ansiedad en adultos	Componentes, técnicas y estrategias focalizadas en la emoción basadas en evidencia para disminuir la ansiedad con base en el modelo focalizado en la emoción para el trastorno de ansiedad generalizada de Timulak & McElvaney (2018)
Intervención con enfoque cognitivo conductual para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos	Conjunto de técnicas y estrategias cognitivo conductuales para disminuir la ansiedad en adultos	Componentes, técnicas y estrategias cognitivo conductuales basadas en evidencia para disminuir la ansiedad con base en el modelo cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada de Clark y Beck (2010)
Validación por jueces expertos	Opinión informada de personas con trayectorias en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en este y que pueden dar información, evidencia juicios y valoraciones (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008)	Puntuación obtenida en el cuestionario de jueces expertos para la validación de la intervención con enfoque focalizado en emociones para la disminución de sintomatología ansiosa en adultos

Hipótesis de trabajo

Diseñar dos intervenciones; una con enfoque focalizado en la emoción y otra con enfoque cognitivo conductual para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos que cumplan con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser intervenciones basadas en evidencia.

Participantes

Muestra

La muestra estará conformada por 8 expertos en la práctica clínica psicoterapéutica

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Aceptar participar en la validación por jueces expertos
- Contar con práctica clínica en el campo de la psicología con enfoque cognitivo conductual y con el enfoque focalizado en la emoción

Criterios de exclusión

- No aceptar participar en la validación por jueces expertos
- No contar con práctica clínica en el campo de la psicología con enfoque cognitivo conductual y con el enfoque focalizado en emociones.

Criterios de eliminación

- No terminar de contestar el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención con Enfoque Cognitivo Conductual y con el Enfoque Focalizado en la Emoción para disminuir sintomatología ansiosa en adultos.

Instrumentos

A continuación, se describen los instrumentos (Tabla 29)

Tabla 29

Descripción del instrumento para la validación por jueces

Instrumento	Descripción
Cuestionario de Jueces Expertos para la Validación de dos intervenciones; una con enfoque cognitivo conductual y otra con enfoque focalizado en las emociones para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos	Es una lista de criterios que evalúan las características de ambas intervenciones con el propósito de determinar si cumplen con las normas éticas, los objetivos son los adecuados, así como las técnicas y los materiales son los apropiados para la población objetivo

Procedimiento Fase 2

Se realizó una revisión teórica para identificar los componentes, técnicas y estrategias cognitivo conductuales y focalizadas en las emociones más eficaces para la disminución de sintomatología ansiosa en adultos. Posteriormente, con base en los elementos generales (modalidad, número de sesiones, duración de sesión y periodicidad) resultantes de la revisión teórica, se diseñaron las propuestas de intervención, una con Enfoque Focalizado en la Emoción y otra con el Enfoque Cognitivo Conductual para disminuir sintomatología ansiosa en adultos. Finalmente, para la validación por jueces expertos, se llevó a cabo una presentación en donde se incluyeron los objetivos y características de las intervenciones, como son las actividades, técnicas, procedimientos y resultados esperados. Una vez enviada la presentación se envió un formulario digital, donde se incluyó un Consentimiento Informado en el cual se explicó la finalidad de la validación. Una vez que el experto aceptó colaborar en dicho proceso se le desplegó el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención con Enfoque Focalizado en la Emoción y con el Enfoque Cognitivo Conductual para disminuir sintomatología ansiosa en adultos. Una vez que los jueces respondieron el cuestionario, se analizaron los datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 25.

Análisis de datos propuesto

Análisis estadísticos descriptivos de las respuestas de los jueces expertos en el Cuestionario de Jueces Expertos para la Validación de “las intervenciones para la disminución de la ansiedad en adultos, una con enfoque cognitivo conductual y otra con enfoque focalizado en emociones”, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 25. Se considera un 80% de acuerdo entre los jueces para la permanencia de los elementos en las intervenciones y un 60% para la modificación o eliminación de los elementos.

Consideraciones éticas

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, según el cual, este estudio se clasifica como investigación con riesgo mínimo, así mismo el respeto a la dignidad del sujeto que se traduce en la necesidad de su participación voluntaria, libre e informada, a través del consentimiento informado ajustado a los lineamientos de la Declaración de Helsinki y en el Informe Belmont (Aguilera et al., 2020). En el consentimiento informado se abordarán los propósitos del estudio, los riesgos (que en este tipo de intervención no existen) y beneficios así como el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento, serán explicados explícita y detalladamente.

Resultados Fase II

Con base en la revisión de la literatura y la validación por jueces expertos se obtuvieron como resultado dos intervenciones, una con Enfoque Focalizado en la Emoción y otra con el Enfoque Cognitivo Conductual para disminuir sintomatología ansiosa en adultos, el número de sesiones será de 13, la duración de las sesiones; será de 1 hora 20 minutos, la modalidad de intervención será presencial y la periodocidad semanal, así como dos sesiones de evaluación pre y post (Tabla 30).

Tabla 30

Para fines de comparación de las intervenciones

No de sesión	Elemento	Intervención con Enfoque Focalizado en la Emoción	Intervención con Enfoque Cognitivo Conductual
Evaluación pretest			
1		Encuadre	
2	Identificación de vulnerabilidad	Mis emociones primarias	Mis preocupaciones
3	▪ Cognitiva (preocupaciones) ▪ Emocional crónica	Vulnerabilidad emocional crónica o dolor central	Situaciones activantes
4	(experimentación emocional)	Desencadenantes emocionales y procesos de evitación emocional	Errores de pensamiento y esquemas maladaptativos
5	Integración de elementos para:	Integrar la experiencia emocional	Integrar la perspectiva cognitiva
6		La preocupación como proceso de evitación emocional	Controlar la preocupación
7	Reestructuración Cognitiva Emocional	Superar la evitación diferenciando aspectos de la experiencia emocional	La relajación como estrategia de control positiva
8		Experimentar la autocrítica como proceso de evitación emocional	Disminuir la amenaza y la vulnerabilidad
9		Experimentar lesiones emocionales como proceso de evitación emocional ante asuntos pendientes	Tolerar la incertidumbre y las metacogniciones de preocupación
10	Integración de elementos para:	Necesidades insatisfechas y experiencias emocionales alternativas	Integrar la exposición conductual desde la perspectiva cognitiva
11	Exposición Conductual Emocional	Autocompasión e ira protectora	Exposición a sensaciones corporales de angustia
12		Empoderamiento con base en la ansiedad	Exposición por imaginación para disminuir ansiedad
13		Cierre Evaluación Postest	

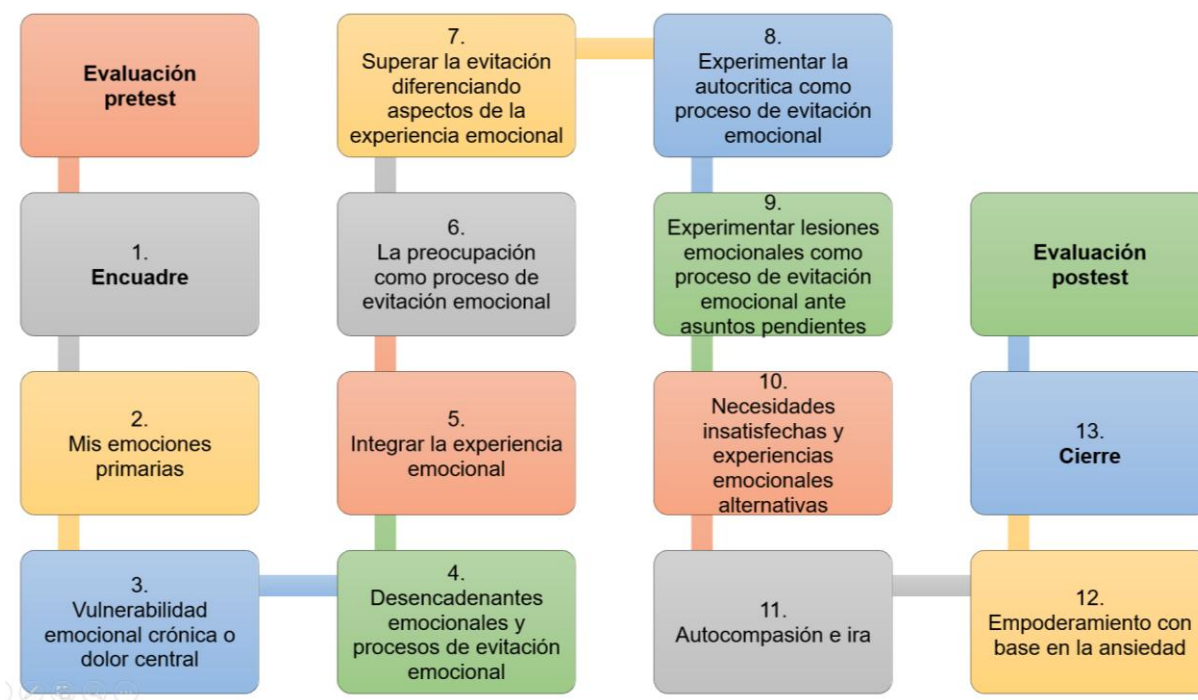
Intervención con enfoque focalizado en la emoción para disminuir ansiedad en adultos

La intervención con enfoque focalizado en la emoción tiene como objetivo general disminuir la sintomatología ansiosa para adultos y representa una propuesta basada en evidencia, para la cual se realizó una revisión de literatura que se presenta en el Capítulo 2 de este trabajo, en el cual se identificaron los componentes y estrategias más efectivos para disminuir la ansiedad, los cuales fueron retomados para diseñar la intervención de la ansiedad desde el enfoque focalizado en la emoción.

La intervención de la ansiedad desde un enfoque focalizado en la emoción se centra en superar las estrategias de evitación (cognitivas y conductuales) resaltando su función y costos, con base en el procesamiento emocional, para lo cual resulta necesario identificar la vulnerabilidad emocional crónica y transformarla con nuevas experiencias emocionales adaptativas a través de una secuencia de pasos de procesamiento emocional en el contexto de un acompañamiento desde una relación auténtica que ofrece una experiencia emocional correctiva de las experiencias interpersonales que conducen o contribuyen al desarrollo de los síntomas de ansiedad y tiene como base el modelo focalizado en la emoción para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) de Timulak y McElvaney (2018) como se muestra en la Figura 49.

Figura 49

Estructura general de la intervención focalizada en emociones para disminuir ansiedad en adultos



A continuación, se puede observar el objetivo de cada sesión, así como las técnicas propuestas para desarrollar el tema (Tabla 31)

Tabla 31

Esquema de objetivos y técnicas de la intervención con enfoque focalizado en la emoción para disminuir la ansiedad en adultos

No. Sesión	Nombre	Objetivo	Componentes, técnicas y estrategias
1	Encuadre de la intervención con enfoque focalizado en la emoción	Identificar síntomas y problemas de ansiedad para encuadrar la intervención con base en el enfoque focalizado en la emoción.	Relación terapéutica Psicoeducación
2	Mis emociones primarias	Identificar emociones primarias para comprender su función adaptativa con base en la exposición emocional.	Relación terapéutica Psicoeducación Procesamiento emocional Experimentación de emociones Reflexión

No. Sesión	Nombre	Objetivo	Componentes, técnicas y estrategias
3	Vulnerabilidad emocional crónica o dolor central	Identificar la vulnerabilidad emocional crónica o dolor central con base en la experimentación de emociones primarias y su relación con los esquemas emocionales.	Relación terapéutica Psicoeducación Vulnerabilidad emocional crónica Procesamiento emocional Experimentación de emociones Esquemas emocionales Reflexión
4	Desencadenantes emocionales y procesos de evitación emocional	Identificar los desencadenantes emocionales históricos de la vulnerabilidad emocional crónica para comprender los procesos de evitación emocional y marcadores del participante con base en el procesamiento emocional.	Relación terapéutica Psicoeducación Vulnerabilidad emocional crónica Procesamiento emocional Experimentación de emociones Reflexión
5	Integrar la experiencia emocional	Integrar las problemáticas actuales de ansiedad desde los procesos de evitación emocional para identificar situaciones de preocupación, autocrítica, auto interrupción y asuntos pendientes con base en la reflexión.	Relación terapéutica Vulnerabilidad emocional crónica Procesamiento emocional Reestructuración emocional Expresión emocional Reflexión
6	La preocupación como proceso de evitación emocional	Experimentar la preocupación como proceso de evitación emocional para acceder al dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica con base en los desencadenantes emocionales históricos de esta.	Relación terapéutica Vulnerabilidad emocional crónica Procesamiento emocional Reestructuración emocional Experimentación de emociones Expresión emocional Reflexión
7	Superar la evitación diferenciando aspectos de la experiencia emocional	Experimentar la auto interrupción como proceso de evitación emocional para acceder y el dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica con base en el procesamiento emocional.	Los de la sesión 6 más: Promulgación de las dos sillas Escritura reflexiva
8	Experimentar la autocrítica como proceso de evitación emocional	Experimentar la autocrítica como proceso de evitación emocional para acceder al dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica con base en los desencadenantes emocionales históricos de esta.	Los de la sesión 6 más: Diálogo de las dos sillas Escritura reflexiva
9	Experimentar lesiones emocionales como proceso de evitación emocional ante asuntos pendientes	Experimentar las heridas o lesiones emocionales por asuntos pendientes como proceso de evitación emocional para acceder al dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica con base en los desencadenantes emocionales de esta.	Los de la sesión 6 más: Diálogo de la silla vacía Escritura reflexiva

No. Sesión	Nombre	Objetivo	Componentes, técnicas y estrategias
10	Necesidades insatisfechas y experiencias emocionales alternativas	Expresar las necesidades insatisfechas para identificar experiencias alternativas y adaptativas que permitan transformar el dolor emocional central en autocompasión e ira protectora.	Relación terapéutica Vulnerabilidad emocional crónica
11	Autocompasión e ira protectora	Experimentar emociones adaptativas ante la aceptación amor validación conexión y protección con base en la autocompasión e ira protectora.	Procesamiento emocional Reestructuración emocional Experimentación de emociones
12	Empoderamiento con base en la ansiedad	Reflexionar acerca de las necesidades insatisfechas y su relación con la sintomatología de la ansiedad con base en la intervención focalizada en emociones.	Expresión emocional Exposición emocional Reflexión Escritura reflexiva
13	Cierre de la intervención con enfoque focalizado en emociones	Valorar la disminución de la sintomatología ansiosa para identificar las experiencias de cambio del participante con base en la intervención focalizada en la emoción.	Relación terapéutica Experimentación de emociones Reflexión Escritura reflexiva

Las cartas descriptivas de cada una de las trece sesiones, pueden revisarse en el Anexo G, las cuales presentan de manera didáctica la planeación de cada sesión para el logro del objetivo de cada una de ellas y el logro dosificado del objetivo general.

Intervención con enfoque cognitivo conductual para disminuir ansiedad en adultos

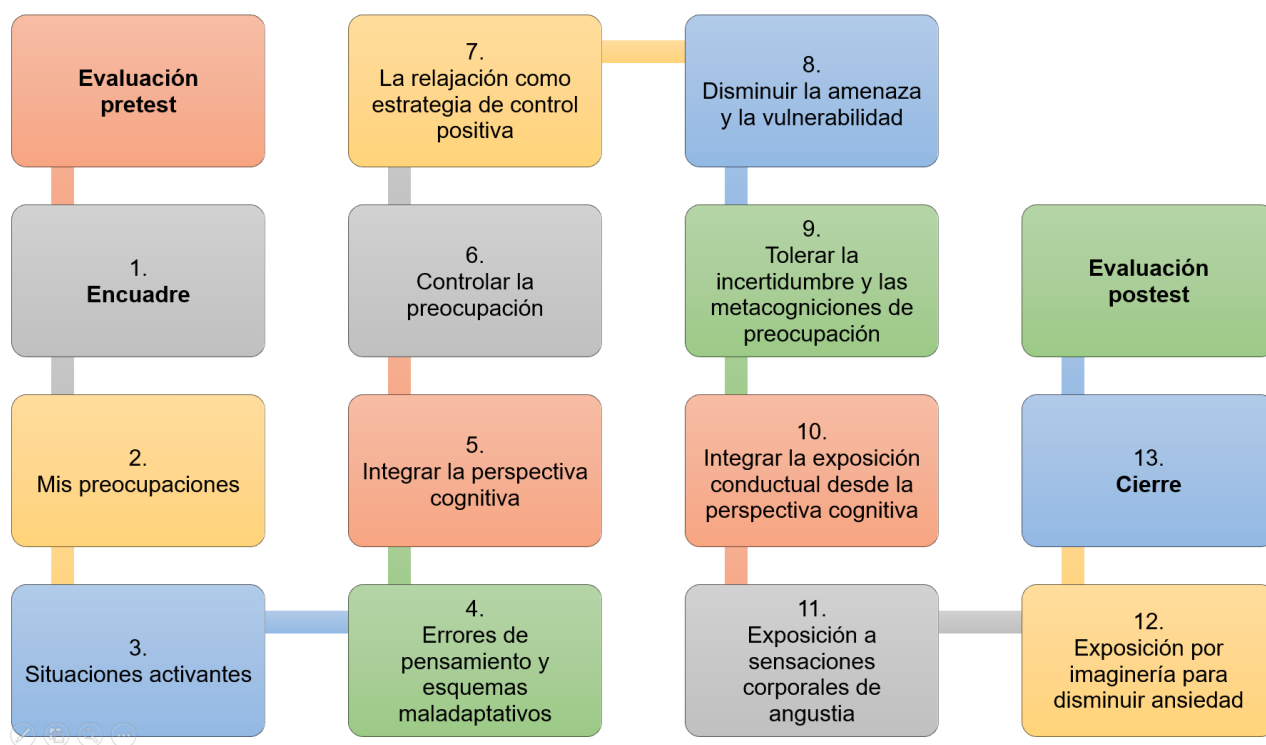
La intervención con enfoque cognitivo conductual tiene como objetivo general disminuir la sintomatología ansiosa para adultos y representa una propuesta basada en evidencia y en la revisión de literatura para este trabajo en la que se identificaron y presentaron, los componentes, técnicas y estrategias más efectivos para disminuir la ansiedad, los cuales fueron retomados para diseñar la intervención de la ansiedad desde el enfoque cognitivo conductual.

La intervención de la ansiedad desde un enfoque cognitivo conductual se centra en el concepto de vulnerabilidad, entendiendo a esta como la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control y es insuficiente para proporcionarse una sensación de seguridad. Este enfoque hace énfasis en la

importancia de la cognición o del pensamiento en la activación o mantenimiento de los estados de ánimo negativos relacionados a la ansiedad así como en sus consecuencias conductuales evitativas y tiene como base el modelo cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) de Clark y Beck (2010), como se muestra en la siguiente Figura:

Figura 50

Estructura general de la intervención cognitiva conductual para disminuir ansiedad en adultos



A continuación, se puede observar el objetivo de cada sesión, así como las técnicas propuestas para desarrollar el tema (Tabla 32)

Tabla 32

Esquema de objetivos y técnicas de la intervención con enfoque cognitivo conductual para disminuir la ansiedad en adultos

No. Sesión	Nombre	Objetivo	Componente, técnica y estrategia
1	Mis preocupaciones	Identificar síntomas y problemas de ansiedad para encuadrar la intervención con base en el enfoque cognitivo conductual	Psicoeducación Manejo de la ansiedad (E1) Autorregistro
2	Situaciones activantes	Identificar las principales preocupaciones para distinguir entre preocupación productiva e improductiva con base en el autorregistro de preocupaciones	Psicoeducación Manejo de la ansiedad (E1) Análisis funcional Autorregistro
3	Errores de pensamiento y esquemas maladaptativos	Identificar situaciones activantes para practicar la solución de problemas ante la preocupación	Manejo de la ansiedad (E1) Análisis funcional Solución de problemas Autorregistro
4	Integrar la perspectiva cognitiva	Identificar los errores de pensamiento y los esquemas maladaptativos para analizar su relación con la ansiedad con base en la psicoeducación	Psicoeducación Manejo de la ansiedad (E1 y 2) Análisis funcional Autorregistro
5	Controlar la preocupación	Integrar las problemáticas actuales de ansiedad para identificar errores de pensamiento y esquemas maladaptativos con base en el modelo cognitivo	Manejo de la ansiedad (E.2) Reestructuración cognitiva Autocontrol Autorregistro
6	La relajación como estrategia de control positiva	Reestructurar las creencias acerca de la preocupación para reducir la confianza en las estrategias disfuncionales de control y promover respuestas de control que sean más adaptativas	Manejo de la ansiedad (E.2) Reestructuración cognitiva Autocontrol Autorregistro
7	Disminuir la amenaza y la vulnerabilidad	Practicar la relajación como estrategia de control positiva de la preocupación para prevenir recaídas	Manejo de la ansiedad (E.2) Reestructuración cognitiva Relajación y Autorregistro
8	Tolerar la incertidumbre y las metacogniciones de preocupación	Reestructurar los esquemas de amenaza general y vulnerabilidad personal para modificar la tendencia a iniciar las interpretaciones automáticas exageradas durante los episodios de preocupación	Manejo de la ansiedad (E.2) Reestructuración cognitiva Autocontrol Autorregistro

No. Sesión	Nombre	Objetivo	Componente, técnica y estrategia
9	Integrar la exposición conductual desde la perspectiva cognitiva	Reestructurar los esquemas de intolerancia a la incertidumbre y metacognición de la preocupación para aceptar el riesgo y la tolerancia a los resultados inciertos de situaciones y eventos futuros con base en la exposición funcional cognitiva	Manejo de la ansiedad (E.2 y 3) Reestructuración cognitiva Análisis funcional, Autocontrol Autorregistro
10	Exposición a sensaciones corporales de angustia	Integrar la exposición conductual para reforzar las estrategias de afrontamiento adaptativas con base en la perspectiva cognitiva	Manejo de la ansiedad (E.3) Reestructuración cognitiva Prevención de recaídas Solución de problemas Autocontrol y Autorregistro
11	Exposición por imaginación para disminuir ansiedad	Practicar la exposición a sensaciones corporales de angustia para modificar la cognición asociada con la amenaza con base en la respiración diafragmática	Manejo de la ansiedad (E.3) Psicoeducación Reestructuración cognitiva Exposición conductual Prevención de recaídas Solución de problemas Autorregistro
12	Practicando la exposición por imaginación	Practicar la exposición por imaginación para reforzar respuestas que reducen la ansiedad y confrontan la cognición relacionada con la amenaza, vulnerabilidad, incertidumbre y metacognición de la preocupación	
13	Cierre de la intervención con enfoque cognitivo conductual	Valorar la disminución de la sintomatología ansiosa para identificar las experiencias de cambio del participante con base en la intervención cognitiva conductual	Psicoeducación Prevención de recaídas

Las cartas descriptivas de cada una de las trece sesiones, pueden revisarse en el Anexo H, las cuales presentan de manera didáctica la planeación de cada sesión para el logro del objetivo de cada una de ellas y el logro dosificado del objetivo general.

Análisis descriptivos de la Fase II: Validación por Jueces Expertos

Análisis de promedios

En la validación del programa focalizado en la emoción y el programa cognitivo conductual ambos para disminuir ansiedad en población adulta participaron 7 Jueces Expertos para cada programa, de los cuales el 100% fueron mujeres.

Referente a los grados académicos de los participantes la mayoría tenía como grado máximo doctorado con el 57.1% y con la mínima fue maestría con el 42.9%, siendo ambas las únicas respuestas (Tabla 33).

Tabla 33

Porcentajes de participaciones por su grado académico

Grado académico	Porcentaje
Doctorado	57.1%
Maestría	42.9%

Con el 85.7% de los participantes, se evidencia que la mayoría de los Jueces Expertos contaban con al menos 10 años de experiencia en el ámbito de la práctica clínica en el diseño de intervenciones cognitivo-conductuales. Mientras que el 14.3% tienen de 4 a 6 años de experiencia (Tabla 34).

Tabla 34

Porcentajes de participaciones por años de experiencia clínica

Años de experiencia clínica	Porcentaje
Más de 10 años	85.7%
De 4 a 6 años	14.3%

En cuanto a la claridad de su objetivo general de la intervención con enfoque cognitivo conductual, los resultados señalaron que el 85.7% están totalmente de acuerdo, mientras que el 14.3% solo está de acuerdo (Tabla 35)

Tabla 35

Porcentajes de aceptación del objetivo general del enfoque cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	85.7%
De acuerdo	14.3%

Respecto a la claridad del objetivo general de la intervención focalizada en la emoción el 71.4% de los participantes estuvo totalmente de acuerdo, y el 28.6% estuvieron de acuerdo (Tabla 36).

Tabla 36

Porcentajes de aceptación del objetivo general del modelo focalizado en emociones por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71.4%
De acuerdo	28.6%

El 85.7% de los Jueces señaló estar totalmente de acuerdo de que el objetivo de la intervención se encontraba respaldado de forma teórica con el modelo cognitivo de Clark y Beck, mientras que el 14.3% mencionó estar de acuerdo (Tabla 37).

Tabla 37

Porcentajes de aceptación del modelo teórico de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	85.7%
De acuerdo	14.3%

Mientras que los resultados se ven similares en el respaldo teórico del objetivo de acuerdo al modelo focalizado en la emoción de Timulak y McElvaney (2018), con el 85.7% de los resultados los Jueces señalaron estar totalmente de acuerdo, y solo de acuerdo el 14.3% de los participantes (Tabla 38).

Tabla 38

Porcentajes de aceptación del modelo teórico de la intervención focalizada en emociones por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71.4%
De acuerdo	28.6%

Las respuestas al cuestionamiento acerca de si los temas a trabajar en cada sesión con el enfoque cognitivo conductual favorecen el logro del objetivo, fueron que el 71.4% está totalmente de acuerdo, y el 28.6% solo de acuerdo (Tabla 39).

Tabla 39

Porcentajes de aceptación de los temas de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71.4%
De acuerdo	28.6%

Las respuestas al cuestionamiento sobre si los temas abordados en cada sesión con el enfoque focalizado en la emoción contribuyen al logro del objetivo fueron las siguientes: el 85.7.4% está completamente de acuerdo, mientras que el 14.3% está parcialmente de acuerdo (Tabla 40).

Tabla 40

Porcentajes de aceptación de los temas de la intervención focalizada en emociones por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	85.7%
De acuerdo	14.3%

Se consultó sobre si la secuencia de las sesiones en la intervención con enfoque cognitivo conductual era apropiada. El 71.4% respondió que estaba completamente de acuerdo, mientras que el 14.3% indicó estar solo de acuerdo y el otro 14.3% no estaba ni acuerdo ni en desacuerdo (Tabla 41).

Tabla 41

Porcentajes de aceptación de la secuencia de sesiones de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71.4%
De acuerdo	14.3%
Ni desacuerdo ni acuerdo	14.3%

El 71.4% estuvo completamente de acuerdo en cuanto a si la secuencia de las sesiones en la intervención con enfoque focalizado en la emoción era adecuada, mientras que el 28.6% estuvo solo de acuerdo (Tabla 42).

Tabla 42

Porcentajes de aceptación de la secuencia de sesiones de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71.4%
De acuerdo	28.6%

El 71.4% de los Jueces Expertos manifestaron un total acuerdo con el número de sesiones en la intervención con enfoque cognitivo conductual, mientras que el 28.6% mostró estar de acuerdo únicamente (Tabla 43).

Tabla 43

Porcentajes de aceptación del número de sesiones de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71.4%
De acuerdo	28.6%

En cuanto al número de sesiones de la intervención con enfoque focalizado en la emoción, se encontró que los resultados fueron similares al cuestionamiento anterior. El 71.4% de los participantes estuvieron completamente de acuerdo con que el número de sesiones era apropiado para el logro de objetivos, mientras que el 28.6% mostró su acuerdo (Tabla 44).

Tabla 44

Porcentajes de aceptación del número de sesiones de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71.4%
De acuerdo	28.6%

La investigación también abordó los comentarios y sugerencias de los participantes respecto a la intervención cognitivo conductual. Se recopilaron observaciones detalladas que proporcionaron información valiosa sobre la efectividad y la experiencia general de los sujetos con el programa. Estos comentarios y sugerencias jugaron un papel crucial en la evaluación y mejora continua de la intervención, permitiendo adaptaciones pertinentes para optimizar su impacto y utilidad clínica.

Los participantes elogiaron la secuencia de sesiones propuesta, destacando la importancia de comenzar con técnicas simples y producir resultados rápidos. Se sugirió una mayor atención a los objetivos específicos del cliente y el uso de un lenguaje claro. Se elogió la organización práctica de la intervención y la sugerencia de contar con un directorio de expertos. Algunos sugirieron variar las técnicas para aumentar su efectividad y comenzar con técnicas fisiológicas al principio. Sin embargo, se expresó preocupación por la duración extensa del programa.

En cuanto a la Terapia Focalizada en la Emoción (TFE), algunos participantes señalaron que en ocasiones no resulta evidente la relación entre el tema abordado y el objetivo de disminuir la ansiedad. Se sugirió prestar especial atención a la redacción de los objetivos, asegurándose de que reflejen tanto las metas del terapeuta como las del cliente. Además, se destacó la importancia de utilizar un lenguaje claro y evitar términos complejos, a menos que se expliquen adecuadamente durante cada sesión. Los participantes elogiaron la funcionalidad práctica de la intervención y la organización de las técnicas antes de su implementación. También se sugirió contar con un directorio de expertos terapeutas para referencia en caso de ser necesario.

Mientras en los resultados del procedimiento de las sesiones, se llegaron a los siguientes resultados:

El 100% de los participantes expresaron estar totalmente de acuerdo en que las técnicas cognitivo conductuales seleccionadas eran apropiadas para alcanzar los objetivos establecidos.

El 100% de los Jueces expresaron estar totalmente de acuerdo en que las técnicas focalizadas en la emoción seleccionadas eran adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos.

Al igual que los últimos cuestionamientos, el 100% de los participantes expresaron estar totalmente de acuerdo en que los componentes basados en evidencia del enfoque cognitivo conductual son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos.

De manera similar a los últimos resultados, el 100% de los participantes indicaron estar totalmente de acuerdo en que los componentes basados en evidencia del enfoque focalizado en la emoción son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos.

El 85.7% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que las actividades de la intervención con enfoque cognitivo conductual son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades, mientras que el 14.3% manifestaron estar ni de acuerdo ni en desacuerdo (Tabla 45).

Tabla 45

Porcentajes de aceptación de las actividades de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	85.7%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	14.3%

Al igual que los resultados anteriores, el 85.7% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que las actividades de la intervención con enfoque focalizado en la emoción son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades, mientras que el 14.3% manifestaron estar ni acuerdo ni en desacuerdo (Tabla 46).

Tabla 46

Porcentajes de aceptación de las actividades de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	85.7%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	14.3%

El 42.9% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que las actividades y registros de la intervención con enfoque cognitivo conductual son fáciles de realizar, mientras que el 28.6% estuvieron de acuerdo y otro 28.6% ni estuvieron de acuerdo ni en desacuerdo (Ver Tabla 47).

Tabla 47

Porcentajes de aceptación de actividades y registros de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	42.9%
De acuerdo	28.6%
Ni desacuerdo ni acuerdo	28.6%

Los resultados para la intervención con enfoque focalizado en la emoción son similares: el 42.9% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que las actividades y registros son fáciles de realizar, mientras que el 28.6% estuvieron de acuerdo y otro 28.6% ni estuvieron de acuerdo ni en desacuerdo (Tabla 48).

Tabla 48

Porcentajes de aceptación de las actividades y registros de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	42.9%
De acuerdo	28.6%
Ni desacuerdo ni acuerdo	28.6%

El 71.4% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que las técnicas y actividades de la intervención con enfoque cognitivo conductual son apropiadas para la edad de los participantes, mientras que el 28.6% ni estuvieron de acuerdo ni en desacuerdo (Tabla 49).

Tabla 49

Porcentajes de aceptación de las técnicas y actividades de la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71.4%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	28.6%

Los resultados para la intervención con enfoque focalizado en la emoción son similares: el 71.4% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que las técnicas y actividades son apropiadas para la edad de los participantes, mientras que el 28.6% ni estuvieron de acuerdo ni en desacuerdo (Tabla 50).

Tabla 50

Porcentajes de aceptación de las técnicas y actividades de la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	71.4%
Ni acuerdo ni en desacuerdo	28.6%

Los participantes proporcionaron valiosos comentarios y sugerencias relacionadas con el enfoque cognitivo-conductual. Se destacó la necesidad de mayor claridad en la descripción de las actividades. Sin embargo, se reconoció que la edad de los participantes era adecuada para la intervención, aunque se recomendó evaluar el nivel de comprensión de los componentes revisados para garantizar su eficacia. Se señaló que los registros pueden resultar complicados para pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), lo que sugiere que los terapeutas pueden necesitar dedicar más tiempo y esfuerzo para adaptarlos a las necesidades individuales de los pacientes. Para la intervención con enfoque focalizado en la emoción se observaron comentarios similares.

En la última parte de cuestionamiento de acuerdo a los resultados esperados se encontraron los siguientes resultados:

Los objetivos de tratamiento del enfoque cognitivo conductual fueron evaluados. El 85.7% de ellos estuvieron totalmente de acuerdo en que dichos objetivos se relacionan con los resultados esperados, mientras que el 14.3% estuvieron solo de acuerdo (Tabla 51).

Tabla 51

Porcentajes de aceptación de la relación entre los objetivos y los resultados en la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	85.7%
De acuerdo	14.3%

Los resultados para el enfoque focalizado en la emoción son similares: el 85.7% de los jueces estuvieron totalmente de acuerdo en que los objetivos de tratamiento se relacionan con los resultados esperados, mientras que el 14.3% estuvieron solo de acuerdo (Tabla 52).

Tabla 52

Porcentajes de aceptación de la relación entre los objetivos y los resultados en la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	85.7%
De acuerdo	14.3%

El 85.7% de los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que en la propuesta de intervención cognitiva conductual los participantes se verán beneficiados, mientras que el 14.3% solo estuvo de acuerdo (Tabla 53).

Tabla 53

Porcentajes de aceptación de la propuesta en la intervención cognitivo conductual por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	85.7%
De acuerdo	14.3%

Con resultados similares, el 85.7% de los participantes considera que en la propuesta de intervención focalizada en la emoción los participantes se verán beneficiados, mientras que el 14.3% estuvo de acuerdo (Tabla 54).

Tabla 54

Porcentajes de aceptación de la propuesta en la intervención focalizada en la emoción por los Jueces Expertos

Respuesta de los Jueces Expertos	Porcentaje
Totalmente de acuerdo	85.7%
De acuerdo	14.3%

Los comentarios y sugerencias recibidos tanto para el enfoque cognitivo conductual como para el enfoque focalizado en la emoción resaltan la importancia de asegurar la comprensión de los componentes aprendidos por parte de los participantes. Se recomienda la creación de un directorio para canalizar a participantes que necesiten seguimiento o enfrenten situaciones que impidan continuar con el protocolo de investigación.

Método de Estudio: Intervención

Pregunta de investigación

¿Un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual tienen efectos diferenciales para disminuir los síntomas de ansiedad en adultos?

Objetivo general

Comparar el efecto de un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad en adultos.

Objetivos específicos

1. Aplicar un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual para disminuir síntomas de ansiedad en adultos
2. Describir los efectos de un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual para disminuir síntomas de ansiedad en adultos
3. Comparar los efectos de un programa focalizado en la emoción y uno cognitivo conductual en la disminución de síntomas de ansiedad en adultos
4. Describir los efectos de un el programa focalizado en la emoción y uno cognitivo conductual en la disminución de síntomas de ansiedad en adultos

Tipo de estudio

Estudio de caso N = 1 tipo AB con dos réplicas por programa (focalizado en la emoción y cognitivo conductual) con línea base múltiple (Anexo I)

Estudio de caso único

Estudio de caso de intervención: El objetivo se centra en la evaluación de los efectos de un tratamiento determinado, haciendo hincapié en los resultados obtenidos (Guevara et al., 2020).

Este será un caso único tipo A-B, de dos fases: (1) una fase inicial de línea base (A) sin intervención durante tres semanas, comenzando en la sesión de evaluación "0" y terminando antes de la primera sesión del programa de intervención y (2) una fase de intervención (B), 13 sesiones con una duración de 80 minutos, el número de sesiones como el tiempo de cada una de ellas es el resultado de la revisión de literatura).

El *diseño de línea de base múltiple* (DBM) proporciona una forma efectiva y lista para probar la eficacia de una intervención. En los DBM, se miden simultáneamente varias líneas base (niveles) de la variable dependiente. La intervención, se introduce en los distintos niveles en una secuencia escalonada. Por lo tanto, en diferentes etapas del experimento, algunos niveles estarán en la fase de línea de base (A) y otros estarán en la fase de intervención (B). En este estudio el DBM fue a través de participantes (Tate et al., 2016).

Tipo de diseño

Diseño experimental de caso único con línea base múltiple

Diseño experimental con preprueba-posprueba y grupo control distribuidos aleatoriamente

Diseño experimental de caso único con línea base múltiple

Con diseños de línea base múltiple, los efectos se demuestran introduciendo la intervención en diferentes líneas base. En estos diseños si cada línea de base cambia cuando se introduce la intervención, los efectos pueden atribuirse a la intervención en lugar de a eventos

extraños. Este diseño demuestra el efecto de una intervención mostrando que el comportamiento se modifica cuando y sólo cuando se aplica la intervención (Kazdin, 2016).

Diseño experimental de preprueba-posprueba y grupo control, distribuidos aleatoriamente

El diseño con **preprueba-posprueba y grupo control**, incorpora la administración de prepruebas a los grupos que integran el experimento. Los participantes se asignan al azar a los grupos y después se les aplica simultáneamente la preprueba; dos grupos recibieron el tratamiento experimental (un grupo recibió el programa focalizado en la emoción y otro grupo el programa cognitivo conductual) para observar su efecto sobre una o más variables dependientes (en este caso la sintomatología ansiosa), los sujetos se asignaron al azar y un tercer grupo no recibió el tratamiento experimental (grupo control); por último, se les administra, también simultáneamente, una posprueba.

Variables

A continuación, se describen las variables del presente estudio (Tabla 55)

Tabla 55

Descripción de variables del Estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Dependiente Ansiedad	La ansiedad es un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales de un individuo (Beck & Clark, 2010)	Puntuación obtenida en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) Versión mexicana para adultos (Padrós et al., 2020) Evalúa la gravedad de la sintomatología ansiosa. Está constituido por 21 ítems, cada uno de los cuales presenta un signo o síntoma. Cada ítem incluye cuatro opciones de respuesta, con valores ordinales de 0 al 3 El valor de alfa de Cronbach del total de la escala fue de .911

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Independiente Intervención	Programa cognitivo conductual para disminuir ansiedad en adultos	Componentes, técnicas y estrategias de terapia cognitiva conductual basadas en evidencia integradas teniendo como referencia el modelo cognitivo del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) de Clark y Beck (2010)
	Programa focalizado en emociones para disminuir ansiedad en adultos	Componentes, técnicas y estrategias de terapia focalizada en emociones basadas en evidencia, integradas teniendo como referencia el modelo focalizado en la emoción para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) de Timulak y McElvaney (2018)

Hipótesis

Hi. Habrá variaciones en la disminución de los síntomas de ansiedad en adultos al comparar los efectos de un programa focalizado en la emoción con los de un programa cognitivo conductual.

Ho. No habrá variaciones en la disminución de los síntomas de ansiedad en adultos al comparar los efectos de un programa focalizado en la emoción con los de un programa cognitivo conductual.

Participantes

Adultos mayores de edad

Criterios de inclusión

- Adultos mayores de edad (mujeres y hombres)
- En la prueba de BAI (Padrós-Blázquez et al., 2020) tenga un puntaje de ansiedad moderada (16 a 25 puntos) a alta (31 a 63 puntos como máximo)
- Que hayan firmado (aceptado) el consentimiento informado
- Que hayan contestado las pruebas en su totalidad
- Que no padezcan trastornos psiquiátricos o neurológicos

Criterios de exclusión

- No tener los puntajes indicados en el BAI
- No tener consentimiento informado
- No haber completado la preprueba en su totalidad
- No haber llenado el registro diario durante tres días antes de la intervención como mínimo y durante las 13 sesiones de intervención
- Tratamiento farmacológico en el último año
- Tratamiento psicológico en los últimos 6 meses
- Que padezcan trastornos psiquiátricos o neurológicos

Criterios de eliminación

- Ausencia en dos o más sesiones consecutivas
- No haber completado la pre-posprueba en su totalidad

Instrumento

Autorregistro diario. Se elaboró un formulario de Google por individuo para monitorear indicadores de sintomatología ansiosa en un registro diario (Anexo J), en la línea base (tres días como mínimo) y durante las 13 sesiones de intervención.

Evaluación psicométrica para pre-posprueba

A continuación se describen los instrumentos para el estudio (Tabla 56)

1. Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Generalized Anxiety Disorder Inventory (GAD 7) de Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B.: (2006)

Se utilizó la versión validada en población mexicana (GADI) de Padrós, et al., 2019 y Blanco et al., 2022

Es un instrumento que evalúa la presencia o ausencia e intensidad de sintomatología del TAG. Está conformada por 3 factores; síntomas cognitivos, somáticos y alteración del sueño y 15 ítems. Cada ítem incluye cuatro opciones de respuesta, con valores ordinales de 1 al 4. El valor de alfa de Cronbach del total de la escala fue de .92

2. Escala de resultados clínicos en la evaluación de rutina: medida de resultado

Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) de G. Feixas, C. Evans, A. Trujillo, L.A. Saúl, L. Botella, S. Corbella, E. González, A. Bados, E. Garcia-Grau y M.A. López-González (2012)

Se utilizó la versión validada en población mexicana de Sosa-Torralba, et al., 2020

Instrumento para la evaluación de malestar emocional como indicador de los resultados de las intervenciones desde terapias psicológicas, dentro del marco de la práctica basada en la evidencia. 34 ítems en 4 subescalas: Bienestar subjetivo (4 ítems); Síntomas/problemas (12 ítems que evalúan ansiedad, depresión, problemas físicos y trauma); Funcionamiento (12 ítems, incluyen funcionamiento general, en relaciones cercanas y en relaciones sociales), y Riesgo (6 ítems de daño hacia sí mismo y actos de agresión hacia otros). Cada ítem incluye cinco opciones de respuesta, con valores ordinales de 1 al 5. El valor de alfa de Cronbach del total de la escala fue de .94.

3. Escala de meta-estado de ánimo de rasgo.

Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995)

Se utilizó la versión validada en población mexicana de Ocaña et al., 2019 y Extremera y Fernández-Berrocal, 2006

La escala evalúa el metaconocimiento emocional; es decir las habilidades para la conciencia de las propias emociones y la capacidad para regularlas. Los 24 ítems se agrupan en tres factores: Atención emocional (ítems 1 al 8) habilidad para captar e identificar las emociones

propias y ajenas, esta habilidad se relaciona con mayor consciencia emocional; Claridad emocional (ítems 9 al 16) implica el conocimiento de las emociones, su combinación y progresión y las transiciones entre unas emociones y otras; Reparación emocional (ítems 17 al 24) que indaga la habilidad para modificar los estados emocionales y la evaluación que hacemos de las estrategias para modificarlos. Cada ítem incluye cinco opciones de respuesta: nunca, raramente, algunas veces, con bastante frecuencia y muy frecuentemente, con valores ordinales de 1 al 5. El valor de alfa de Cronbach del total de la escala fue de .91

4. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) de Gratz y Roemer (2004)

Se utilizó la versión validada en población mexicana (DERS-15) de Rosa-Gómez et al., 2021.

La escala evalúa la capacidad de regulación emocional percibida para identificar dificultades clínicamente relevantes. El coeficiente alfa es de .88 para toda la escala.

Tabla 56

Evaluaciones psicométricas para pre y posprueba

Tema	Nombre	Evalúa	Subescalas
Ansiedad	Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GADI)	Es un instrumento que evalúa la presencia o ausencia e intensidad de sintomatología del TAG	3 factores síntomas cognitivos, somáticos y alteración del sueño
	Validada por Padrós et al., 2019 y Blanco et al., 2022	Cada ítem incluye cuatro opciones de respuesta, con valores ordinales de 1 al 4	
	Generalized Anxiety Disorder Inventory (GAD7) de Spitzer et al., 2006	El valor de alfa de Cronbach del total de la escala fue de .928	

Tema	Nombre	Evalúa	Subescalas
Malestar emocional	Escala meta-estado de ánimo de rasgo (CORE-OM) Validada por Sosa-Torralba et al., 2020	Instrumento para la evaluación de malestar emocional como indicador de los resultados de las intervenciones desde terapias psicológicas, dentro del marco de la práctica basada en la evidencia	34 ítems en 4 subescalas: 1. Bienestar subjetivo (4 ítems), 2. Síntomas/problemas (12 ítems que evalúan ansiedad, depresión, problemas físicos y trauma), 3. Funcionamiento (12 ítems, incluyen funcionamiento general, en relaciones cercanas y en relaciones sociales), y 4. Riesgo (6 ítems de daño hacia sí mismo y actos de agresión hacia otros)
	Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) de Feixas et al., 2012	Cada ítem incluye cinco opciones de respuesta, con valores ordinales de 1 al 5 El valor de alfa de Cronbach del total de la escala fue de .94	
Habilidades emocionales	Escala de meta-estado de ánimo de rasgo (TMMS-24) Validado por Extremera et al., 2004	La escala evalúa el metaconocimiento emocional; es decir las habilidades para la conciencia de las propias emociones y la capacidad para regularlas	Los 24 ítems se agrupan en tres factores: 1. Atención emocional (ítems 1 al 8) habilidad para captar e identificar las emociones propias y ajenas, esta habilidad se relaciona con mayor consciencia emocional 2. Claridad emocional (ítems 9 al 16) implica el conocimiento de las emociones, su combinación y progresión y las transiciones entre unas emociones y otras 3. Reparación emocional (ítems 17 al 24) que indaga la habilidad para modificar los estados emocionales y la evaluación que hacemos de las estrategias para modificarlos
	Ocaña y García, 2019 Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey et al., 1995	Cada ítem incluye cinco opciones de respuesta: nunca, raramente, algunas veces, con bastante frecuencia y muy frecuentemente, con valores ordinales de 1 al 5 El valor de alfa de Cronbach del total de la escala fue de .91	
Regulación Emocional	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS – 15) Validado por Rosa-Gómez et al., 2021 La escala es de Gratz y Roemer, 2004 (DERS)	La escala evalúa la capacidad de regulación emocional percibida para identificar dificultades clínicamente relevantes El instrumento es una escala de autoinforme El coeficiente alfa de .88 para toda la escala	Los 15 ítems, se dividen en 4 factores: 1) metas, 2) impulsividad, 3) estrategias, y 4) claridad.

Después de seleccionar la metodología para llevar a cabo el estudio se eligió una institución pública cercana al Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH para invitar a su población adulta a participar, a continuación se presenta el procedimiento del estudio (Figura 51).

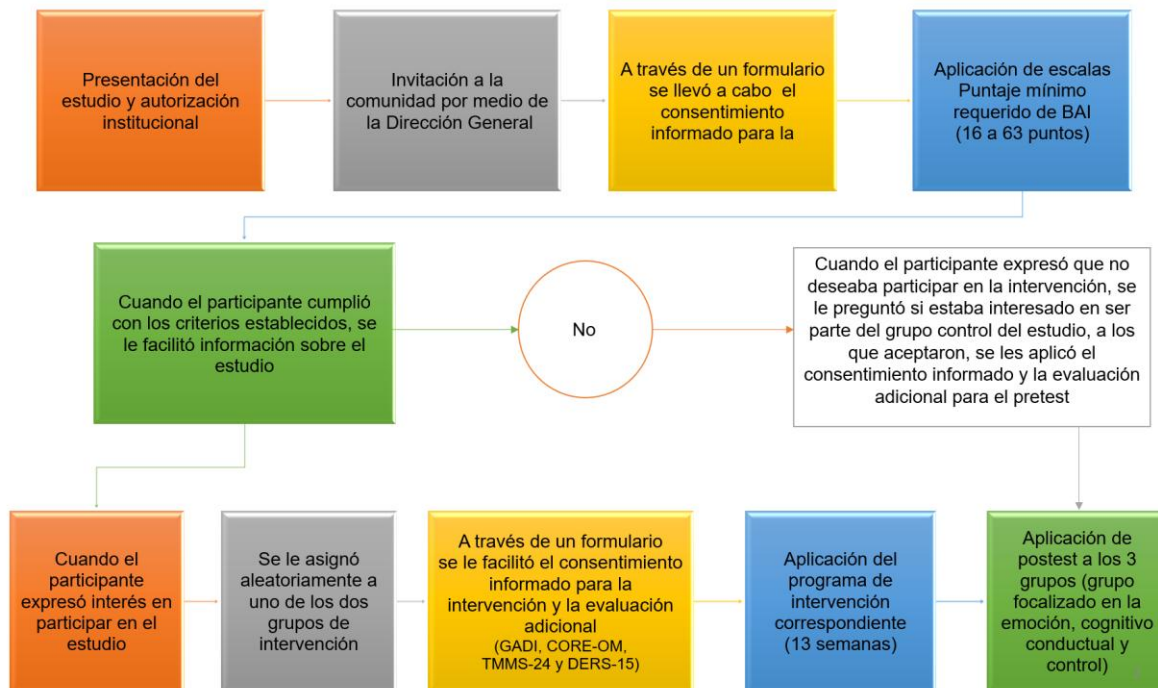
Procedimiento Fase II

Después de la presentación del estudio en la institución y la aprobación de este, se envió la invitación a su población (200 trabajadores) mediante los directivos, y estos compartieron a través de un formulario electrónico el consentimiento informado, para la aplicación de escalas de ansiedad y depresión con las cuales se identificaron posibles participantes que cumplieran con los criterios de inclusión y no presentaban los criterios de exclusión. Después de analizar los resultados de la evaluación (45 participantes) se identificaron 12 posibles participantes (10 mujeres y 2 hombres), a estos se les envió un correo para invitarlos a participar en el estudio y solo 10 contestaron, de los cuales 4 no aceptaron participar en la intervención pero estuvieron de acuerdo con pertenecer al grupo control, y 6 aceptaron participar en la intervención, por lo que se les asignó de manera aleatoria a uno de los dos grupos (focalizado en la emoción y cognitivo conductual). Una vez asignados los participantes a los grupos correspondientes, se procedió a compartir un formulario electrónico que incluía el consentimiento informado, los datos sociodemográficos y la evaluación del pretest, también se agendó con cada participante la primera sesión de intervención.

El tratamiento se llevó a cabo con base en los manuales desarrollados a partir de las cartas descriptivas diseñadas y validadas en la Fase II. Una vez finalizadas las 13 sesiones con las participantes, se llevó a cabo la aplicación del postest en los tres grupos. Finalmente se analizaron los datos obtenidos en la batería de instrumentos y se integraron con los datos de autorregistros recabados mediante el *Split Middle Technique*, para determinar si hubo cambios significativos antes y después de la intervención así como la comparación entre los grupos.

Figura 51

Procedimiento del estudio



Análisis de datos

La **inspección visual**: Consiste en un examen de la presentación de un grupo de datos. Se formula un juicio acerca de si los requisitos del diseño han sido cumplidos, con el fin de formular una relación causal entre la intervención y el cambio de conducta.

Técnica de división de mitades (Split-middle technique): Método mediante el cual se describe la tasa de cambio conductual a lo largo del tiempo para un solo individuo. Evalúa la tendencia o la pendiente dentro de una fase y compara las pendientes a lo largo de las fases. La tasa de conducta ha sido propuesta como la medida más útil para este método.

Después de realizar los análisis de los datos del estudio de caso único con tres réplicas por programa con línea base múltiple, se establecerán los dos grupos por programa (uno cognitivo conductual y otro grupo focalizado en las emociones) para poder llevar a cabo el análisis con grupos equivalentes, que a continuación se explica brevemente.

Consideraciones éticas

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, según el cual, este estudio se clasifica como investigación con riesgo mínimo, así mismo el respeto a la dignidad del sujeto que se traduce en la necesidad de su participación voluntaria, libre e informada, a través del consentimiento informado ajustado a los lineamientos de la Declaración de Helsinki y en el Informe Belmont (Aguilera et al., 2020).

En la carta de consentimiento informado se abordaron los propósitos del estudio, los riesgos (que en este tipo de intervención no existen) y beneficios así como el derecho a abandonar la investigación en cualquier momento, fueron explicados explícita y detalladamente. Al participante se le explicó (verbalmente, y a través del apartado de consentimiento) que los resultados se utilizarán sólo para los propósitos del estudio y que son completamente confidenciales (la investigadora principal será la única que cuente con los nombres de los participantes a los cuales se les asignará un número para que sus datos sean completamente

confidenciales, para fines de divulgación de los resultados del estudio, se utilizarán algunos datos sociodemográficos como el género, la edad y la escolaridad). A los participantes que no cumplan con los criterios de inclusión se les ofreció una sesión psicoeducativa en la que se les facilitará información para su tratamiento.

Resultados del Estudio

Identificación de la muestra

Para llevar a cabo la identificación de la muestra para el presente estudio se aplicó una evaluación de diagnóstico con el objetivo de identificar posibles participantes voluntarios que presenten sintomatología ansiosa (moderada y alta) a través de la aplicación escalas estandarizadas y validadas en México para adultos (Tabla 57)

La muestra de participantes para este estudio consistió en adultos. El criterio de inclusión para participar en el estudio fue ser mayor de 18 años y participar de manera voluntaria. En total, participaron 45 adultos en el estudio de 200 que componen la población total de la Institución.

Tabla 57

Instrumentos para identificar la muestra del estudio

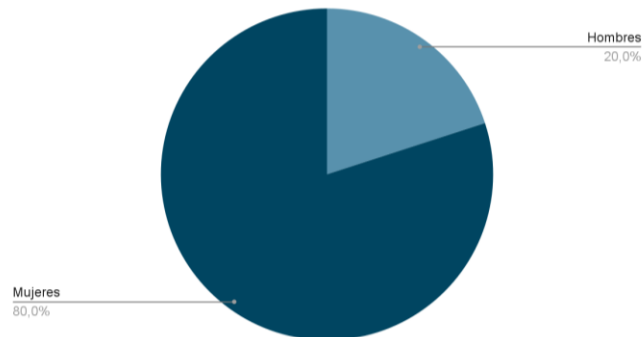
Instrumentos	Características
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Diseñado para evaluar la severidad de la ansiedad en adultos y adolescentes. Compuesto por 21 ítems que evalúan síntomas de ansiedad como temor, taquicardia y sensación de muerte inminente. Utiliza una escala de puntuación de 0 a 3 para cada ítem. Puntuación total: 0-7 (ansiedad mínima), 8-15 (ansiedad leve), 16-25 (ansiedad moderada), 26-63 (ansiedad grave).
Inventario de Depresión de Beck (BDI II)	Evalúa la intensidad de la depresión en adultos y adolescentes, consta de 21 ítems que evalúan síntomas como tristeza, pesimismo y falta de energía. Se utiliza una escala de puntuación de 0 a 3 para cada ítem, en donde la puntuación total de 0-13 indican sin depresión, 14-9 (depresión leve), 20-28 (depresión moderada), 29-63 (depresión grave)
Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS-15)	El instrumento es una escala de autoinforme que cuenta con 15 ítems, los cuales se dividen en 4 factores: 1) metas, 2) impulsividad, 3) estrategias, y 4) claridad. Con un coeficiente alfa de .88 para toda la escala.
Escala de respuestas rumiativas (RUM)	Es un autoinforme que consta de 22 ítems, mide tres factores: reproches, reflexión y depresión. La confiabilidad obtenida para el total de la prueba es de $\alpha = 0.93$

Datos descriptivos de la población

Se contó con la participación de 45 adultos cuyas edades oscilaron entre los 21 y los 61 años. En el grupo evaluado hubo una mayor participación de mujeres con 36 participantes (80%) y 9 hombres (20%) (Figura 52).

Figura 52

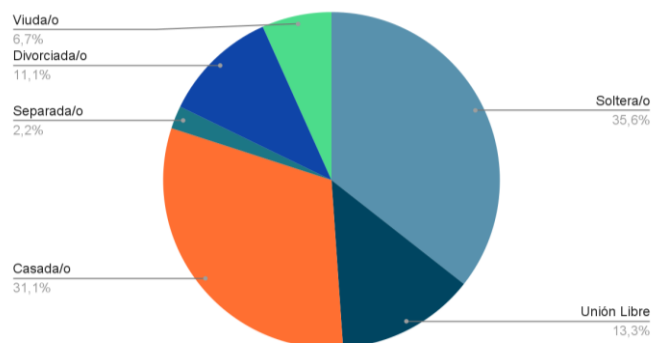
Sexo



Durante el proceso de evaluación, se encontró que la mayor parte de la muestra está compuesta por personas solteras (35.6%) y casadas (31.1%), seguidas por aquellos en unión libre (13.3%). Las personas divorciadas constituyen el 11.1% de la muestra, mientras que las viudas representan el 6.7%. La categoría menos común es la de personas separadas, con solo el 2.2% de la muestra (Figura 53).

Figura 53

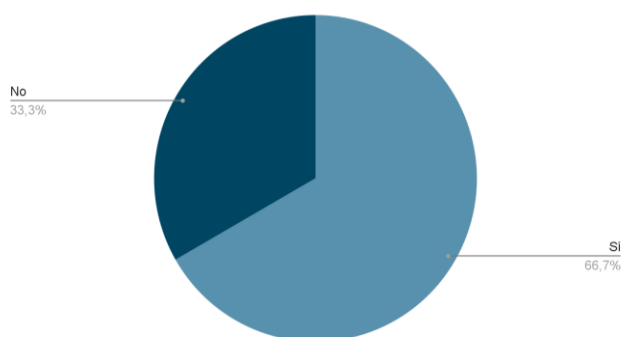
Estado civil



La mayoría de los individuos en la muestra tienen hijos, representando el 66.7% de la muestra. El 33.3% restante no tiene hijos. Esta distribución muestra que dos tercios de los participantes tienen responsabilidades parentales (Figura 54).

Figura 54

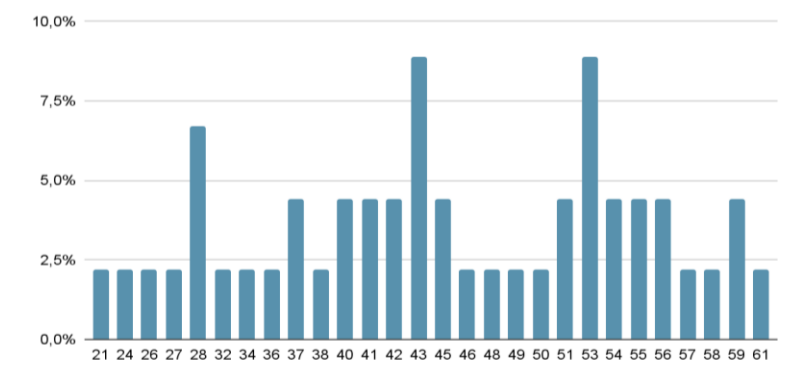
Hijos



En cuestión de edad la muestra presenta una distribución de edades bastante uniforme, aunque con un ligero incremento en las edades de 43 y 53 años, cada una representando el 8.9% de la muestra. Esto podría indicar una ligera concentración de personas en esas edades específicas. La mayoría de las edades en la muestra están representadas por una o dos personas, lo que sugiere una amplia diversidad en la edad de los participantes (Figura 55).

Figura 55

Edad



En la muestra de 45 personas, todos los individuos de la muestra (100%) están actualmente trabajando, esto indica una homogeneidad total en cuanto a la situación laboral.

La mayoría de los individuos en la muestra tienen al menos una licenciatura (44.4%), seguida por aquellos con estudios de preparatoria/técnico (26.7%). Los individuos con especialidad constituyen el 13.3% de la muestra, mientras que aquellos con maestría representan el 15.6%. Esto indica que la muestra tiene una alta proporción de personas con educación superior (licenciatura o más), representando el 73.3% del total (44.4% con licenciatura, 13.3% con especialidad y 15.6% con maestría). Esta distribución sugiere un nivel educativo elevado entre los participantes (Tabla 58).

Tabla 58

Nivel de estudio de los participantes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Preparatoria/ Técnico	12	26.7	26.7	26.7
	Licenciatura	20	44.4	44.4	71.1
	Especialidad	6	13.3	13.3	84.4
	Maestría	7	15.16	15.6	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Análisis descriptivo de las pruebas

A continuación se muestra la tabla de datos descriptivos de las evaluaciones aplicadas (Tabla 59). Los datos muestran que, en promedio, los niveles de ansiedad y depresión en la muestra son bajos. Sin embargo, las dificultades en la regulación emocional y la rumiación tienen una mayor variabilidad, con algunos individuos mostrando niveles altos. Esto sugiere que, aunque la mayoría de los individuos no presentan niveles altos de ansiedad o depresión, sí enfrentan desafíos significativos en términos de regulación emocional y rumiación, lo cual podría ser un foco importante para intervenciones clínicas o programas de apoyo.

Tabla 59*Datos descriptivos de las evaluaciones*

		Evaluación BAI	Evaluación BDI	Suma DERS	Suma RUM
N	Válidos	45		45	45
	Perdidos	0		0	0
Media		2.02	1.56	24.44	34.20
Mediana		2.00	1.00	23.00	31.00
Suma		91	70	1100	1539

Nota: BAI (Escala de Ansiedad de Beck), BDI (Escala de Depresión de Beck), DERS (Escala de dificultades en la Regulación Emocional), RUMS (Escala de respuestas rumiativas)

En la muestra de 45 individuos (Tabla 60), la mayoría presenta niveles de ansiedad mínima o leve, representando el 73.3% del total (33.3% mínima y 40.0% leve). Un 17.8% muestra ansiedad moderada, mientras que un 8.9% experimenta ansiedad severa. Estos resultados sugieren que la muestra en su mayoría tiene niveles bajos a moderados de ansiedad, con una minoría enfrentando niveles más severos.

Tabla 60*Datos descriptivos del Inventario de Ansiedad de Beck*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Ansiedad mínima	15	33.3	33.3	33.3
Ansiedad leve	18	40.0	40.0	73.3
Ansiedad moderada	8	17.8	17.8	91.1
Ansiedad severa	4	8.9	8.9	100
Total	45	100.0	100.0	

La mayoría de los individuos en la muestra (Tabla 61) tienen niveles de depresión mínimos (71.1%), según las puntuaciones del BDI. Un pequeño porcentaje presenta depresión leve (11.1%), mientras que una proporción aún menor muestra depresión moderada (8.9%) y depresión grave (8.9%). Esto sugiere que la muestra en su mayoría presenta niveles bajos de depresión, pero una parte significativa aún experimenta algún grado de depresión leve a grave.

Tabla 61

Datos descriptivos del Inventario de Depresión de Beck

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Depresión mínima	32	71.1	71.1	71.1
	Depresión leve	5	11.1	11.1	82.2
	Depresión moderada	4	8.9	8.9	91.1
	Depresión grave	4	8.9	8.9	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

En la muestra de 45 individuos, las puntuaciones en la escala DERS (Dificultades en la Regulación Emocional) varían considerablemente. La mayoría de los participantes muestran puntuaciones dispersas entre 19 y 28, con las siguientes frecuencias más altas: 24 (17.8%), 23 (15.6%), y 20 (22.2%). Esto sugiere que la muestra experimenta una amplia gama de dificultades en la regulación emocional, con algunos individuos reportando niveles significativos de estas dificultades (Tabla 62).

Tabla 62*Datos descriptivos del DERS*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos					
	19	1	2.2	2.2	2.2
	20	10	22.2	22.2	24.4
	21	1	2.2	2.2	26.7
	22	4	8.9	8.9	35.6
	23	7	15.6	15.6	51.1
	24	8	17.8	17.8	68.9
	25	2	4.4	4.4	73.3
	26	3	6.7	6.7	80.0
	27	1	2.2	2.2	82.2
	28	3	6.7	6.7	88.9
	33	2	4.4	4.4	93.3
	35	1	2.2	2.2	95.6
	37	1	2.2	2.2	97.8
	42	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Las puntuaciones están distribuidas principalmente entre 22 y 56, con frecuencias más altas en 31 (8.9%), 22 (15.6%), y 32 (4.4%). Esto sugiere que la muestra experimenta una amplia gama de niveles de rumiación, con algunos individuos reportando niveles significativos (Tabla 63).

Tabla 63*Datos descriptivos del RUM*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos					
	22	7	15.6	15.6	15.6
	23	2	4.4	4.4	20.0
	24	1	2.2	2.2	22.2
	25	2	4.4	4.4	26.7
	26	3	6.7	6.7	33.3
	27	1	2.2	2.2	35.6
	29	1	2.2	2.2	37.8
	30	2	4.4	4.4	42.2
	31	4	8.9	8.9	51.1
	32	2	4.4	4.4	55.6
	34	2	4.4	4.4	60.0
	35	2	4.4	4.4	64.4
	39	3	6.7	6.7	71.1
	40	1	2.2	2.2	73.3
	41	2	4.4	4.4	77.8
	42	1	2.2	2.2	80.0
	43	1	2.2	2.2	82.2
	46	2	4.4	4.4	86.7
	47	1	2.2	2.2	88.9
	51	1	2.2	2.2	91.1
	54	1	2.2	2.2	93.3
	56	2	4.4	4.4	97.8
	65	1	2.2	2.2	100.0
	Total	45	100.0	100.0	

Las correlaciones entre las variables en la muestra de 45 individuos muestran relaciones significativas y consistentes (Tabla 64). La ansiedad, evaluada por BAI, correlaciona fuertemente con la depresión evaluada por BDI ($r = 0.767$, $p < 0.01$), así como con las dificultades en la regulación emocional (DERS, $r = 0.525$, $p < 0.01$) y la rumiación (Rumiación, $r = 0.720$, $p < 0.01$). BDI también se correlaciona significativamente con DERS ($r = 0.595$, $p < 0.01$) y Rumiación ($r = 0.750$, $p < 0.01$). Además, el DERS y el inventario de Rumiación muestran una correlación moderada ($r = 0.518$, $p < 0.01$). Estos hallazgos subrayan la estrecha relación entre la ansiedad, la depresión, las dificultades en la regulación emocional y la rumiación, destacando la importancia de abordar estas variables conjuntamente en las intervenciones psicológicas y clínicas.

Tabla 64
Correlaciones de Pearson

		BAI	BDI	DERS	Rumiación
BAI	Correlación de Pearson	1	.767**	.525**	.720**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000
	N	45	45	45	45
BDI	Correlación de Pearson	.767**	1	.595**	.750**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000
	N	45	45	45	45
DERS	Correlación de Pearson	.525**	.595**	1	.518**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
	N	45	45	45	45
Rumiación	Correlación de Pearson	.720**	.750**	.518**	1
	Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	.000
	N	45	45	45	45

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Identificación de los participantes

Con base en la Tabla 60; *Datos descriptivos del Inventario de Ansiedad de Beck*, en la que se resaltan los 12 posibles participantes que presentan ansiedad moderada y alta. Las participantes fueron nueve mujeres con sintomatología ansiosa, con una media de edad de 40.7 años, con un nivel de estudios de educación media y superior (Tabla 65).

Tabla 65

Datos sociodemográficos de la muestra

Grupo	No. de Caso	Genero	Edad	Estado civil	Hij@s	Escolaridad	Empleo
FE	1	F	53	Divorciada	3	Preparatoria	Si
	2	F	55	Divorciada	3	Licenciatura	Si
	3	F	37	Soltera	2	Licenciatura	Si
CC	4	F	38	Unión libre	2	Preparatoria	Si
	5	F	27	Soltera	0	Licenciatura	No
	6	F	42	Casada	2	Preparatoria	Si
GC	7	F	52	Casada	0	Licenciatura	Si
	8	F	34	Separada	0	Licenciatura	Si
	9	F	29	Unión libre	3	Especialidad	No

A continuación se comparte de manera específica cada uno de los primeros seis casos, en los cuales se llevó a cabo la intervención (de los tres casos del grupo control solo se obtuvieron los datos sociodemográficos que se presentan en la anterior tabla);

El **caso 1**, es una femenina de 53 años, nivel educativo medio superior y con trabajo de planta en área administrativa en el cual tiene una antigüedad de más de 20 años, en cuanto a su vida familiar, lleva más de diez años de divorciada con tres hijos entre los 33 y 21 años, actualmente solo vive con su hijo menor, reporta como motivo de consulta sintomatología ansiosa asociada a temas sobre la enfermedad y la muerte principalmente.

El **caso 2**, es una femenina de 55 años, nivel educativo superior y con trabajo de planta en área profesional administrativa en el cual tiene una antigüedad de más de 15 años, más de veinte años de divorciada con tres hijos entre los 36 y 18 años, actualmente vive sola, reporta como motivo de consulta sintomatología ansiosa asociada a temas sobre el bienestar de sus hijos, principalmente a su hijo menor que durante las sesiones 4 y 5 se mudó de ciudad para estudiar la licenciatura en otro estado.

El **caso 3**, es una femenina de 37 años, nivel educativo superior y con trabajo de planta en área profesional administrativa en el cual tiene una antigüedad de más de 15 años, en cuanto a su vida familiar, lleva más de 15 años en unión libre con dos hijos entre los 15 y 5 años, reporta como motivo de consulta sintomatología ansiosa asociada a temas de relación de pareja principalmente desde una dimensión de plan y sentido de vida.

El **caso 4**, es una femenina de 38 años, nivel educativo medio superior y con trabajo provisional en área profesional administrativa en el cual tiene laborando menos de 2 años, en cuanto a su vida familiar, lleva en unión libre menos de dos años con dos hijos entre los 20 y 1 año, reporta como motivo de consulta sintomatología ansiosa asociada a temas por sobrecarga por el aumento de roles en su vida actual y estabilidad económica, cabe mencionar que en la penúltima semana de intervención su pareja quedo desempleado.

El **caso 5**, es una femenina de 27 años, nivel educativo superior y con trabajo provisional en área profesional en el cual lleva un año laborando, en cuanto a su vida familiar, es soltera y vive en la casa familiar, reporta como motivo de consulta sintomatología ansiosa asociada a temas de estabilidad laboral y económica, sobreexigencia y autonomía, por lo que resulta importante mencionar que durante la 4ª semana de intervención fue despedida de su empleo sin previo aviso, lo cual aumentó dramáticamente la sintomatología ansiosa y durante el tiempo que duró la intervención no fue recontratada ni seleccionada en ningún proceso de reclutamiento laboral.

El **caso 6**, es una femenina de 42 años, con nivel educativo medio superior que actualmente trabaja, está casada y tiene dos hijos, la cual aceptó ser parte del estudio pero no pudo asistir a ninguna sesión de intervención porque su esposo tuvo un problema de salud que requería que ella actuara como cuidadora primaria, por lo que solo se presenta su registro de línea base.

Resultados de estudio de caso único tipo AB con dos réplicas por programa (focalizado en la emoción y cognitivo conductual) con línea base múltiple

Análisis estadístico clínico

Para evaluar el análisis clínicamente significativo se utilizó la prueba de partición de mitades *Split Middle Technique* que consiste en evaluar el cambio de una variable a lo largo del tratamiento. A continuación se describen cada una de las variables registradas y sus valores de significancia.

La Tabla 66 muestra cambios clínicamente significativos en la disminución de síntomas de ansiedad en los casos 2 y 3 que recibieron el programa focalizado en la emoción y en el caso 4 que recibió el programa cognitivo conductual.

Tabla 66

Porcentaje de síntomas de ansiedad antes y después del tratamiento.

Caso	Grupo	LB	TX	Ganancia	P
1	FE	57.86	63.30	+5.44	0.000
2	FE	61.11	51.46	- 9.65	0.006*
3	FE	53.17	43.48	-9.69	0.000*
4	CC	55.42	49.91	- 5.51	0.000
5	CC	38.33	49.64	+11.31	0.000
6	CC	61.11	---	----	----

En la Tabla 67 sólo se observa cambio clínicamente significativo en el incremento de la identificación de emociones en el caso 1 que recibió programa focalizado en la emoción.

Tabla 67*Porcentaje de identificación de emociones antes y después del tratamiento*

Caso	Grupo	LB	TX	Ganancia	P
1	FE	48.805	52.23	+3.43	0.000*
2	FE	47.959	42.51	- 5.44	0.001
3	FE	58.67	58.38	- 0.29	0.000
4	CC	51.92	51.17	- 0.75	0.01
5	CC	58.57	55.63	- 2.94	0.000
6	CC	68.21	---	----	----

Por último, en la Tabla 68 se observan cambios clínicamente significativos en el incremento de la percepción de bienestar en los casos 1, 2 y 3 que recibieron el programa focalizado en la emoción y en el caso 4 que recibió el programa cognitivo conductual. A continuación se presentan las gráficas de línea base múltiple por programa y conducta.

Tabla 68*Porcentaje de bienestar antes y después del tratamiento*

Caso	Grupo	LB	TX	Ganancia	P
1	FE	67.70	69.41	+ 1.17	0.000
2	FE	47.32	51.52	+4.2	0.009
3	FE	52.67	61.10	+8.43	0.001
4	CC	38.46	49.37	+10.91	0.000
5	CC	67.45	48.64	-18.81	0.000
6	CC	56.25	---	---	---

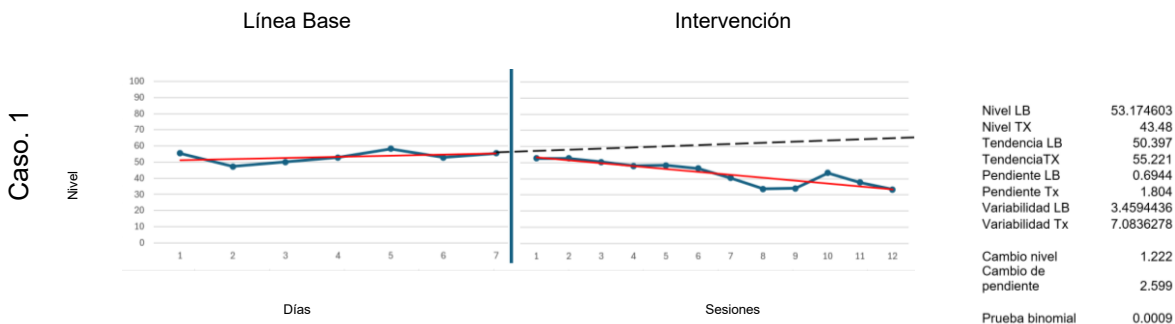
Análisis clínico de inspección visual a través de gráficas de línea base múltiple

Las gráficas de línea base múltiple describen la tasa de cambio conductual a lo largo de la línea base (7 días) y trece sesiones semanales de intervención (91 días). La intervención se llevó a cabo con dos programas, uno focalizado en la emoción (Caso 1, 2 y 3) y un programa cognitivo conductual (Caso 4, 5 y 6). En cada intervención se midió el efecto del tratamiento en tres medidas (1) síntomas de ansiedad, (2) identificación de emociones y (3) percepción de bienestar.

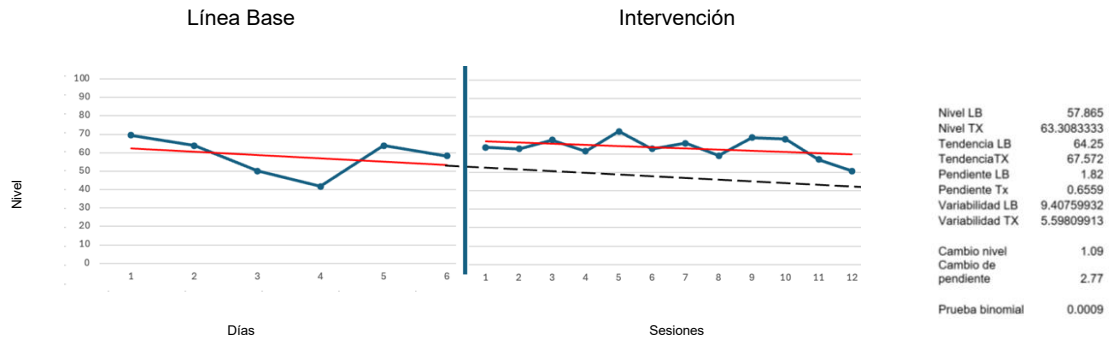
A continuación se describen los resultados de las gráficas de línea base múltiple, en la **medida de síntomas de ansiedad**, como se puede observar en las gráficas pertenecientes a los casos 1, 2 y 3 (Figura 56), de la intervención con el programa focalizado en la emoción (FE) y el caso 4 (Figura 57), de la intervención con el programa cognitivo conductual (CC) la tendencia o pendiente demuestra el efecto clínicamente significativo de las intervenciones en la disminución de los síntomas de ansiedad.

Figura 56

Síntomas de ansiedad del grupo Focalizado en la Emoción (FE)



Caso. 2



Caso. 3

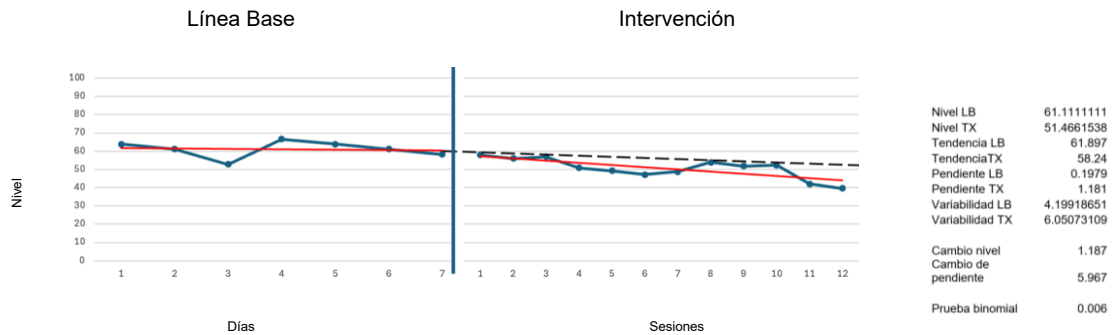
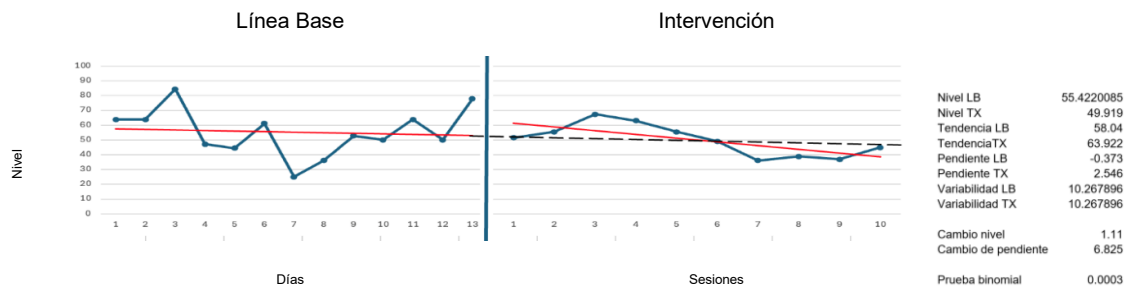


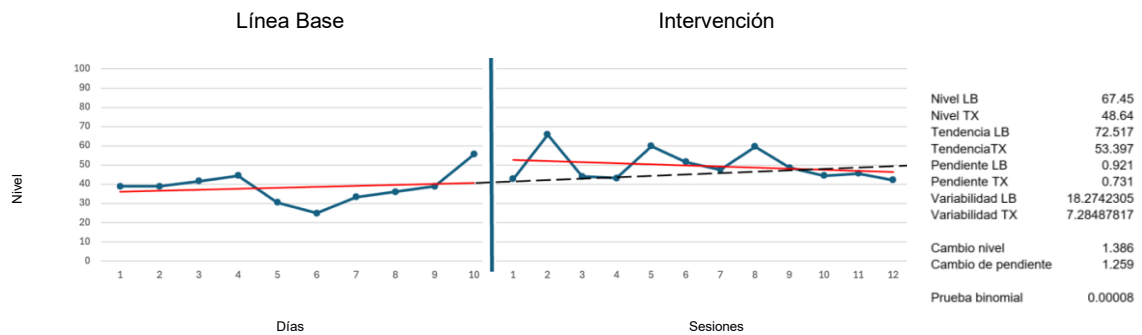
Figura 57

Síntomas de ansiedad del grupo Cognitivo Conductual (CC)

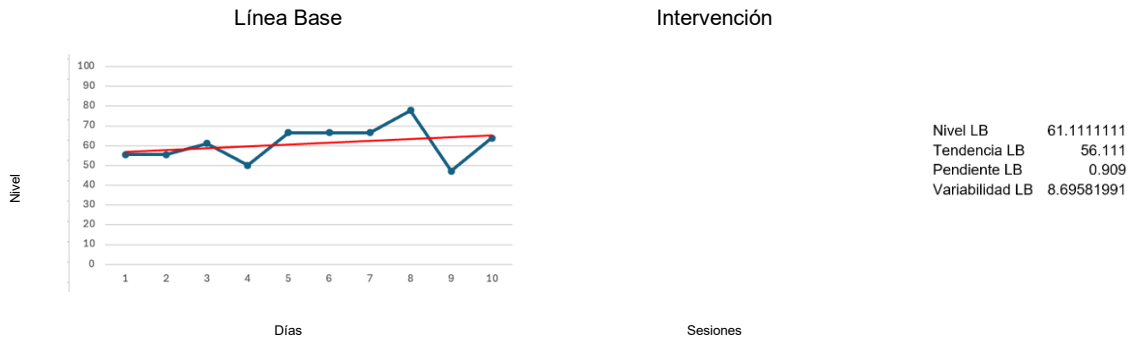
Caso. 4



Caso. 5



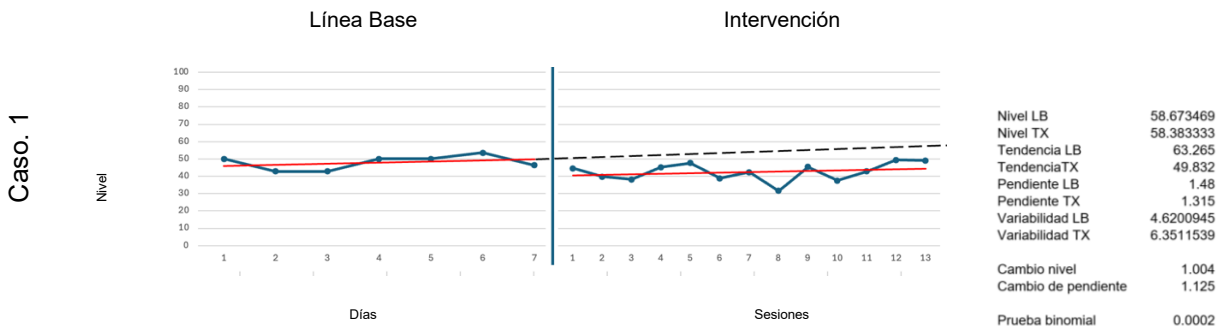
Caso. 6



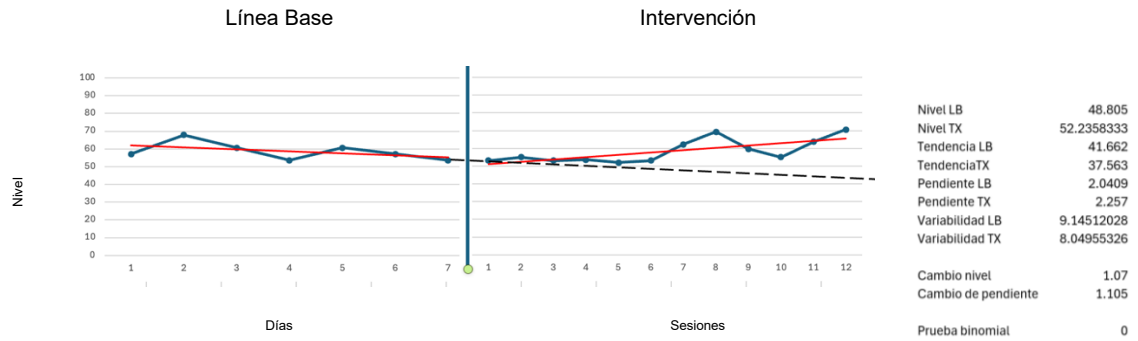
En cuanto a las gráficas de línea base múltiple, en la **medida de identificación de emociones**, como se puede observar en las gráficas pertenecientes a los casos 2 y 3 (Figura 58), de la intervención con el programa focalizado en emociones (FE) y el caso 5 (Figura 59), de la intervención con el programa cognitivo conductual (CC) la tendencia o pendiente demuestra el efecto clínicamente significativo de las intervenciones en el aumento de la identificación de emociones.

Figura 58

Identificación de emociones del grupo Focalizado en la Emoción (FE)



Caso. 2



Caso. 3

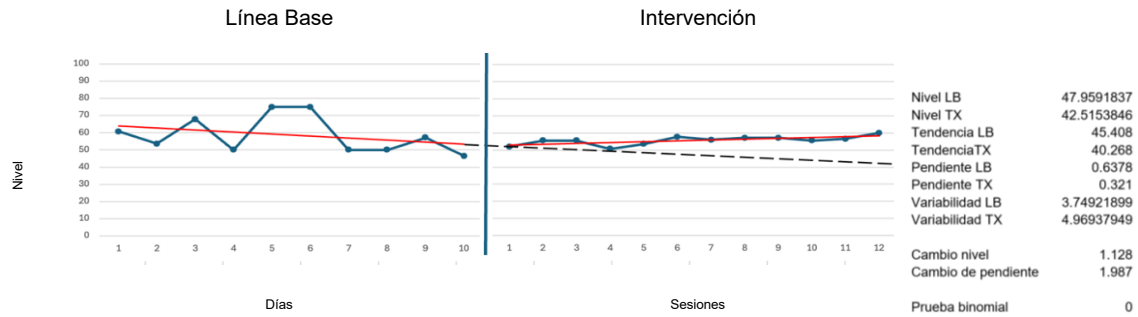
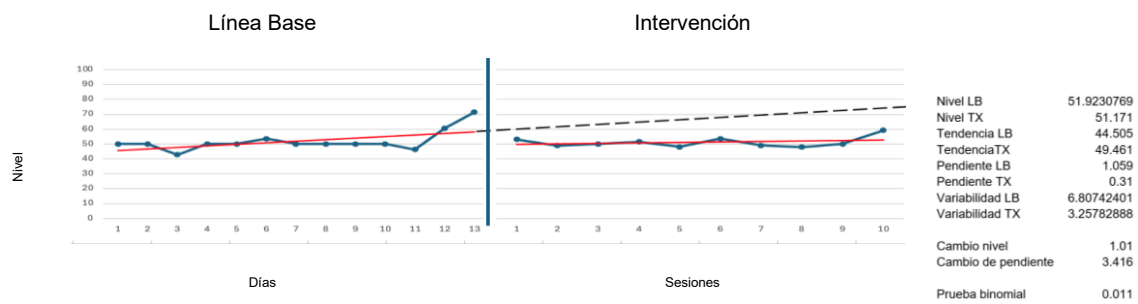


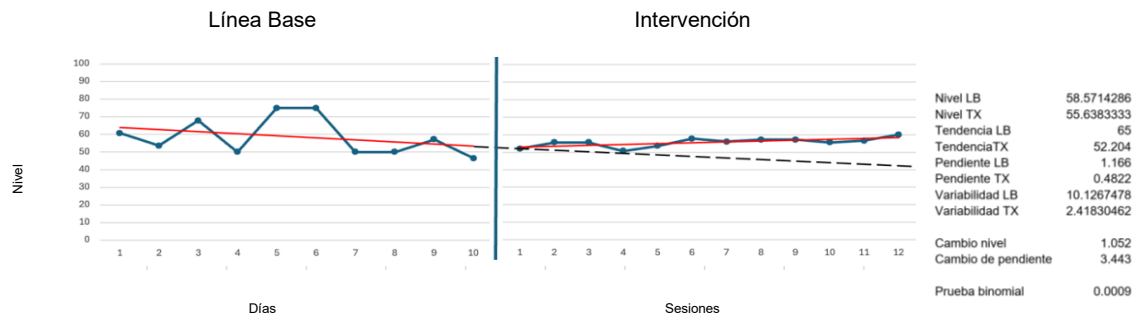
Figura 59

Identificación de emociones del grupo Cognitivo Conductual (CC)

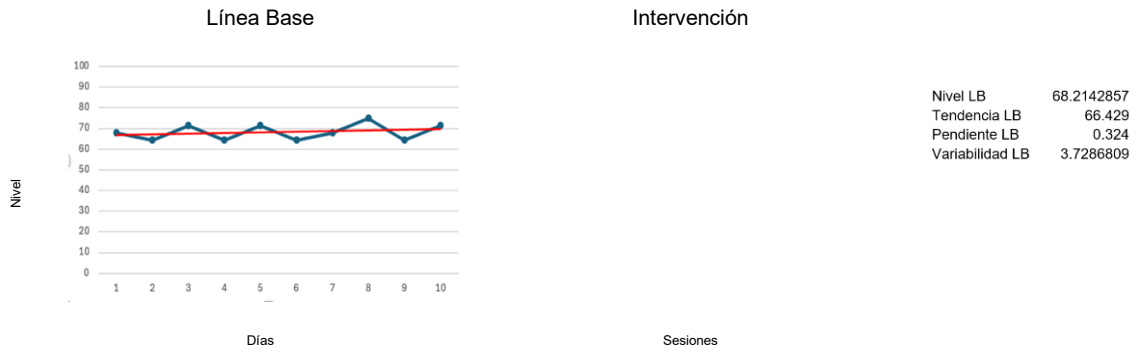
Caso. 4



Caso. 5



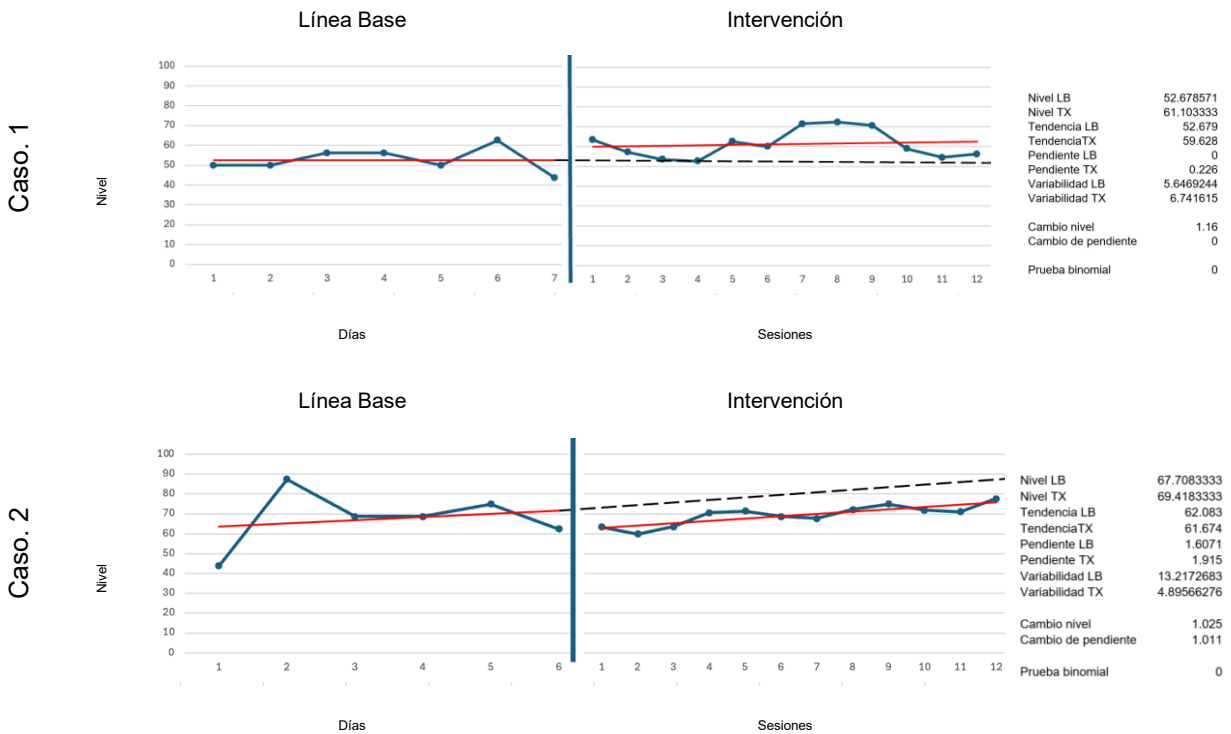
Caso. 6



En cuanto a las gráficas de línea base múltiple, en la **medida de la percepción del bienestar**, como se puede observar en las gráficas pertenecientes a los casos 1 y 3 (Figura 60), de la intervención con el programa focalizado en la emoción (FE) y el caso 4 (Figura 61), de la intervención con el programa cognitivo conductual (CC) la tendencia demuestra el efecto clínicamente significativo de las intervenciones en el aumento de la percepción del bienestar.

Figura 60

Percepción de bienestar del grupo Focalizado en la Emoción (FE)



Caso. 3

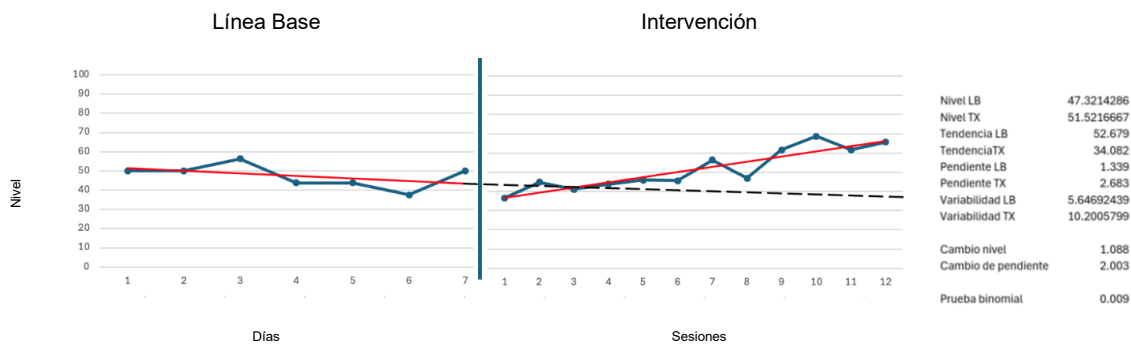
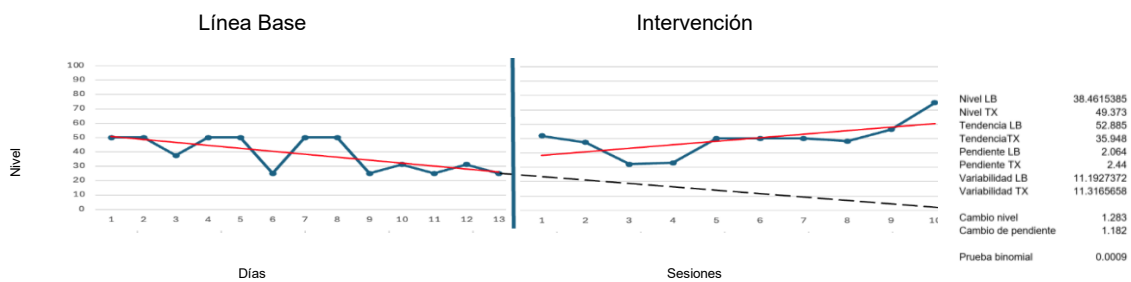


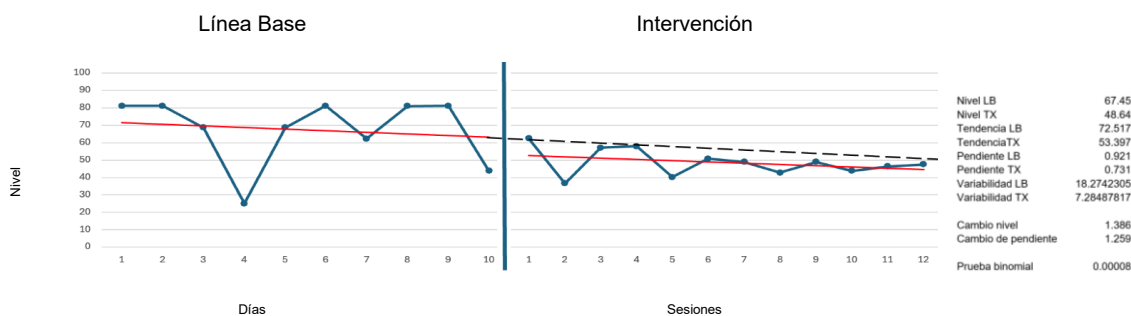
Figura 61

Percepción de bienestar del grupo Cognitivo Conductual (CC)

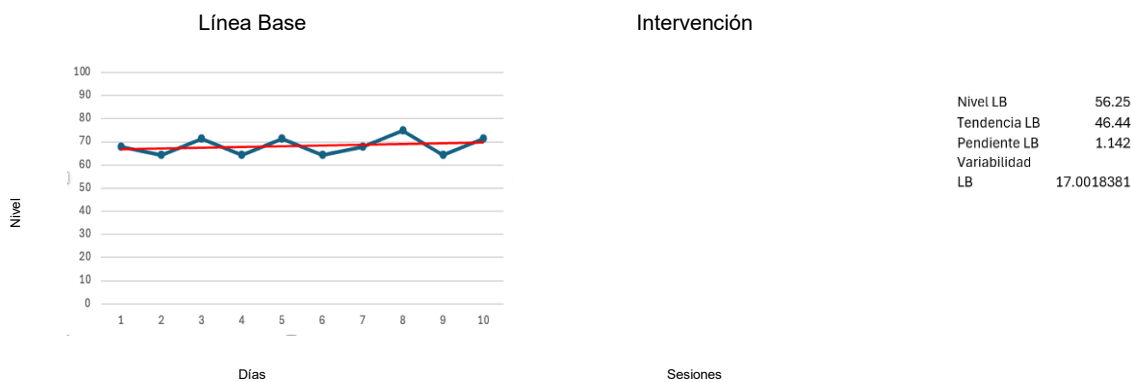
Caso. 4



Caso. 5



Caso. 6

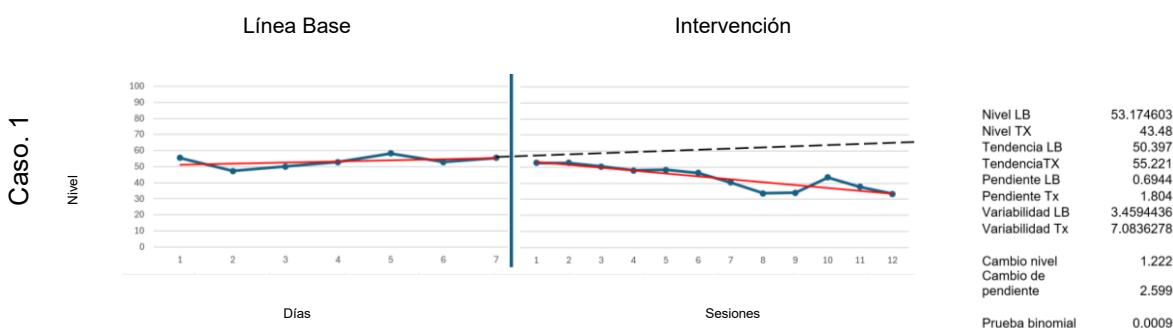


Comparación split middle technique con un caso de cada grupo de intervención

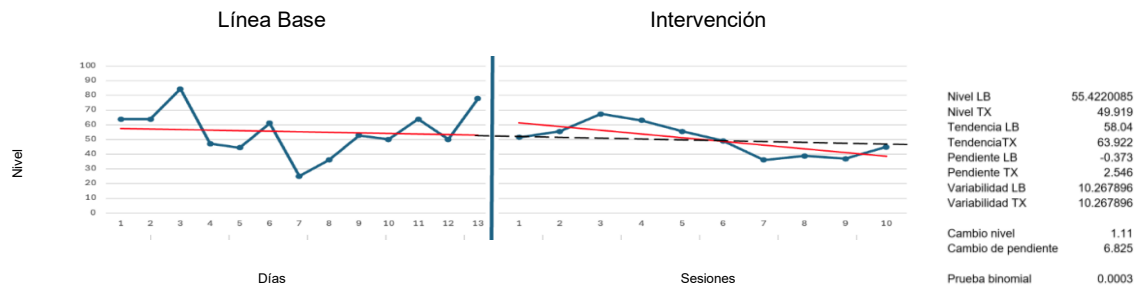
Como se puede observar en la Figura 62, en el Caso 1 con la intervención Focalizada en la Emoción (FE) se observa una disminución de los **síntomas de ansiedad** a partir de la sesión 3, en la que la participante identificó su vulnerabilidad emocional crónica o dolor central con base en la experimentación de emociones primarias y la técnica de despejar un espacio, otro punto importante de disminución de sintomatología se sitúa en la sesión 6, 7, 8 y 9, en la cuales se trabajaron las técnicas experienciales emocionales para intervenir la preocupación, auto interrupción, autocrítica y lesiones emocionales como procesos de evitación del dolor central, con base en las técnicas experimentación de emociones, *focusing*, expresión emocional y la reflexión, así como las estrategias de diálogo de las dos sillas, promulgación de las dos sillas y la escritura reflexiva. Por su parte, en la sesión 10 se observa un aumento en la sintomatología ansiosa debido a la dificultad de expresar las necesidades insatisfechas que permitieron a la participante identificar experiencias alternativas y adaptativas para transformar su dolor emocional central en autocompasión e ira protectora con base en las técnicas de experimentación de emociones, exposición y expresión emocional así como la reflexión.

Figura 62

Gráficas de caso único para la medida de síntomas de ansiedad



Caso. 4



En cuanto al caso 4 con la **intervención Cognitiva Conductual (CC)** se observa una disminución de los **síntomas de ansiedad** a partir de la sesión 3, en la que la participante identificó situaciones activantes de ansiedad para practicar la solución de problemas ante la preocupación, las sesiones 4, 5, 6 y 7 en las cuales identificó los errores de pensamiento y los esquemas maladaptativos así como la reestructuración de las creencias acerca de la preocupación, todo esto para promover respuestas de control que le resulten más adaptativas así como desarrollar estrategias de control positivas como la respiración diafragmática y la relajación, la intervención en estas sesiones tuvo como base las técnicas de psicoeducación, análisis funcional, solución de problemas, manejo de la ansiedad, reestructuración cognitiva, y estrategias como autocontrol, autorregistro, respiración diafragmática y relajación.

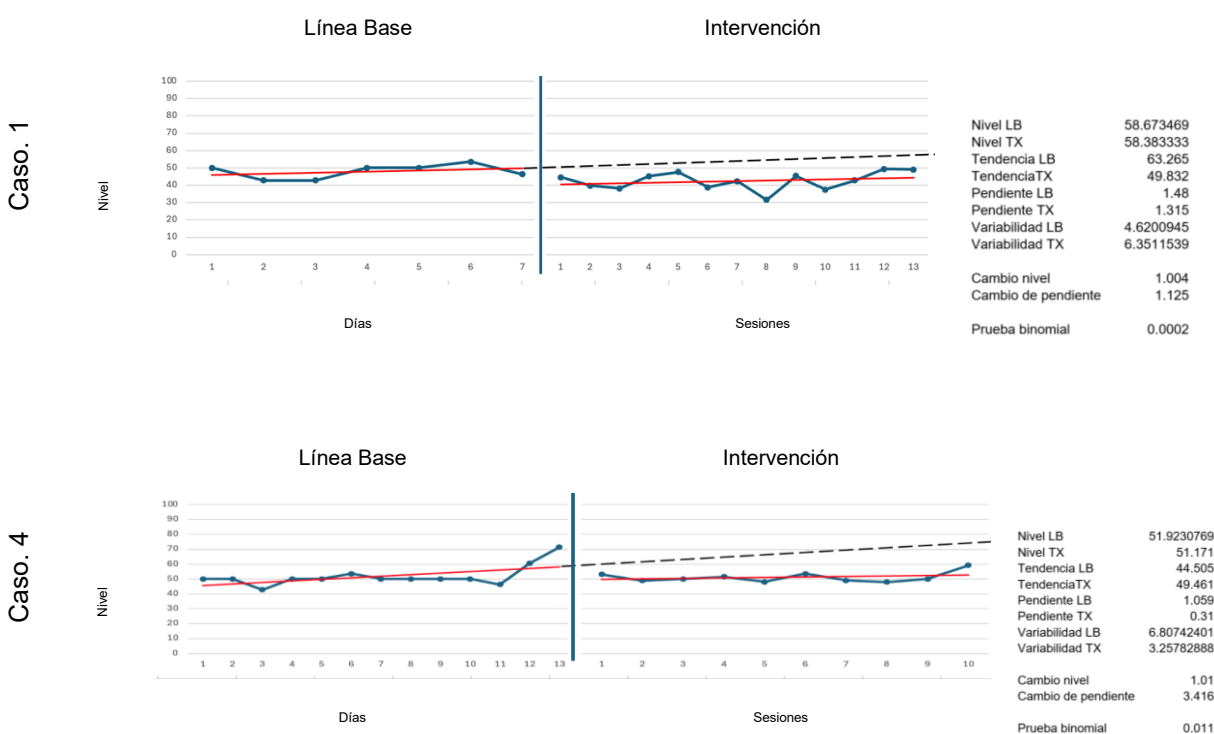
Como se puede observar en la Figura 63, en el Caso 1 con la **intervención Focalizada en la Emoción (FE)** se observa aumento en la **identificación de emociones** en la sesión 4, en la que la participante identificó desencadenantes emocionales históricos de su vulnerabilidad emocional crónica, esto le permitió en la sesión 5 comprender sus procesos de evitación emocional, lo que facilitó la integración de las problemáticas actuales de ansiedad ante la enfermedad y la muerte, principalmente y la identificación de situaciones de preocupación, autocrítica, auto interrupción y asuntos pendientes. Por su parte, en la sesión 12 se observa otro aumento en la identificación de emociones debido a la reflexión acerca de sus necesidades insatisfechas y la relación de estas con los síntomas de ansiedad desde una perspectiva

focalizada en la emoción con técnicas como psicoeducación, experimentación de emociones, exposición y expresión emocional así como reflexión.

En cuanto al caso 4 con la **intervención Cognitiva Conductual (CC)** no se observa un aumento en la **identificación de emociones** como tal.

Figura 63

Gráficas de caso único para la medida de identificación de emociones

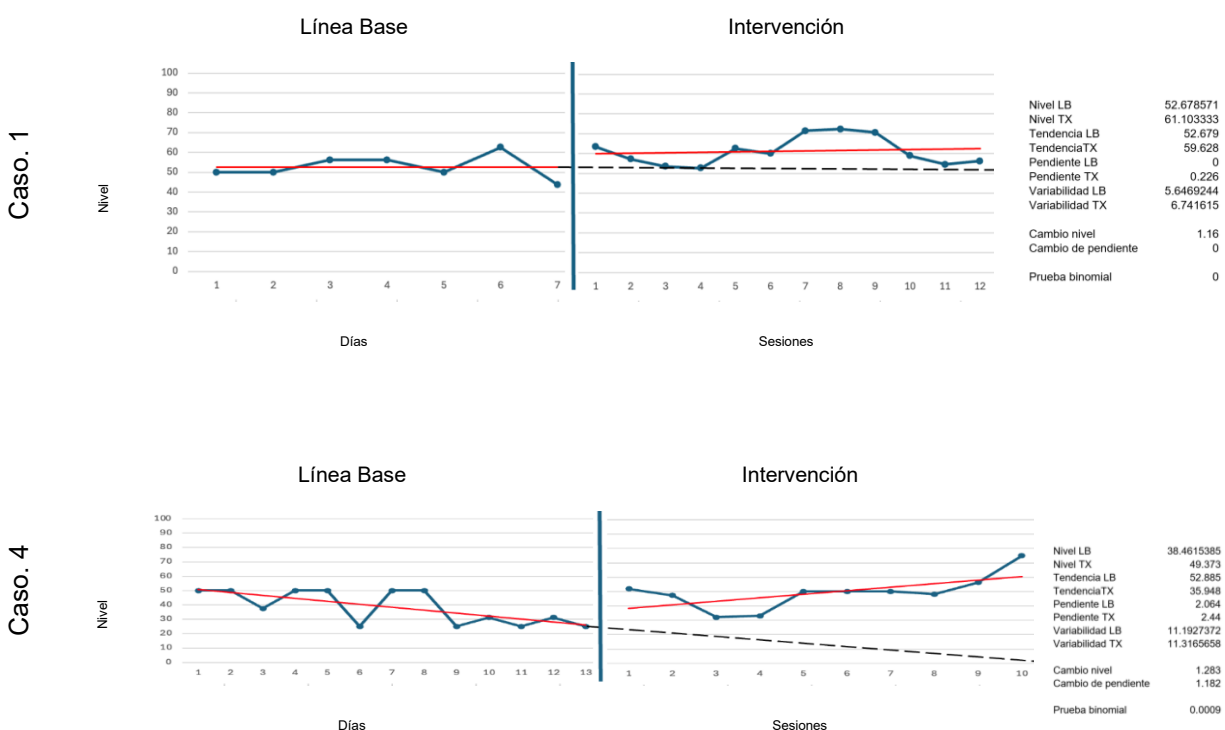


Como se puede observar en la Figura 64, en el **Caso 1** con la **intervención Focalizada en la Emoción (FE)** se observa un **aumento en la percepción de bienestar** durante las sesiones 7, 8 y 9, en las que la participante experimentó la auto interrupción, la autocrítica y las heridas o lesiones emocionales por asuntos pendientes como procesos de evitación emocional para acceder al el dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica con base en el procesamiento emocional a través de técnicas como la experimentación de emociones, focusing,

expresión emocional y la reflexión, así como las estrategias de diálogo de las dos sillas, promulgación de las dos sillas y la escritura reflexiva.

Figura 64

Gráficas de caso único para la medida de percepción de bienestar



En cuanto al caso 4 con la **intervención Cognitiva Conductual (CC)** se observa un aumento en la **identificación de emociones** en la sesión 1 y 2 en las cuales se identificaron los síntomas y las principales preocupaciones productivas e improductivas, en las sesiones 5, 6, 7, 9 y 11, la participante identificó los errores de pensamiento y los esquemas maladaptativos así como la reestructuración de las creencias acerca de la preocupación la tolerancia a la incertidumbre y las metacogniciones de la preocupación. La intervención en estas sesiones tuvo como base las técnicas de psicoeducación, análisis funcional, solución de problemas, manejo de la ansiedad, reestructuración cognitiva, exposición funcional cognitiva y estrategias como autocontrol, autorregistro, respiración diafragmática y relajación.

Resultados preprueba-posprueba y grupo control

A continuación en la Tabla 69, se presentan los resultados de la pre-posprueba de los nueve casos pertenecientes a tres grupos, uno de intervención con programa focalizado en la emoción (Caso 1, 2 y 3), otro de intervención con programa cognitivo conductual (Caso 4, 5 y 6) y el tercer grupo que se conformó como grupo control (Caso 7, 8 y 9).

Tabla 69

Resultados pre y posprueba por caso y por puntaje

		BAI		BDI II		GADI		CORE OM		TMMS		TMMS		TMMS		DERS	
		Síntomatología ansiosa		Síntomatología depresiva		Ansiedad Generalizada		Malestar emocional		Percepción de los estados emocionales		Comprensión de los estados emocionales		Regulación de los estados emocionales		Dificultades de regulación emocional	
Gpo	No. C	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS	PRE	POS
FE	1	21	7	19	5	31	5	1.9	.7	27	21	25	16	19	13	36	26
	2	43	23	32	21	34	21	2.7	1.7	33	20	17	6	14	12	70	53
	3	42	9	43	10	33	10	2.6	1.1	26	31	17	13	20	19	40	39
CC	4	24	22	19	18	28	18	1.9	1.9	26	26	18	9	19	6	34	38
	5	16	23	19	21	11	21	.8	1.7	21	20	16	6	25	12	27	53
	6	27	---	26	---	33	---	2	---	36	---	28	---	31	---	33	---
GC	7	25	24	19	33	29	33	1.9	2.3	25	21	19	16	15	6	56	82
	8	22	21	33	28	28	28	2	1.5	24	40	16	10	14	7	33	51
	9	14	10	21	19	16	19	1.4	1.6	21	31	17	7	21	13	19	51

A continuación en la Tabla 70, se presentan los puntos de corte para las variables dependientes

Tabla 70

Puntos de corte para las variables dependientes

Variable	Puntaje mínimo	Puntaje leve	Puntaje moderado	Puntaje severo	Puntaje muy severo
BAI	0 - 5	6 - 15	16 - 30	31- 63	
BDI II	0 - 13	14 - 19	20 - 28	29- 63	
GADI	0 - 15	16 - 30	31 - 45	46 - 60	
CORE OM	0 – 0.99	1 – 1.99	2 – 2.99	3 - 4	
DERS	0 - 29	30 - 59	60 - 69	90 - 119	120 - 150

TMMS	bajo	adecuado	excesivo
Percepción	0 - 21	22 - 33	>=34
Comprensión	0 - 24	25 - 35	>=36
Regulación	0 - 23	24 - 35	>=36

Comparación estadística pre-posprueba y grupo control

Se utilizó una prueba de **Wilcoxon** para identificar las diferencias entre las evaluaciones pre y posprueba de cada grupo (Tabla 71). Los **resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas** en la evaluación del pretest para ninguna de las variables de estudio en los diferentes grupos. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en las evaluaciones posttest para ninguna de las variables de estudio en los tres grupos.

Tabla 71

Datos descriptivos y significancia para las variables dependientes en la comparación pretest y posttest

Variable dependiente	Grupo	<i>n</i>	<i>m</i>	<i>DE</i>	<i>n</i>	<i>m</i>	<i>DE</i>	<i>p</i>
		Pre			Pos			
GADI	FE	3	12	8.18	3	12	8.18	>.01
GADI	CC	2	19.50	2.12	2	13	11.35	>.01
GADI	GC	3	26.66	7.09	3	30	2.64	>.01
CORE OM	FE	3	1.19	.55	3	1.1	.50	>.01
CORE OM	CC	2	1.80	.14	2	1.2	1.04	>.01
CORE OM	GC	3	1.80	.43	3	1.8	.43	>.01
TMMSper	FE	3	24	6.08	3	24	6.08	>.01
TMMSper	CC	2	23	4.24	2	15.33	13.61	>.01
TMMSper	GC	3	30	9.50	3	30.66	9.50	>.01
TMMScomp	FE	3	6	5.13	3	11.66	5.13	>.01
TMMScomp	CC	2	6	2.12	2	5	4.58	>.01
TMMScomp	GC	3	7	4.58	3	11	4.58	>.01
TMMSreg	FE	3	12	3.78	3	11.66	5.13	>.01
TMMSreg	CC	2	6	4.24	2	6	6	>.01
TMMSreg	GC	3	6	3.78	3	8.66	3.78	>.01
DERS	FE	3	26	13.50	3	39.33	13.50	>.01
DERS	CC	2	38	10.60	2	30.33	27.31	>.01
DERS	GC	3	51	17.89	3	61.33	17.89	>.01

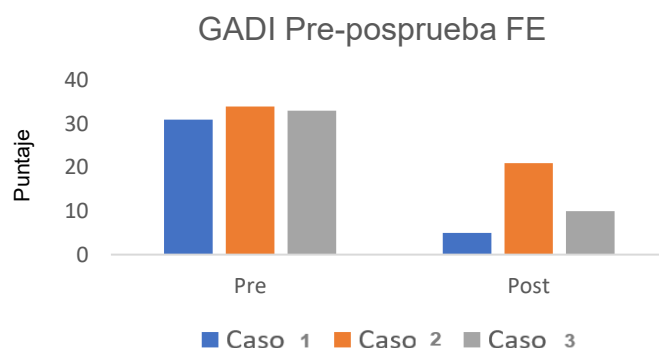
Se realizó una comparación entre el grupo control, el grupo que recibió el programa cognitivo conductual y el grupo que recibió programa focalizado en la emoción, para ello se utilizó una **prueba no paramétrica de Friedman**.

Para la variable GADI el resultado fue el siguiente ($X = 4.667$, $p > .0979$), mientras que para la variable CORE OM ($X = 2.667$, $p > .264$). Para la variable TMMS Percepción ($X = 2.00$, $p > .368$), la variable TMMS comparación ($X = 2.00$, $p > .368$), la variable TMMS regulación ($X = 3.00$, $p > .223$). Finalmente, la variable DERS ($X = 2.00$, $p > .368$). **No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los grupos de tratamiento para ninguna de las variables de estudio.**

Se realizó una **prueba de Friedman** para identificar las diferencias pre y posprueba de las variables dependientes para cada grupo (CC, FE y Grupo Control). Los resultados se muestran a continuación, la prueba de Friedman no mostró cambios estadísticamente significativos en la variable GADI para la evaluación pre y posprueba del grupo (Figura 65) que recibió Programa Focalizado en la Emoción ($X^2(1) = 3$, $p > .05$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon para la pre y posprueba no fueron estadísticamente significativos ($z = .000$, $p = 1.000$).

Figura 65

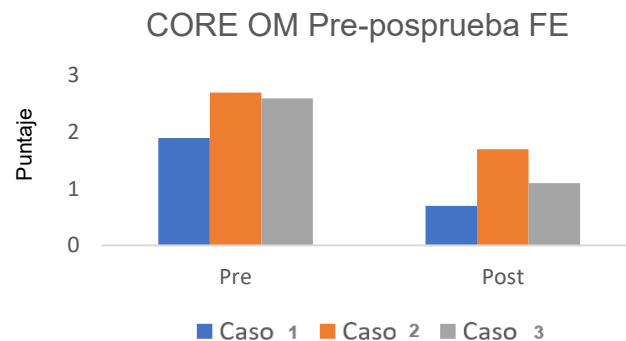
Evaluación pre y posprueba para la variable GADI del grupo Focalizado en la Emoción (FE)



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la evaluación pre y posprueba en la variable CORE OM (Figura 66) en el grupo que recibió programa Focalizado en la Emoción ($X^2(1) = 3, p > .05$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon para la pre y posprueba, tampoco fue estadísticamente significativa ($z = -1.000, p = 0.317$).

Figura 66

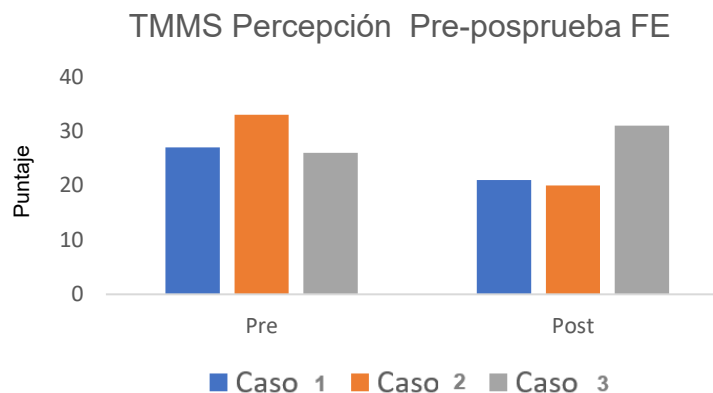
Evaluación pre y posprueba para la variable CORE OM para el grupo FE



La prueba de Friedman no mostró cambios estadísticamente significativos en la variable TMMS Percepción (Figura 67) para la evaluación pre y posprueba del grupo que recibió Programa Focalizado en la Emoción ($X^2(1) = .333, p > .05$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon no fueron estadísticamente significativos ($z = -1.000, p = .317$).

Figura 67

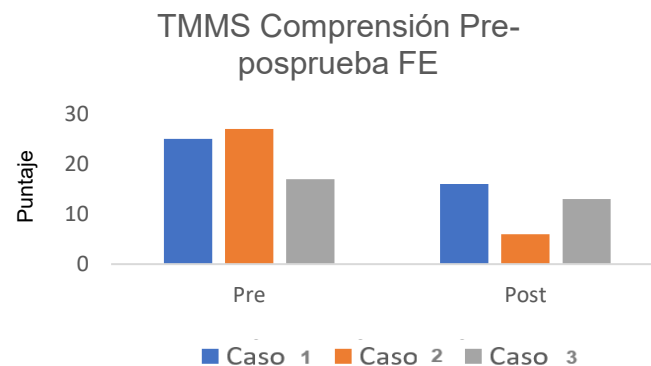
Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Percepción del grupo FE



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la evaluación pre y posprueba de la variable TMMS Comprensión (Figura 68) que recibió Programa Focalizado en la Emoción ($X^2(1) = .333, p > .05$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon para la pre y posprueba no fue estadísticamente significativa ($z = -1.000, p = .317$).

Figura 68

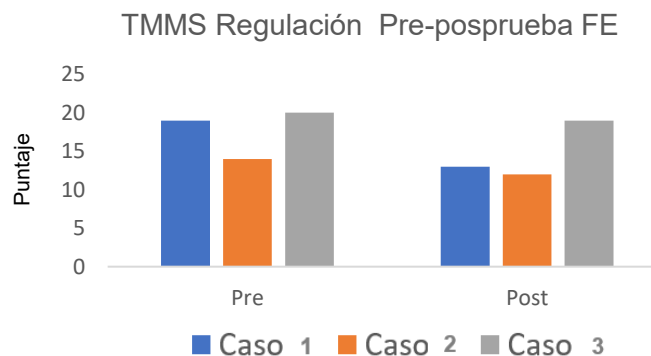
Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Comprensión del grupo FE



La prueba de Friedman no mostró cambios estadísticamente significativos en la variable TMMS Regulación (Figura 69) para la evaluación pre y posprueba del grupo que recibió Programa Focalizado en la Emoción ($X^2(1) = 3, p > .05$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon no fueron estadísticamente significativos ($z = -1.414, p = .157$).

Figura 69

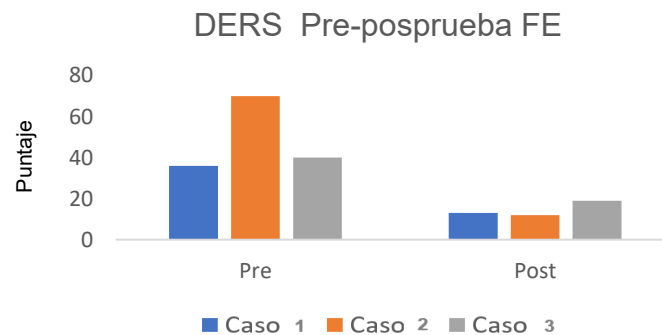
Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Regulación del grupo FE



No se encontraron cambios estadísticamente significativos para la variable DERS (Figura 70) en la evaluación pre y posprueba que recibió Programa Focalizado en la Emoción ($X^2(1) = 3$, $p > .05$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon para el pre y posprueba no fueron estadísticamente significativos ($z = -1.342$, $p = 0.109$).

Figura 70

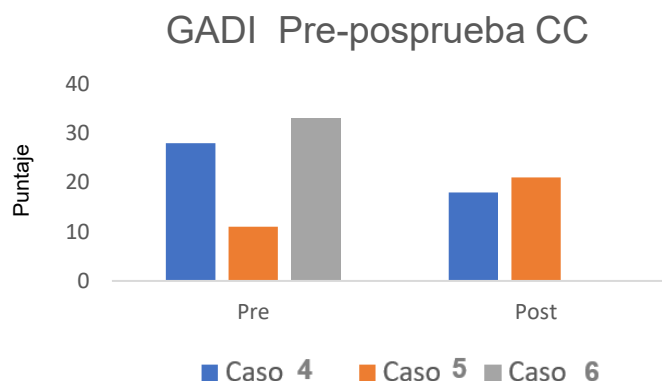
Evaluación pre y posprueba para la variable DERS del grupo FE



La prueba de Friedman no mostró cambios estadísticamente significativos en la variable GADI (Figura 71) para la evaluación pre y posprueba del grupo que recibió Programa Cognitivo Conductual ($X^2(1) = 3.000$, $p > .180$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon no fueron estadísticamente significativos ($z = -1.342$, $p = 0.180$).

Figura 71

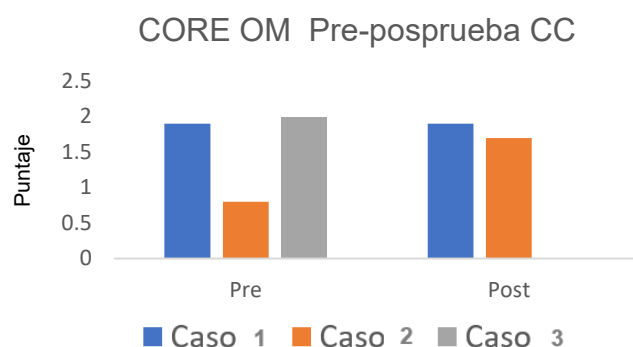
Evaluación pre y posprueba para la variable GADI del grupo CC



No se encontraron cambios estadísticamente significativos en la variable CORE OM (Figura 72) en la evaluación pre y posprueba del grupo que recibió Programa Cognitivo Conductual ($X^2(1) = 3.000, p > 1.000$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon no fueron estadísticamente significativos ($z = .000, p = 1.000$).

Figura 72

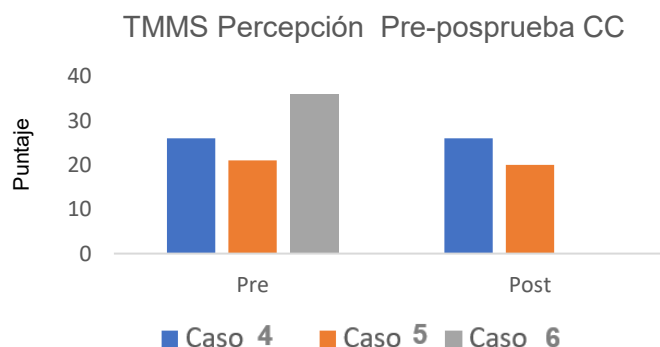
Evaluación pre y posprueba para la variable CORE OM del grupo CC



La prueba de Friedman no mostró cambios estadísticamente significativos en la variable TMMS Percepción (Figura 73) para la evaluación pre y posprueba del grupo que recibió Programa Cognitivo Conductual ($X^2(1) = .333, p > .564$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon no fueron estadísticamente significativos ($z = -1.069, p = .285$).

Figura 73

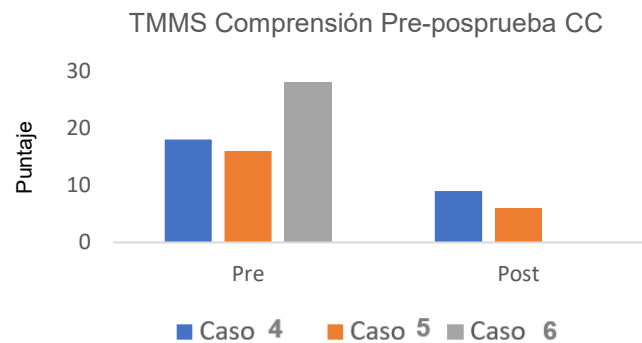
Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Percepción del grupo CC



No se encontraron cambios estadísticamente significativos en la variable TMMS Comprensión (Figura 74) para la evaluación pre y posprueba del grupo que recibió Programa Cognitivo Conductual ($X^2(1) = 3.000, p > .083$). Para la prueba de Wilcoxon los resultados no fueron estadísticamente significativos ($z = -1.604, p = .109$).

Figura 74

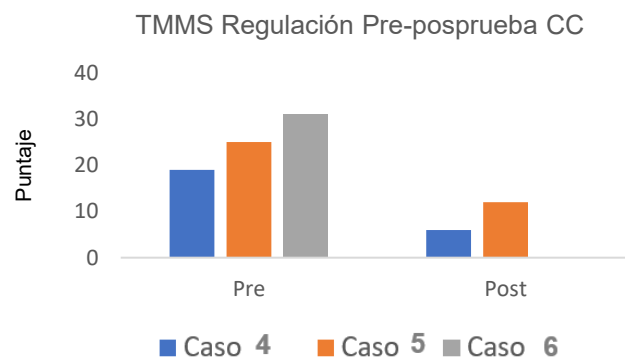
Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Comprensión del grupo CC



La prueba de Friedman no mostró cambios estadísticamente significativos en la variable TMMS Regulación (Figura 75) para la evaluación pre y posprueba del grupo que recibió Programa Cognitivo Conductual ($X^2(1) = 3.000, p > .083$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon no fueron estadísticamente significativos ($z = 1.604, p = .109$).

Figura 75

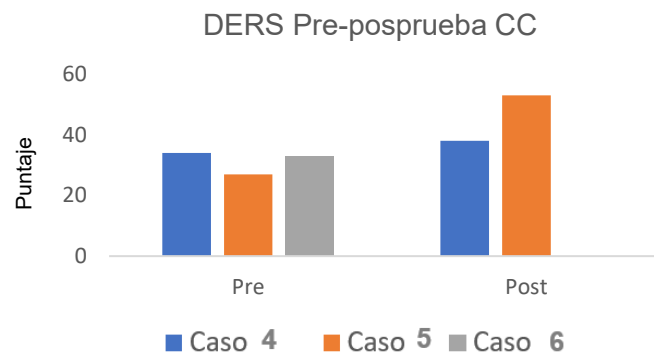
Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Regulación del grupo CC



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable DERS (Figura 76) en la evaluación pre y posprueba del grupo que recibió Programa Cognitivo Conductual ($X^2(1) = 3.000, p > .083$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon no mostraron cambios estadísticamente significativos ($z = -1.604, p = 0.109$).

Figura 76

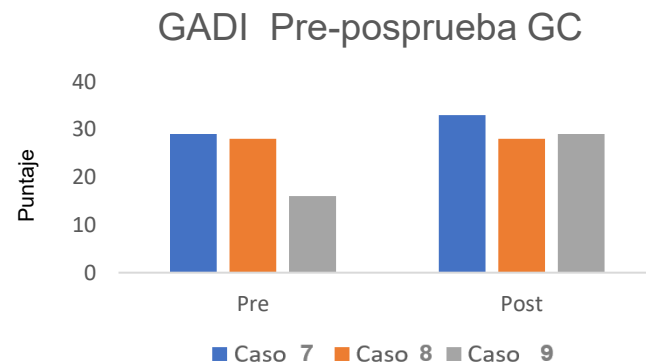
Evaluación pre y posprueba para la variable DERS del grupo CC



La prueba de Friedman no mostró cambios estadísticamente significativos en la variable GADI (Figura 77) para la evaluación pre y posprueba del Grupo Control ($X^2(1) = 2.000, p > 0.157$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon no fueron estadísticamente significativos ($z = -1.342, p = 0.180$).

Figura 77

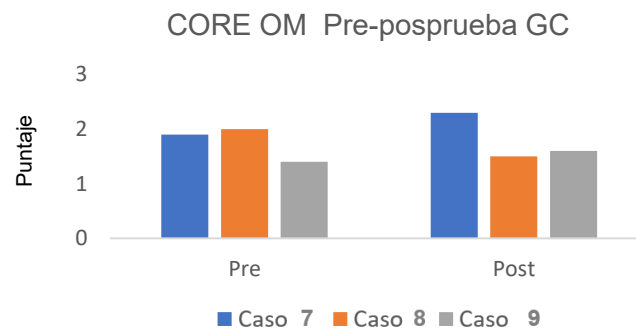
Evaluación pre y posprueba para la variable GADI para el Grupo Control



Los resultados de la prueba de Friedman para la pre y posprueba de la variable CORE OM (Figura 78) en el Grupo Control no fue estadísticamente significativa ($z = .333$, $p = 0.564$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon no fueron estadísticamente significativos ($z = .000$, $p = 1.000$).

Figura 78

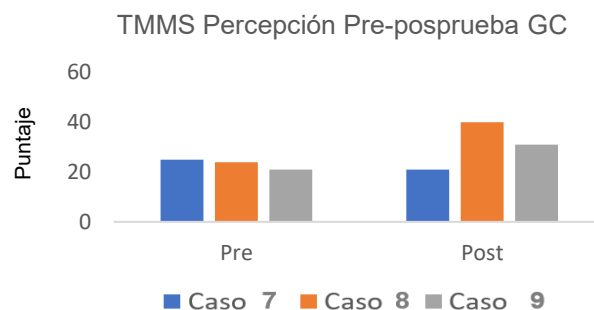
Evaluación pre y posprueba para la variable CORE OM para el Grupo Control



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el pre y posprueba de la variable TMMS Percepción (Figura 79) en el grupo control ($z = .333$, $p = 0.564$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon para el pre y el posttest de la variable TMMS Percepción en el Grupo Control no fue estadísticamente significativa ($z = -1.069$, $p = 0.285$).

Figura 79

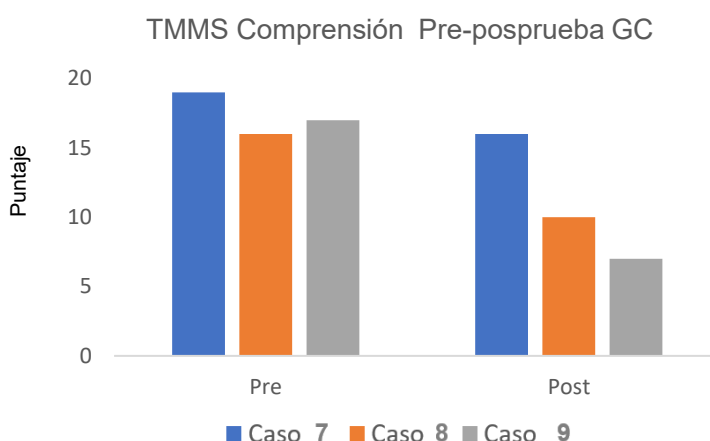
Evaluación pre y posprueba para la variable TMM Percepción para el Grupo Control



La prueba de Friedman para la variable TMMS Comprensión (Figura 80) en la evaluación pre y posprueba para el Grupo Control no mostró cambios estadísticamente significativos ($z = 3.000$, $p = 0.083$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon para el pre y el posttest de la variable TMMS Comprensión en el Grupo Control tampoco lo fue ($z = -1.604$, $p = 0.109$).

Figura 80

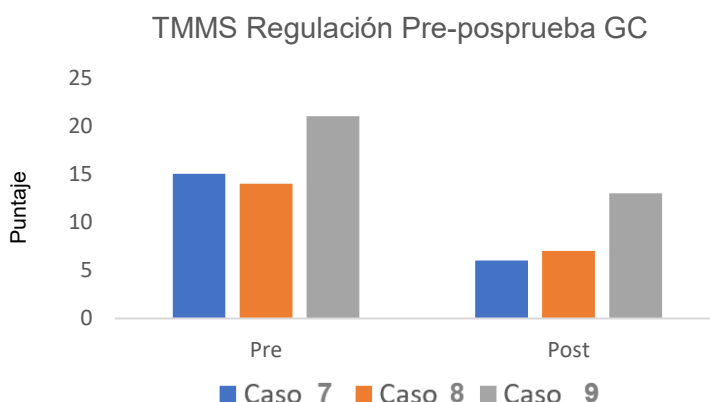
Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Comprensión para el Grupo Control



No se encontraron cambios estadísticamente significativos en la evaluación pre y posprueba en la variable TMMS Regulación (Figura 81) del Grupo Control ($z = 3.000$, $p = 0.083$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon para la pre y posprueba de la variable TMMS Regulación en el Grupo Control no fue estadísticamente significativa ($z = -1.604$, $p = 0.109$).

Figura 81

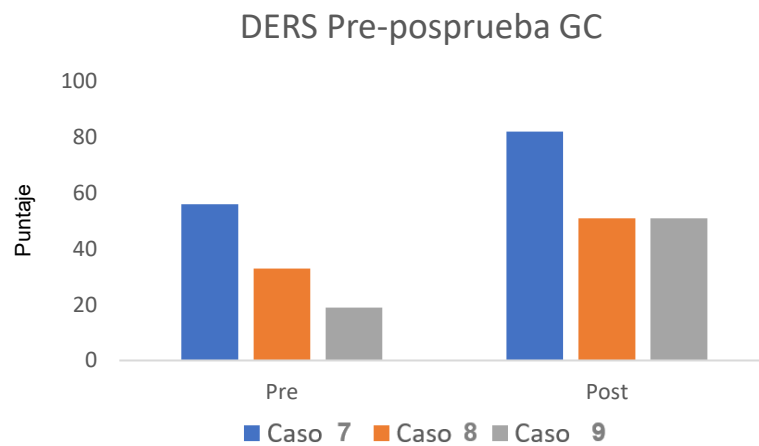
Evaluación pre y posprueba para la variable TMMS Regulación para el Grupo Control



La prueba de Friedman para la variable DERS (Figura 82) en la evaluación pre y posprueba para el grupo control no mostró cambios estadísticamente significativos ($z = 3.000$, $p = 0.083$). Los resultados de la prueba de Wilcoxon para el pre y el posttest de la variable DERS en el Grupo Control no fue estadísticamente significativa ($z = -1.604$, $p = 0.109$).

Figura 82

Evaluación pre y posprueba para la variable DERS para el Grupo Control

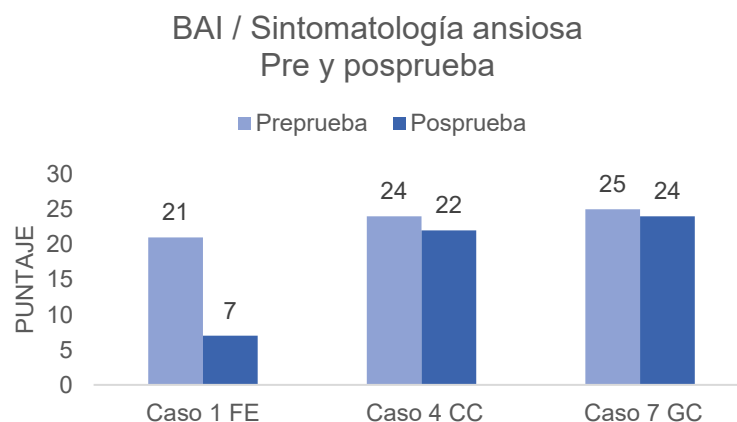


Comparación de resultados pre y posprueba de los instrumentos con un caso de cada grupo de intervención y el grupo control

En el **inventario de ansiedad de Beck**, conocido por sus siglas en inglés como **BAI** (Beck Anxiety Inventory) que evalúa la presencia de síntomas de ansiedad (Padrós et al., 2020). Con base en los puntajes (Figura 83), en el **Caso 1**, el puntaje obtenido fue de 21 puntos, el cual corresponde a ansiedad moderada (16 a 30 puntos) y el puntaje después de la **intervención focalizada en la emoción** fue de 7 puntos correspondiente con ansiedad leve (6 a 15 puntos) lo cual implica una **disminución de 14 puntos en los síntomas de ansiedad**. En cuanto al **caso 4** el puntaje obtenido fue de 24 puntos, el cual corresponde a ansiedad moderada (16 a 30 puntos) y el puntaje después de la **intervención cognitivo conductual** fue de 22 puntos correspondiente con ansiedad moderada lo cual implica una **disminución de 2 puntos en los síntomas de ansiedad**. En cuanto al **caso 7** correspondiente al **grupo control** el puntaje obtenido en el pretest fue de 25 puntos y el posttest fue de 24, los cuales corresponden a ansiedad moderada (16 a 30 puntos) lo cual implica una **disminución de 1 punto en los síntomas de ansiedad sin intervención**.

Figura 83

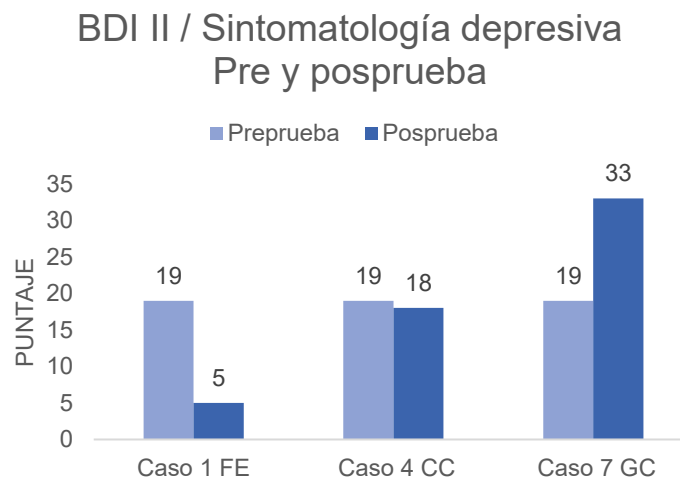
Pre y posprueba de la sintomatología ansiosa (BAI)



En el **inventario de depresión de Beck**, conocido por sus siglas en inglés como **BDI II** (Beck Depression Inventory - II) que mide la presencia y gravedad de sintomatología depresiva autoinformada en adultos (Rosas-Santiago et al., 2019). Con base en los puntajes (Figura 84), en el **Caso 1**, el puntaje obtenido fue de 19 puntos, el cual corresponde a depresión leve (14 a 19 puntos) y el puntaje después de la **intervención focalizada en la emoción** fue de 5 puntos correspondiente con ansiedad mínima (0 a 13 puntos) lo cual implica una **disminución de 14 puntos en los síntomas de depresión**. En cuanto al **caso 4** el puntaje obtenido fue de 19 puntos, el cual corresponde a depresión leve (14 a 19 puntos) y el puntaje después de la **intervención cognitivo conductual** fue de 18 puntos correspondiente depresión leve lo cual implica una **disminución de 1 punto en los síntomas de depresión**. En cuanto al **caso 7** correspondiente al **grupo control** el puntaje obtenido en el pretest fue de 19 puntos que corresponde a depresión leve (14 a 19) y el posttest fue de 33 que corresponde a depresión severa (29 a 63), lo cual implica un **aumento de 14 puntos en los síntomas de depresión sin intervención**.

Figura 84

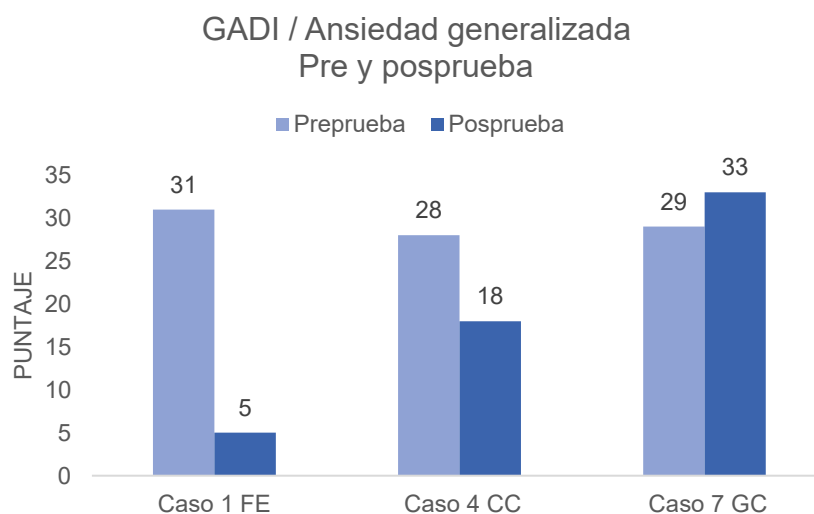
Pre y posprueba de sintomatología depresiva (BDI II)



El inventario para la evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), por sus siglas en inglés (GADI), el cual evalúa la presencia e intensidad de los síntomas que caracterizan al TAG. (Padrós et al., 2019). Con base en los puntajes (Figura 85), en el **Caso 1**, el puntaje obtenido fue de 31 puntos, el cual corresponde a ansiedad alta (31 a 45 puntos) y el puntaje después de la **intervención focalizada en la emoción** fue de 5 puntos correspondiente con ansiedad baja (0 a 15 puntos) lo cual implica una **disminución de 26 puntos en los síntomas de ansiedad generalizada**. En cuanto al **caso 4** el puntaje obtenido fue de 28 puntos, el cual corresponde a ansiedad moderada (16 a 30 puntos) y el puntaje después de la **intervención cognitivo conductual** fue de 18 puntos correspondiente con ansiedad moderada lo cual implica una **disminución de 10 puntos en los síntomas de ansiedad generalizada**. En cuanto al **caso 7** correspondiente al **grupo control** el puntaje obtenido en el pretest fue de 29 puntos y el posttest fue de 33, los cuales corresponden a ansiedad moderada y alta respectivamente, lo cual implica un **aumento de 4 puntos en los síntomas de ansiedad generalizada sin intervención**.

Figura 85

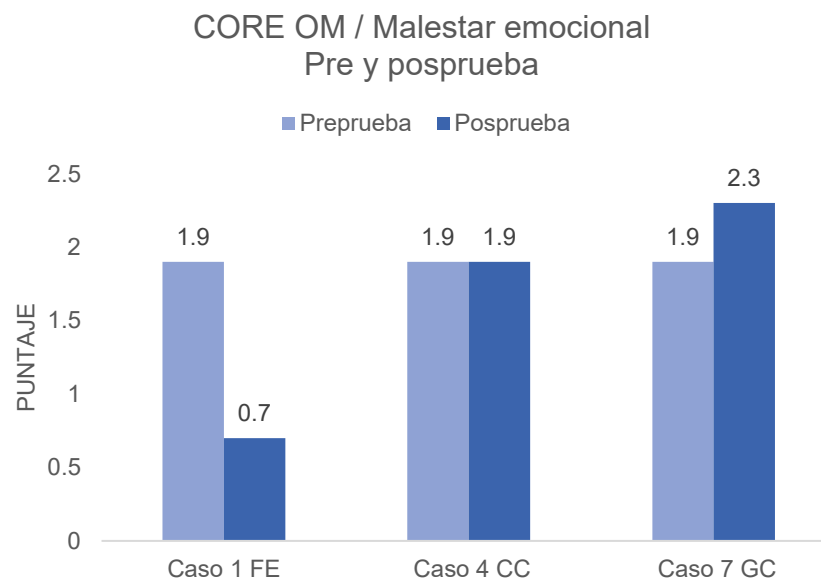
Pre y posprueba de ansiedad generalizada (GADI)



Resultados clínicos en la evaluación de rutina: medida de resultado, por sus siglas en inglés como CORE – OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure) que mide el malestar psicológico (Sosa-Torralba et al., 2020). Con base en los puntajes (Figura 86), en el **Caso 1**, el puntaje obtenido fue de 1.9, el cual corresponde a malestar moderado (1 a 1.99) y el puntaje después de la **intervención focalizada en la emoción** fue de .7 correspondiente con malestar bajo (0 a 0.99) lo cual implica una **disminución de 1.29 en malestar psicológico**. En cuanto al **caso 4** el puntaje obtenido fue de 1.9, el cual corresponde a malestar moderado (1 a 1.99) y el puntaje después de la **intervención cognitivo conductual** fue de 1.9, lo cual implica el mismo puntaje de malestar psicológico. En cuanto al **caso 7** correspondiente al **grupo control** el puntaje obtenido en el pretest fue de 1.9 y el posttest fue de 2.3, los cuales corresponden a malestar psicológico moderado y alto respectivamente, lo cual implica un **aumento de .4 en malestar sin intervención**.

Figura 86

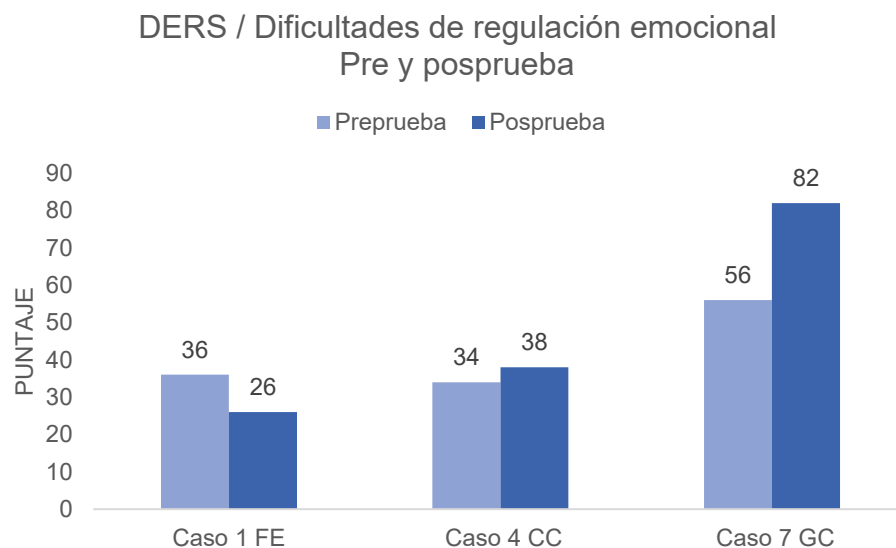
Pre y posprueba de malestar emocional (CORE OM)



La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional DERS para la población adulta mexicana (Carranza-Plancarte et al., 2022). Con base en los puntajes (Figura 87), en el **Caso 1**, el puntaje obtenido fue de 36 puntos, el cual corresponde a un puntaje bajo (30 a 59 puntos) y el puntaje después de la **intervención focalizada en la emoción** fue de 26 puntos correspondiente con puntaje muy bajo (0 a 29 puntos) lo cual implica una **disminución de 10 puntos en dificultades de regulación emocional**. En cuanto al **caso 4** el puntaje obtenido fue de 34 puntos, el cual corresponde a un puntaje bajo (30 a 59 puntos) y el puntaje después de la **intervención cognitivo conductual** fue de 38 puntos correspondiente con puntaje moderado, lo cual implica **aumento de 4 puntos en dificultades de regulación emocional**. En cuanto al **caso 7** correspondiente al **grupo control** el puntaje obtenido en el pretest fue de 56 puntos y el posttest fue de 82, los cuales corresponden a dificultades de regulación emocional moderada y alta respectivamente, lo cual implica un **aumento de 26 puntos en las dificultades de regulación emocional sin intervención**.

Figura 87

Pre y posprueba de dificultades de regulación emocional (DERS)

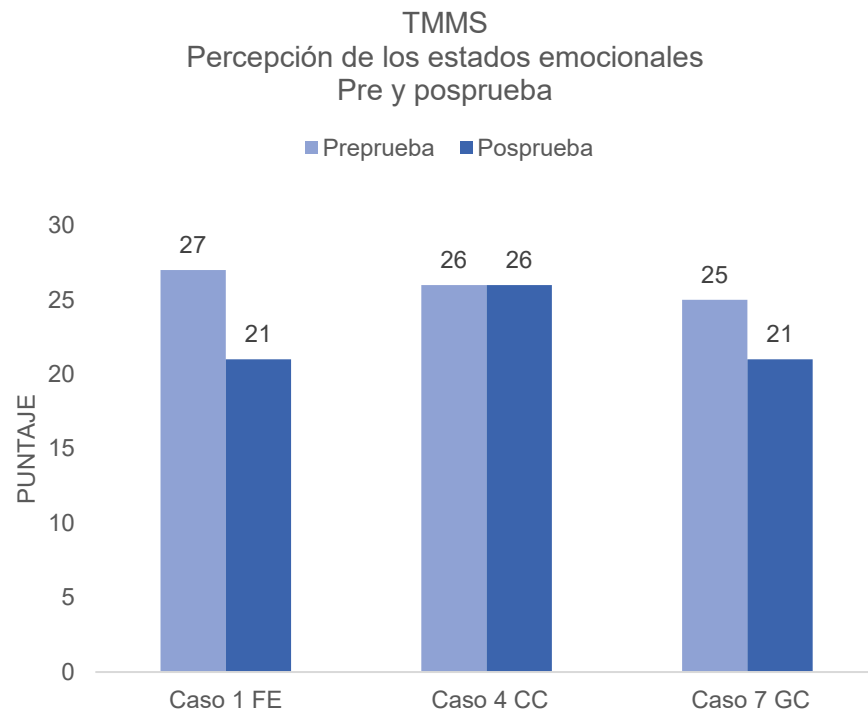


La escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones, por sus siglas en inglés como **TMMS** (Trait Meta-Mood Scale) que evalúa la inteligencia emocional intrapersonal percibida a través de las habilidades de; atención o percepción de las emociones, claridad o comprensión emocional y reparación o regulación emocional, por lo que resulta importante indicar que no se obtiene una puntuación global, la interpretación se integra con base en el conjunto de estas habilidades.

La primera habilidad a evaluar es la de percepción o atención de los estados emocionales, la cual, se refiere a la percepción de las propias emociones, es decir, a la capacidad para sentir y expresar las emociones de forma adecuada. Con base en los puntajes (Figura 88), en el **Caso 1**, el puntaje obtenido fue de 27 puntos, el cual corresponde a una percepción adecuada (22 a 33 puntos) y el puntaje después de la **intervención focalizada en la emoción** fue de 21 puntos correspondiente con una percepción adecuada (22 a 33 puntos). En cuanto al **caso 4** el puntaje obtenido fue de 26 puntos, el cual corresponde a una percepción adecuada (22 a 33 puntos) y el puntaje después de la **intervención cognitivo conductual** fue de 26 puntos sin movimiento en puntaje. En cuanto al **caso 7** correspondiente al **grupo control** el puntaje obtenido en el pretest fue de 25 puntos y el posttest fue de 21, los cuales corresponden a una percepción adecuada y baja, respectivamente **sin intervención**.

Figura 88

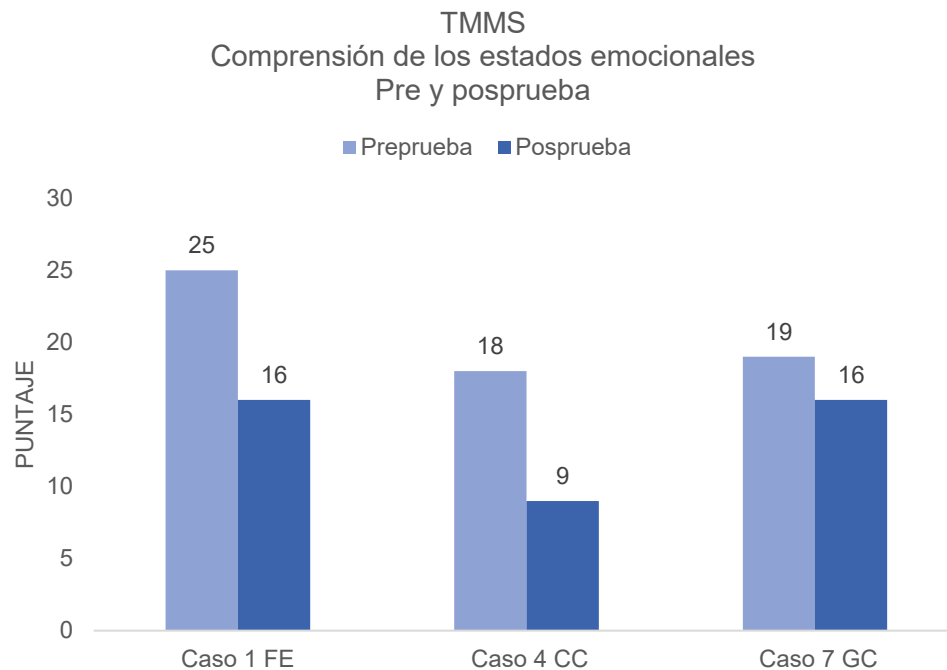
Pre y posprueba de percepción de los estados emocionales (TMMS)



La segunda habilidad de TMMS es la percepción sobre la comprensión de los propios estados emocionales. Con base en los puntajes (Figura 89), en el **Caso 1**, el puntaje obtenido fue de 25 puntos, el cual corresponde a una percepción adecuada (25 a 35 puntos) y el puntaje después de la **intervención focalizada en la emoción** fue de 16 puntos correspondiente con una comprensión baja (0 a 24 puntos). En cuanto al **caso 4** el puntaje obtenido fue de 18 puntos, y el puntaje después de la **intervención cognitivo conductual** fue de 9 puntos, ambos puntajes corresponden a una comprensión baja (0 a 24 puntos). En cuanto al **caso 7** correspondiente al **grupo control** el puntaje obtenido en el pretest fue de 19 puntos y el posttest fue de 16, los cuales corresponden a una comprensión baja, **sin intervención**.

Figura 89

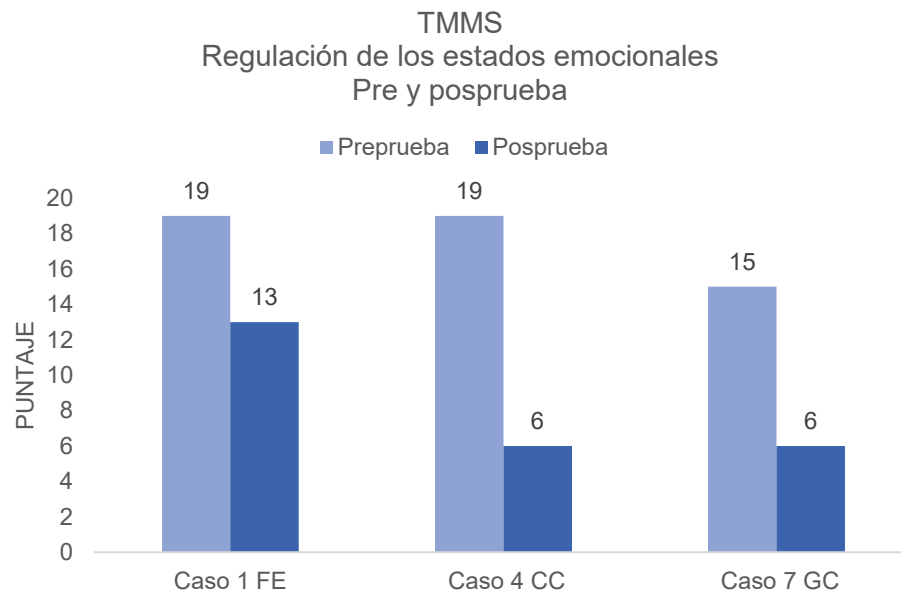
Pre y posprueba de comprensión de los estados emocionales (TMMS)



La segunda habilidad de TMMS mide la capacidad percibida para regular los propios estados emocionales de forma correcta. Con base en los puntajes (Figura 90), en el **Caso 1**, el puntaje obtenido fue de 19 puntos, el cual corresponde a una regulación baja (0 a 23 puntos) y el puntaje después de la **intervención focalizada en la emoción** fue de 13 puntos. En cuanto al **caso 4** el puntaje obtenido fue de 15 puntos, y el puntaje después de la **intervención cognitivo conductual** fue de 6 puntos, ambos puntajes corresponden a una regulación baja (0 a 23 puntos). En cuanto al **caso 7** correspondiente al **grupo control** el puntaje obtenido en el pretest fue de 15 puntos y el posttest fue de 6, los cuales corresponden a una comprensión baja, **sin intervención**.

Figura 90

Pre y posprueba de regulación de los estados emocionales (TMMS)



Discusión y conclusiones

En la **primera fase** se tuvo como objetivo identificar la sintomatología con mayor prevalencia en pacientes que solicitan atención psicológica, esta fase tuvo un corte cuantitativo, con un diseño no experimental, transversal de tipo descriptivo-correlacional. Se contó con la participación de 50 adultos cuyas edades oscilaron entre los 18 y los 60 años. En el grupo evaluado hubo una mayor participación de mujeres con 38 participantes (76%) y 12 hombres (24%).

Los resultados arrojaron que **la sintomatología de mayor prevalencia era la de ansiedad**, se pudo observar la distribución de las puntuaciones de la Escala de Ansiedad de Beck (BAI); que el 2% ($n=1$) de los participantes muestra síntomas de ansiedad mínima según sus puntuaciones en la escala. Un 10% ($n=5$) tiene síntomas de ansiedad leve, lo que representa una proporción relativamente baja en comparación con otras categorías, mientras que el 46% ($n=23$) presentan síntomas de ansiedad moderada, lo que indica una prevalencia significativa de ansiedad en la muestra, un 42% ($n=21$) de los participantes muestra síntomas de ansiedad severa, siendo esta la segunda puntuación más frecuente. En resumen el 88% de la muestra ($n=44$) presentó síntomas de ansiedad moderada y severa. En cuanto a las correlaciones, se pudo observar, que la correlación de Pearson entre la escala de depresión de Beck (BDI II) y la escala de ansiedad de Beck (BAI) es de 0.483, lo que sugiere una correlación positiva moderadamente fuerte entre la depresión medida por BDI y la ansiedad medida por BAI. Además el que el valor de p es menor a 0.05, lo que indica que esta correlación es estadísticamente significativa.

Lo planteado aquí coincide con lo informado por la Organización Panamericana de Salud (OPS), en su boletín Boletín Desastres N.131.- Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud

mental de la población (2021), en el que informa que, en la región de las Américas, los estudios mostraron que alrededor del 20% al 70% de la población seguía sufriendo ansiedad y depresión. Al respecto, en México, el aumento en los síntomas de ansiedad en población adulta en 2017 (Senado de la República, 2017) se estimaba que al menos 14.3 por ciento de los ciudadanos padecía trastornos de ansiedad generalizada, mientras que entre abril y junio de 2020 Salud Pública de México (2020), informó que la prevalencia mensual se mantuvo alta y estable, entre 30.7 y 32.6 por ciento. En relación con este tema, el INEGI (2021) publicó en la presentación de resultados de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) con referencia a síntomas de ansiedad, que la media nacional de población con síntomas de ansiedad era de 50.7% y la presente fase de investigación se llevó a cabo en el primer semestre del 2022.

Con base en lo anterior, se reafirma la necesidad de fortalecer las intervenciones para ansiedad en adultos, por lo que la **segunda fase** de esta investigación tuvo como objetivo, validar por jueces expertos dos intervenciones, una con enfoque focalizado en la emoción y otra con enfoque cognitivo conductual para la disminución de síntomas de ansiedad en adultos, teniendo como marco los criterios de los programas basados en evidencia (Ybarra et al., 2015). Por lo que se procedió a **realizar una búsqueda de literatura** en cuanto a los tratamientos para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), en el marco de la terapia basada en evidencia, **después de una primera búsqueda**, los tratamientos que cumplían con los criterios establecidos por la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) son la terapia cognitiva conductual (TCC) y el tratamiento farmacológico, por lo que se ofrecen como tratamientos de primera línea (Fonseca et al., 2021; Khakpoor et al., 2019; Tariq, et al., 2021; Wilner, et al., 2019). Sin embargo, en un metaanálisis (Hunot et al., 2007) se discute que siguen siendo escasos los estudios que comparan intervenciones de TCC con otros enfoques psicoterapéuticos para ansiedad generalizada que cumplan con los criterios de la APA para ser considerados tratamientos basados en evidencia.

Con base en esta puntualización y retomando la necesidad de fortalecer las intervenciones para ansiedad en adultos, se llevó a cabo una **segunda búsqueda de literatura** para identificar estudios para sintomatología ansiosa que compararan tratamientos cognitivos conductuales con otros enfoques psicoterapéuticos, en esta segunda búsqueda se identificó y profundizó sobre la **terapia focalizada en la emoción**, la cual es una terapia experiencial respaldada empíricamente, esta terapia integra conceptualizaciones del tratamiento centrado en la persona con procesos terapéuticos orientados a facilitar el procesamiento emocional teniendo como foco el proceso de experienciación y a la relación terapéutica como piedras angulares para el trabajo terapéutico (Greenberg et al., 1993; Greenberg et al., 2015). Después de realizar un análisis sobre los componentes, técnicas y estrategias que probaron mejores resultados para la disminución de síntomas de ansiedad, los principales componentes son los procesos de auto interrupción, preocupación y autocrítica, psicoeducación, procesamiento emocional, desencadenantes emocionales, conciencia emocional, reestructuración de esquemas emocionales, necesidades insatisfechas, vulnerabilidad emocional crónica, apego y ciclos de interacción. Con respecto a las técnicas y estrategias que más se utilizan para trabajar estos componentes, se presentaron, la exposición emocional, diálogo de dos sillas, silla vacía, escritura reflexiva, juego de roles, experimentar emociones y reflexión.

En cuanto a la revisión de literatura de **terapia cognitiva conductual** (segunda ola), los componentes que más se utilizaron y han dado resultados positivos para la disminución de sintomatología ansiosa, son los siguientes: psicoeducación, manejo de ansiedad (inoculación del estrés), reestructuración cognitiva, exposición conductual y prevención de recaídas. Con respecto a las técnicas que más se utilizan para trabajar estos componentes, se presentaron: autorregistro, análisis funcional y solución de problemas, exposición funcional cognitiva, autocontrol, relajación, imaginería y técnica de exposición.

Después de llevar a cabo las revisiones de literatura, se procedió a realizar la **comparación** de la terapia focalizada en la emoción (TFE) y la terapia cognitiva conductual (TCC) para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se pudo corroborar que, las dos terapias tienen antecedentes muy diferentes y por lo tanto su hipótesis, objetivo, así como los componentes, técnicas y estrategias para la intervención de el TAG difieren la una de la otra. Mientras que la TFE, es un terapia humanista respaldada en terapias centradas en la persona, Gestalt, experienciales y existenciales y su foco para el tratamiento del TAG está en el componente emocional, específicamente la vulnerabilidad emocional crónica que se remonta a los esquemas emocionales y su objetivo de intervención para el TAG radica en transformar la vulnerabilidad emocional crónica (dolor emocional central) con base en un procesamiento emocional que genera experiencias de autocompasión e ira protectora necesarias para la construcción de una sensación de empoderamiento y confianza interior (Timulak & McElvaney, 2018). La terapia cognitiva conductual (TCC) tiene como base la filosofía griega, especialmente la socrática y epicúrea, el conductismo mediacional, el aprendizaje social, los estudios de la psicología experimental y la psicología clínica y su foco para el tratamiento del TAG está en el componente cognitivo conductual, en este caso identificado como la preocupación excesiva, constante e incontrolable por diversos temas, generalmente relacionados con circunstancias del día a día. vida, y varios síntomas somáticos, cognitivos y conductuales que están presentes continuamente (Hurtado et al., 2020) y presenta como objetivo, adaptar el comportamiento con base en el reconocimiento de las preocupaciones como conductas de aproximación-evitación, al identificar los pensamientos disfuncionales asociados a estas conductas y reestructurarlos se logra la disminución de síntomas de ansiedad (Caballo, 2007 y Eilenart, 2022). En cuanto a las similitudes entre estas dos diferentes terapias para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), se identifican tres coincidencias; (1) las dos son empíricamente validadas, (2) las dos utilizan la psicoeducación, y (3) las dos terapias en sus resultados fueron efectivas

para disminuir la sintomatología ansiosa, por lo que se puede concluir que las dos terapias son opciones validas y efectivas pero diferentes para el tratamiento eficaz del TAG.

Una vez terminada la revisión de literatura, se procedió a integrar los elementos de la práctica basada en evidencia con base en **modelos teóricos** que respaldaran y fortalecieran el diseño de las intervenciones, para lo cual se llevó a cabo la búsqueda y construcción del marco teorico, desde el que se eligió para la intervención focalizada en la emoción, el **modelo de transformación emocional para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG)** de Landislav Timulak y James McElvaney (2018) y para la intervención cognitiva conductual, el **modelo cognitivo para TAG** de David Clark y Aaron Beck (2010) en el que desarrollan un tratamiento específico para el TAG integrando tres modelos; el modelo de evitación de la preocupación (MEP) del TAG (Borkovec, 1994; Borkovec et al., 2004), el modelo metacognitivo (Wells Adrian, 1997) y el modelo de intolerancia a la incertidumbre (MI) (Dugas et al., 1998; Dugas & Robichaud, 2007).

Una vez diseñadas las intervenciones y los materiales, **se procedió con la validación por jueces** que constituye el indicador de validez de contenido de cada una de las intervenciones (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008). Las dos propuestas fueron validadas por jueces expertos a nivel de objetivos, modelo teórico, temas, secuencias, número de sesiones, componentes, técnicas, estrategias, actividades así como los resultados esperados, remarcando la integración de marcos teóricos y prácticos basados en evidencia para el diseño de las intervenciones, con base en las necesidades de la población, las expectativas de la investigadora y la experiencia profesional de los jueces (Ybarra et al., 2015), se estableció que el sustento teórico y práctico de las intervención con enfoque focalizado en emociones obtuvo un promedio de 95.45% de beneficio para los participante, en cuanto a la intervención con enfoque cognitivo conductual se obtuvo un promedio de 95.25%, por lo que se esperaba obtener resultados positivos en la disminución de los síntomas de ansiedad en los participantes del estudio.

Finalmente, en la **fase de estudio**, se implementaron las dos intervenciones validadas por los jueces expertos. El objetivo de este estudio fue comparar el efecto de un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual en la disminución de los síntomas de ansiedad en adultos. Las participantes fueron nueve mujeres con sintomatología ansiosa, con una media de edad de 40.7 años, con un nivel de estudios de educación media y superior, seis de las cuales fueron asignadas de manera aleatoria a uno de los dos grupos de intervención y las otras 3 que no aceptaron forman parte del estudio, aceptaron formar parte del grupo control.

En cuanto a los **resultados del diseño experimental de caso único con línea base múltiple**, la intervención se llevó a cabo con dos programas, uno focalizado en la emoción (Caso 1, 2 y 3) y un programa cognitivo conductual (Caso 4, 5 y 6). En cada intervención se midió el efecto del tratamiento en tres medidas (1) síntomas de ansiedad, (2) identificación de emociones y (3) percepción de bienestar. El análisis clínico de inspección visual así como la técnica de división de mitades (*split middle technique*), método mediante el cual se describe la tasa de cambio conductual a lo largo del tiempo para cada participante, demostró cambios clínicamente significativos en la disminución de los síntomas de ansiedad en los casos 2 (-9.65) y 3 (-9.69) que recibieron el programa focalizado en la emoción y en el caso 4 (-5.51) que recibió el programa cognitivo conductual, teniendo mayor disminución de los síntomas de ansiedad el programa focalizado en las emociones que el programa cognitivo conductual. En cuanto a la medida de identificación de emociones se observó cambio clínicamente significativo en el incremento de esta en el caso 1 que recibió programa focalizado en la emoción. Por último, en la medida de percepción de bienestar, se observan cambios clínicamente significativos en el incremento de este en los casos 1 (+1.17), 2 (+4.2) y 3 (8.43) que recibieron el programa focalizado en la emoción y en el caso 4 (+10.91) que recibió el programa cognitivo conductual. Por lo que se cumple la **hipótesis de investigación** debido a que se presentaron efectos diferenciales a través de los cambios clínicamente significativos en la disminución de síntomas de ansiedad en adultos al comparar un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual.

En cuanto a los **resultados del diseño experimental con preprueba-posprueba y grupo control** distribuidos aleatoriamente, se utilizó una prueba de Wilcoxon (no diferencia entre los pares) y una prueba de Friedman (examina los rangos de los datos generados para determinar si las variables comparten la misma distribución continua de su origen) para identificar las diferencias entre las evaluaciones pre y posprueba de cada grupo y los **resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas** en la evaluación del pretest para ninguna de las variables de estudio en los diferentes grupos. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en las evaluaciones posttest para ninguna de las variables de estudio en los tres grupos. En otras palabras, las pruebas determinan que no existe diferencia estadísticamente significativa **entre grupos**.

En relación con lo anterior, cabe enfatizar que la significación estadística depende en gran medida del tamaño de la muestra, en esta línea de ideas Timulak et al. (2022) realizaron un ensayo controlado aleatorizado con 58 pacientes, para comparar la eficacia de TFE y TCC para el TAG, los análisis no mostraron diferencias, las comparaciones posteriores a la terapia y a los 6 meses borrarón esta posible tendencia y las dos terapias tuvieron resultados similares. Los autores concluyeron que el ensayo demostró que vale la pena explorar más a fondo la provisión de una adaptación de TFE para TAG a fin de ampliar la gama de opciones de tratamiento disponibles para el público.

Al respecto, en las últimas décadas, se han identificado algunas limitaciones de los métodos estadísticos tradicionales para la evaluación de la eficacia en psicoterapia. Si bien, la significancia estadística permite determinar si existe una diferencia significativa entre dos grupos, no da cuenta de la magnitud de dicha diferencia ni del valor de los resultados obtenidos para pacientes y clínicos (Kraemer et al., 2003 citados por Gómez & Roussos, 2012). Los resultados obtenidos en los estudios que se basan en la significancia estadística, permiten sacar solo conclusiones parciales desde el punto de vista clínico; la presencia de un efecto estadísticamente significativo no garantiza el haber alcanzado efectos valiosos y significativos desde la perspectiva

clínica al tomar en cuenta las variaciones intra-sujeto dentro de las muestras, y no limitar el estudio solo a las diferencias grupales (Jacobson & Truax, 1991 citados por Gómez & Roussos, 2012).

En este marco, desde el área de la psicoterapia, el estudio de la significación clínica es considerado uno de los avances metodológicos más importantes de la investigación en psicoterapia en las últimas décadas (Goldfried et al., 1990; Kazdin, 1999 citados por Roussos, A., 2007), cuyo objetivo fundamental es determinar en qué medida los procesos terapéuticos permiten alcanzar resultados valiosos y significativos para los pacientes y terapeutas. Por lo tanto, la significación clínica podría definirse como la capacidad de un tratamiento de alcanzar los parámetros de eficacia establecidos por los pacientes y los psicoterapeutas. Este criterio permite realizar un análisis individual de la evolución de los pacientes. En otras palabras, la significancia clínica le permite saber a los terapeutas si el tratamiento realizado produjo en el paciente cambios valiosos, utilizando un método más confiable que la mera valoración cualitativa del clínico.

Con base en el **criterio de significancia clínica**, resulta esclarecedor el análisis desde la técnica de partición de mitades en la que a través de un análisis individual de la evolución de los pacientes por grupo, nos permite identificar los cambios valiosos de las intervenciones con respecto a la pregunta de investigación del estudio, ¿un programa focalizado en la emoción y un programa cognitivo conductual tienen efectos diferenciales para disminuir los síntomas de ansiedad en adultos?

En la intervención con enfoque focalizado en la emoción (FE) se observa una disminución de los **síntomas de ansiedad** a partir de la sesión 3, en la que las participantes identificaron su vulnerabilidad emocional crónica o dolor central con base en la experimentación de emociones primarias y la técnica de despejar un espacio, otro punto importante de disminución de sintomatología se sitúa en la sesión 6, 7, 8 y 9, en la cuales se trabajaron las técnicas experienciales emocionales para intervenir la preocupación, auto interrupción, autocrítica y

lesiones emocionales como procesos de evitación del dolor central, con base en las técnicas experimentación de emociones, *focusing*, expresión emocional y la reflexión, así como las estrategias de diálogo de las dos sillas, promulgación de las dos sillas y la escritura reflexiva. Por su parte, en la sesión 10 y 11 se observa un aumento en la sintomatología ansiosa debido a la dificultad de expresar las necesidades insatisfechas que permitieron a las participantes identificar experiencias alternativas y adaptativas para transformar su dolor emocional central en autocompasión e ira protectora con base en las técnicas de experimentación de emociones, exposición y expresión emocional así como la reflexión.

Por su parte, en la intervención cognitiva conductual (CC) se observa una disminución de los síntomas de ansiedad a partir de la sesión 3, en la que se identificaron situaciones activantes de ansiedad para practicar la solución de problemas ante la preocupación, las sesiones 4, 5, 6 y 7 en las cuales se identificaron los errores de pensamiento y los esquemas maladaptativos así como la reestructuración de las creencias acerca de la preocupación, todo esto para promover respuestas de control que les resulten más adaptativas así como desarrollar estrategias de control positivas como la respiración diafragmática y la relajación, la intervención en estas sesiones tuvo como base las técnicas de psicoeducación, análisis funcional, solución de problemas, manejo de la ansiedad, reestructuración cognitiva, y estrategias como autocontrol, autorregistro, respiración diafragmática y relajación.

Resulta importante recalcar, que en el grupo de intervención cognitivo conductual, en el caso 4, en la penúltima semana de intervención su pareja quedo desempleado y en la gráfica del análisis de partición de mitades se nota un aumento en la sintomatología ansiosa. En cuanto al caso 5, durante la 4ª semana de intervención la participante fue despedida de su empleo sin previo aviso, lo cual aumentó dramáticamente la sintomatología ansiosa y durante el tiempo que duró la intervención no fue recontratada ni seleccionada en ningún proceso de reclutamiento laboral. Al respecto, Ridley et al. (2020) en los resultados de su metaanálisis informan que las personas con los ingresos más bajos suelen tener entre 1.5 y 3 veces más probabilidades de

experimentalizar ansiedad generalizada, estos autores, reportan que investigaciones recientes han establecido una relación causal bidireccional entre la pobreza y la enfermedad mental. Los investigadores han comenzado a aislar los mecanismos subyacentes que pueden orientar políticas eficaces para proteger la salud mental. Descubrieron que; la pérdida de ingresos provoca enfermedades mentales, los impactos negativos en los ingresos, como las malas cosechas debido a la escasez de lluvias o la pérdida de empleos debido al cierre de fábricas, empeoran la salud mental. Por el contrario, las transferencias de efectivo y los programas antipobreza más amplios reducen la ansiedad en ensayos aleatorios; Los diferentes estudios muestran que múltiples mecanismos median en esta cadena causal, la pobreza está asociada con ingresos y gastos volátiles por lo que las preocupaciones y la incertidumbre resultantes pueden empeorar la salud mental, con base en esto, proporcionar un seguro médico, laboral o meteorológico, u otras formas de suavizar las conmociones, puede reducir la ansiedad generalizada y la depresión;

Para finalizar, Kazdin (2001 citado por Núñez, 2011) dice que la razón lógica de los diseños experimentales de caso único es similar a la más conocida de los diseños en grupo. Todos los experimentos comparan los efectos de las diferentes condiciones (variables independientes) sobre el comportamiento. En la experimentación tradicional en grupo, el efecto de la intervención se evalúa comparando el desempeño de los diferentes grupos experimentales, mientras que en los diseños de N=1 ese efecto se evalúa comparando condiciones diferentes que se presentaron al mismo sujeto a lo largo del tiempo como se pudo corroborar en este estudio.

Podemos **concluir** que la comparación de la intervención con enfoque focalizado en la emoción implementada mostró efectividad resaltando la importancia de la vulnerabilidad emocional crónica a través de sus tres dolores centrales (soledad, vergüenza y miedo) y su

relación con la sintomatología ansiosa, sin embargo aún es necesario seguir profundizando en el desarrollo teórico y metodológico desde esta perspectiva en la que el eje de la intervención se distingue por el papel adaptativo que juega la emoción en el funcionamiento humano y la forma en que se accede a las emociones dolorosas crónicas transformando estas con emociones adaptativas saludables, en nuestro contexto socio cultural. Por su parte, la intervención con enfoque cognitivo conductual implementada mostró efectividad reiterando la importancia de la cognición o del pensamiento en la activación o mantenimiento de los estados de ánimo negativos relacionados a la ansiedad así como en sus consecuencias conductuales evitativas. Desde esta perspectiva, resulta deseable diseñar intervenciones que integren los componentes y estrategias más efectivos de esto dos enfoques diferentes para el abordaje de la ansiedad desde una perspectiva de salud mental como un estado de bienestar con relación a capacidades, habilidades o recursos que el individuo desarrolla para afrontar tensiones en su vida.

Limitaciones

En las búsquedas de literatura no se encontraron comparaciones de terapia focalizada en la emoción (TFE) y terapia cognitiva conductual (TCC) para ansiedad generalizada con diseños de caso único.

Los dos estudios comparativos de TFE y TCC para trastorno de ansiedad generalizada se llevaron a cabo en población irlandesa, no se encontró ningún estudio comparativo en América.

En México no se encontraron espacios educativos de formación ni de supervisión clínica en terapia focalizada en la emoción.

Recomendaciones

Diseñar e implementar experimentos con diseños intergrupos con tamaños de muestra adecuados para estadística paramétrica.

Diseñar e implementar experimentos con diseños de caso único con más de 9 réplicas de la terapia focalizada en la emoción para ansiedad generalizada.

Sistematizar las intervenciones de TFE para generalizar este tratamiento para ansiedad generalizada, con diferentes niveles de ansiedad, entre géneros, en enfermedades crónicas.

Desarrollar teorías del cambio de comportamiento que sean compatibles con la hipótesis del humanismo en la que se premia como eje de intervención la emoción y no el pensamiento, así como la relación entre emoción, pensamiento y conducta.

Referencias

- Adler, G., Shahar, B., Dolev, T., y Zilcha-Mano, S. (2018). The Development of the Working Alliance and Its Ability to Predict Outcome in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(6), 446–454. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000814>
- Aguilera, B., López, G., Portales, B., Reyes, M., & Vrsalovic, J. (2020). Ética, derecho y regulación de la investigación biomédica en Chile. *Revista Bioética*, 28(2), 239–248. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282385>
- Allan, R., Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Piaseckyj, O., y Campbell, T. L. (2021). Practicing Emotionally Focused Therapy online: Calling all relationships. *Journal of marital and family therapy*, 47(2), 424–439. <https://doi.org/10.1111/jmft.12507>
- American Psychiatric Association APA (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed.). <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0021-843X.114.4.551>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ta ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2017). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Angus, L., Watson, J., Elliott, R., Schneider, y Timulak, L. (2015). Humanistic psychotherapy research 1990-2015: from methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*, 25,3, 330-347. DOI: 10.1080/10503307.2014.989290.
- Angus, L., y Greenberg, L. (2011). Working with narrative in emotion-focused therapy. Washington, DC: American Psychological Association.

- Arango, C., Díaz-Caneja, CM, McGorry, PD, Rapoport, J., Sommer, IE, Vorstman, JA, McDaid, D., Marín, O., Serrano- Drozdowskyj, E., Freedman, R., Carpenter, W., 2018. Estrategias preventivas para la salud mental. *Lancet Psiquiatría* 5, 591–604.
- Babl, A., Grosse Holtforth, M., Heer, S., Lin, M., Stähli, A., Holstein, D., Belz, M., Egenolf, Y., Frischknecht, E., Ramseyer, F., Regli, D., Schmied, E., Flückiger, C., Brodbeck, J., Berger, T., y Caspar, F. (2016). Psychotherapy integration under scrutiny: investigating the impact of integrating emotion-focused components into a CBT-based approach: a study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1136-7>
- Bados, A. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada: Naturaleza, evaluación y tratamiento (2017). Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/115724>
<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/115724>
- Bados, A., y García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. Universidad de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/12302>
<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/12302>
- Balderston, N. L., Flook, E., Hsiung, A., Liu, J., Thongarong, A., Stahl, S., Makhoul, W., Sheline, Y., Ernst, M., y Grillon, C. (2020). Patients with anxiety disorders rely on bilateral dlPFC activation during verbal working memory. *Social cognitive and affective neuroscience*, 15(12), 1288–1298. <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa146>
- Beck, J. (2011) *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa
- Becoña, E., y Oblitas, L. (1997). Terapia Cognitivo–Conductual: Antecedentes Técnicas. *Revista Liberabit*, 3(3), 49-70. <http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/TCC%20Antecedentes.pdf>
- Behar, E., Dobrow, I., Hekler, E. B., Mohlman, J., y Staples, A. M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e

- implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*, 63, 15-36.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5509545>
- Belomé, C., y Ondere, J. (2017). Aplicaciones de la psicoeducación en el contexto de la salud. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a02.pdf>
- Benavidez V, V., y Flores P, R. (2019). La importancia de las emociones para la neurodidáctica. *Wimb Lu*, 14(1), 25–53. <https://doi.org/10.15517/wl.v14i1.35935>
- Bezerra, H. C. de J., Gaudêncio, E. de O., Batista, J. R. de M., de Lucena, M. do S. R., y de Oliveira, A. R. (2021). A relação entre hipertensão arterial, ansiedade e estresse: uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia Em Estudo*, 26.
<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v26i0.46083>
- Blanco, LH, Díaz-Leal, AC, Blanco, H., Aguirre, SI, Blanco, JR, Nájera-Longoria, RJ, & Jurado-García, PJ (2022). Evidencia de validez y confiabilidad del Inventario de Trastornos de Ansiedad Generalizados en estudiantes universitarios mexicanos (Tesis de Doctorado, Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés-SEAS.-Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (copmadrid)).
- Burgess Melissa y Johnson Susan (2014). La integración de los enfoques sistémico y humanista en la terapia de pareja focalizada en las emociones. En Alberto Segrera y otros (Editores) Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales. - 1a ed. - Buenos Aires : Gran Aldea Editores, 2014.
- Burke, J., Richards, D., y Timulak, L. (2019). Helpful and Hindering Events in Internet-Delivered Cognitive Behavioural Treatment for Generalized Anxiety. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 47(3), 386–399. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000504>
- Caballo, V. E. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol. 1 Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Siglo XXI de España Editores, S. A.

- Caro, C. (2005). El concepto de "auto-organización" en la Psicoterapia Experiencial y de Proceso. *Miscelánea Comillas*, 63(123), 367-396. <https://revistas.comillas.edu/index.php/miscelaneacomillas/article/view/6540/6350>
- Casanova, E.M. (1993). El desarrollo del concepto de sí mismo en la teoría fenomenológica de la personalidad de Carl Rogers. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 46(2), 177-186.
- Chacón, M. P., De La Serna, J. M., y Chacón, A. (2021). *Salud Mental Y Alta Sensibilidad*. Litres.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/=choliz/Proceso%20emocional.pdf>
- Clark, D y Beck, A (2010). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Editorial Descleé de Brouwe
- Conradi, H. J., Dingemanse, P., Noordhof, A., Finkenauer, C., y Kamphuis, J. H. (2018). Effectiveness of the 'Hold me Tight' Relationship Enhancement Program in a Self-referred and a Clinician-referred Sample: An Emotionally Focused Couples Therapy-Based Approach. *Family process*, 57(3), 613–628. <https://doi.org/10.1111/famp.12305>
- Cortés E.B., Ramírez E.M., Olvera J. y Arriaga Y. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 78-88. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-39X2009000100009&lng=pt&tlng=es
- Deleurme, KA, Parkinson, SA y Penney, AM. (2022) Trastorno de ansiedad generalizada: ¿el modelo de desregulación emocional predice síntomas más allá del modelo metacognitivo?. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive-Behavior Therapy*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10942-022-00479-7#citeas>
- Díaz Kuaik, I., y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: revisión y delimitación conceptual. *Summa Psicológica*, 16(1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>

- Díaz, K. y De la Iglesia, G. (2019). Ansiedad: Revisión y delimitación conceptual; Universidad Santo Tomás. Escuela de Psicología; Summa Psicológica UST; 16; 1; 6-2019; 42-50.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/130624>
- Díaz, M., Ruiz, M. D., y Villalobos, A. (2012). Historia de la terapia cognitivo conductual. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Domene, G. (2015). Empoderamiento, terapia ocupacional y salud mental. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, ISSN-e 1885-527X, No. 22 (V. 12, noviembre).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5308788>
- Domschke, K., Schiele, M. A., y Romanos, M. (2021). Prävention von Angsterkrankungen. *Der Nervenarzt*, 92(5). doi:10.1007/s00115-020-01045-1
- Dubrovsky, S. (2019). Educación emocional o ¿cómo adiestrar las emociones? *Neurociencias y Educación*. Observatorio Participativo de Políticas Públicas en Educación (OPPEd)-FFyL-UBA.
<http://iice.institutos.filo.uba.ar/sites/iice.institutos.filo.uba.ar/files/Dubrovsky.pdf>
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J y Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: Eficacia diferencial de tratamientos. *Análisis y modificación de conducta*, 25. (101) 375-403.
- Eilert., N, Enrique., A, Wogan., R, Mooney., O, Timulak., L, y Richards., D. (2021) The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*;38(2):196-219. doi: 10.1002/da.23115. Epub 2020 Nov 22. PMID: 33225589; PMCID: PMC7894171.
- Eilert., N, Timulak., L, Duffy., D, Earley., C, Enrique., A, Kennedy., P, McCormack., C, Palacios., J, Wogan., R, y Richards., D. (2022) Following up internet-delivered cognitive behaviour therapy (TCC): A longitudinal qualitative investigation of clients' usage of TCC skills. *Clinical Psychology Psychotherapy*; 29(1):200-221. doi: 10.1002/cpp.2619. Epub 2021 Jun 13. PMID: 34048613.

- Elliott R, Greenberg, L. Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapy. In M.Lambert (Ed.) *Bergin y Garfield's Handbook of Psychotherapy y Behavior Change*. (pp 493-539) N.Y. Wiley.
- Elliott, R y Freire, E. (2014). Escala de psicoterapia experiencial y centrada en la persona: desarrollo y confiabilidad de una medida de adherencia/competencia para psicoterapias experienciales y centradas en la persona. *Investigación en consejería y psicoterapia*, 14(3), 220–226. doi:10.1080/14733145.2013.808682
- Elliott, R. (2013). Psicoterapia centrada en la persona/experiencial para las dificultades de ansiedad: teoría, investigación y práctica. *Psicoterapias experienciales y centradas en la persona*, 12(1), 16–32. doi:10.1080/14779757.2013.767750
- Elliott, R., Watson, J.E., Goldman, R.N., y Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion focused therapy: The Process–Experiential approach to change*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Escobar Pérez, Jazmine y Cuervo Martínez, Ángela. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, vol. 6, núm. 1, pp. 27-36. Recuperado de http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf.
- Esteban, M.M., Puerto, M.L., Fernández Cordero, X., Jiménez García, R., Gil de Miguel, A., & Hernández Barrera, V.. (2012). Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 229-240. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200005>
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1), 45-51.

- Faghih, S. y Kazemi, H. (2018). Eficacia de la terapia de pareja centrada en las emociones sobre el control de las emociones de las parejas infértiles. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29, 3, 153-158. <https://doi.org/10.32598/JHNM.29.3.153>
- Falahat, K., Baradarn Eftekhari, M., Dejman, M., Forouzan, A. S., Mahmoodi, Z., Padyab, M., y Tavassoli, S. (2022). Determining the effectiveness of cognitive behavioral therapy interventions based on the transdiagnostic approach in the treatment of common mental health problems: Presenting an experience from the Islamic Republic of Iran. *Brain and behavior*, 12(5), 25-51. <https://doi.org/10.1002/brb3.2551>
- Fernández y Sánchez, (2002). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Fonseca, E., Pérez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López, E., Muñiz, J. y Montoya, I. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para la infancia y adolescencia: Estado de la cuestión. *Psicothema* (25) 1021-1024. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=100387>
- Fullana, M. A., Fernández, L., Bulbena, A., y Toro, J. (2012). Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para los trastornos mentales. *Medicina Clínica*, 138(5), 215-219. <http://www.acmcb.es/files/425-5425-DOCUMENT/2011%20Med%20Cli%20Eficacia%20TCC-2.pdf>
- Fusar-Poli, Paolo; Salazar de Pablo, Gonzalo; De Micheli, Andrea; Nieman, Dorian H.; Correll, Christoph U.; Kessing, Lars Vedel; Pfennig, Andrea; Bechdolf, Andreas; Borgwardt, Stefan; Arango, Celso; van Amelsvoort, Therese (2019). *What is good mental health? A scoping review. European Neuropsychopharmacology*, (), S0924977X19318693–. doi:10.1016/j.euroneuro.2019.12.105
- Garay, C.J., Donati, S., Ortega, I., Freiría, S., Rosales, G., Koutsovitis, F. (2019). Modelos cognitivo-conductuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada [en línea]. *Revista de Psicología*, 15(29). <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9564>

- García, J. L. O., y Reina, F. N. (2004). Etiopatogenia, clínica y diagnóstico de las cervicalgias. <https://biblat.unam.mx/hevila/DolorclinicayterapiaRevistamexicanadealgolia/2004/vol3/no3/1.pdf>
- Glisenti, K., Strodl, E., King, R., y Greenberg, L. (2021). The feasibility of emotion-focused therapy for binge-eating disorder: a pilot randomised wait-list control trial. *Journal of eating disorders*, 9(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00358-5>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para clientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes* 31(2), 169–173. doi:10.1016/j.rmcl.2020.01.005
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., y Caro, C. (2016). Formulación de caso en Terapia Focalizada en la Emoción: Del trabajo con marcadores y la facilitación del proceso, a la co-creación de un foco terapéutico. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 23-45.
- Goldman, R., Greenberg, L., y Angus, L. (2006). Los efectos de agregar intervenciones centradas en la emoción a las condiciones de relación centradas en el cliente en el tratamiento de la depresión. *Investigación en psicoterapia* , 16 (5), 537-549.
- Gómez Penedo, J. M., Hilpert, P., Grosse Holtforth, M., y Flückiger, C. (2021). Interpersonal cognitions as a mechanism of change in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder? A multilevel dynamic structural equation model approach. *Journal of consulting and clinical psychology*, 89(11), 898–908. <https://doi.org/10.1037/ccp0000690>
- Gómez Penedo, JM, & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios Para la Significancia Clínica en Psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXI (2), 173-190.
- Gómez, Laura, Bernaldo-de-Quirós, Mónica, Labrador, Francisco J, Fernández-Arias, Ignacio, Estupiñá, Francisco J, y Blanco, Carmen. (2014). Uso de técnicas de exposición en una clínica de psicología. *Universitas Psychologica* , 13 (2), 715-724. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-2.utec>

- Gómez-Acosta, A., Vinaccia-Alpi, S., y Sierra-Barón, W. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Salud Mental Positiva en jóvenes colombianos: un estudio exploratorio. *Rev. CES Psico*, 13(2), 102-112. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v13n2/2011-3080-cesp-13-02-102.pdf>
- González, D. F., Barreto, A. P., y Salamanca, Y. (2017). Terapia cognitiva: Antecedentes, teoría y metodología [investigación documental]. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10 (2), 201-207. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1114>
- González, F. Escoto, MC y Chávez, JK. (2017). Estadística aplicada en Psicología y Ciencias de la salud. ISBN 978-607-448-622-3. Editorial El Manual Moderno
- Gordillo, F. y Mestas, L. (2020). Una breve historia sobre el origen de las emociones. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza–UNAM*, 10(19), 20-27.
- Gorka, S. M., Young, C. B., Klumpp, H., Kennedy, A. E., Francis, J., Ajilore, O., Langenecker, S. A., Shankman, S. A., Craske, M. G., Stein, M. B., y Phan, K. L. (2019). Emotion-based brain mechanisms and predictors for SSRI and CBT treatment of anxiety and depression: a randomized trial. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 44(9), 1639–1648. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0407-7> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31060042/>
- Greenberg, Elliott y Pos (2015): La Terapia Focalizada en las Emociones. Una Visión de Conjunto. *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 5; AIEDEM: Asociación Internacional Para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización www.asociacion-mentalizacion.com
- Greenberg, L. (2000). Emociones: una guía interna. *Bilbao: Desclée De Brouwer*.
- Greenberg, L. (2010). Terapia focalizada en la emoción: una síntesis clínica. *FOCUS, The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8, 1.
- Greenberg, L. (2014). Emociones. *Revista Digital. Universidad de Valencia*. Disponible: <http://www.uv.es/carmenrg/material1/Emociones>.

- Greenberg, L. S. y Paivio, (2000). Trabajar con las emociones en psicoterapia. Buenos Aires: Paidós.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., y Elliott, R. K. (1993). Facilitating emotional change: The moment-by-moment process. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L., y Elliott, R. (2006). Terapia focalizada en las emociones: Una introducción. *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales*, 113.
- Greenberg, LS y Goldman, RN (2019). Teoría de la práctica de la terapia centrada en las emociones. En LS Greenberg y RN Goldman (Eds.), *Manual clínico de terapia centrada en las emociones* (pp. 61-89). Asociación Americana de Psicología. <https://doi.org/10.1037/0000112-003>
- Greenberg, LS y Watson, JC (2006). Terapia centrada en la emoción para la depresión. Asociación Americana de Psicología.
- Guevara Alban, G. P., Verdesoto Arguello, A. E., & Castro Molina, N. E. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*, 4(3), 163-173. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
- Heinze, G y Camacho, P. (2010). Guía Clínica para el Manejo de la Ansiedad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, DF.
- Herrera Landázuri, M.E. (2019). La terapia focalizada en la emoción para el tratamiento de mujeres universitarias que presentan dependencia afectiva patológica. Tesis (Psicóloga Clínica), Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades; Quito, Ecuador. <https://repositorio.usfq.edu.ec/jspui/handle/23000/8172>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., y Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 29(5), 409–416. <https://doi.org/10.1002/da.21888>

- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., y Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2007(1), CD001848. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001848.pub4>
- Hurtado MM, Villena A, Vega A, Amor G, Gómez C, y Morales-Asencio JM. (2020). "I have anxiety, but I have values and preferences". Experiences of users with generalized anxiety disorder: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*;29 (3), 521-530. doi: 10.1111/inm.12690
- Ibáñez-Tarín, C.; Manzanera-Escartí, R. (2014). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en asistencia primaria (parte 2). *SEMERGEN - Medicina de Familia*, 40(1), 34–41. doi:10.1016/j.semerg.2011.07.020
- INEGI (2021) Presentación de resultados https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enbiare/2021/doc/enbiare_2021_presentacion_resultados.pdf
- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Kazdin, A. E. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica (3ª.ed.). México: Pearson Educación.
- Kazdin, AE (2016). Diseños experimentales y observacionales: Una visión general. En AE Kazdin (Ed.), *Cuestiones metodológicas y estrategias en la investigación clínica* (4.ª ed., págs. 155-180). Asociación Americana de Psicología. <https://doi.org/10.1037/14805-011>
- Keefe, R. S., McClintock, S. M., Roth, R. M., Doraiswamy, P. M., Tiger, S., y Madhoo, M. (2014). Cognitive effects of pharmacotherapy for major depressive disorder: a systematic review. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(8), 864–876. <https://doi.org/10.4088/JCP.13r08609>

- Kelson J, Rollin A, Ridout B, Campbell A. (2019). Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Treatment: Systematic Review. *J Med Internet Res.* 21(1):e12530. doi: 10.2196/12530. PMID: 30694201; PMCID: PMC6371070.
- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., y Campbell, A. (2019). Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Treatment: Systematic Review. *Journal of medical Internet research*, 21(1), e12530. <https://doi.org/10.2196/12530>
- Kennair., L, Solem S, Hagen R, Havnen A, Nysaeter TE, & Hjemdal O. (2021). Change in personality traits and facets (Revised NEO Personality Inventory) following metacognitive therapy or cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Results from a randomized controlled trial. *Clinical Psychology Psychotherapy*. 28(4). 872-881. doi: 10.1002/cpp.2541
- Kessler, R. C., Sampson, N. A., Berglund, P., Gruber, M. J., Al-Hamzawi, A., Andrade, L., Bunting, B., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., He, Y., Hu, C., Huang, Y., Karam, E., Kovess-Masfety, V., Lee, S., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Moskalewicz, J., ... Wilcox, M. A. (2015). Anxious and non-anxious major depressive disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 24(3), 210–226. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000189>
- Khakpoor, S., Saed, O., y Armani Kian, A. (2019). Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: double-blind randomized clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(3), 227–236. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0074>
- Langarita-Llorente, Raquel; Gracia-García, Patricia (2019). Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Rev. Neurología*; ;69(2):59-67, 16 jul., 2019. DOI 10.33588/rn.6902.2018371.

- Laposa., J.M, & Fracalanza., K. (2019). Does intolerance of uncertainty mediate improvement in anger during group CBT for GAD? A preliminary investigation. *Behaviour Cognitive Psychotheraaphy*. 47(5). 585-593. doi: 10.1017/S1352465819000249
- Lawler, K., Earley, C., Timulak, L., Enrique, A., y Richards, D. (2021). Dropout From an Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Intervention for Adults With Depression and Anxiety: Qualitative Study. *JMIR formative research*. 5(11), 1-19. <https://doi.org/10.2196/26221>
- Leiva-Peña, V., Rubí-González, P., y Vicente-Parada, B. (2021). Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *Revista panamericana de salud pública. Pan American journal of public health*, 45, e158. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.158>
- Lietaer, G. (2014). Los colores unidos de las psicoterapias centrada en la persona y experiencial. En A.S. Segrera, A., J.H.D. Cornelius-White, M. Behr y S. Lombardi (Eds.). *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales. Fundamentos, perspectivas y aplicaciones* (pp. 69-81). Gran Aldea Editores
- Linden, M., Zubraegel, D., Baer, T., Franke, U., y Schlattmann, P. (2005). Efficacy of cognitive behaviour therapy in generalized anxiety disorders. Results of a controlled clinical trial (Berlin CBT-GAD Study). *Psychotherapy and psychosomatics*, 74(1), 36–42. <https://doi.org/10.1159/000082025>
- Llera, S. J., y Newman, M. G. (2014). Rethinking the role of worry in generalized anxiety disorder: Evidence supporting a model of emotional contrast avoidance. *Behavior Therapy*, 45(3), 283-299
- Lumley M. y Schubiner H. (2019). Conciencia emocional y terapia de expresión para el dolor crónico: justificación, principios y técnicas, evidencia y revisión crítica. *Curr Rheumatol Rep*. 21:30. doi: 10.1007/s11926-019-0829-6

- Lumley, M., Schubiner, H., Lockhart, N., Kidwell, K., Harte, S. y Clauw, J. (2017). Terapia de conciencia y expresión emocional, terapia cognitivo-conductual y educación para la fibromialgia: un ensayo controlado aleatorizado por grupos. *Dolor*. 158:2354. doi: 10.1097/j.dolor.0000000000001036
- Macías-Carballo, M., Pérez., M., López. L., Beltrán, L., y Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Eneurobiología*, 10(24). <https://eneurobiologia.uv.mx/index.php/eneurobiologia/article/view/2544>
- Mahmoodi, M., Bakhtiyari, M., Masjedi Arani, A., Mohammadi, A. & Saberi Isfeedvajani, M. (2021). La comparación entre la TCC centrada en el perfeccionismo y la TCC centrada en la regulación emocional para personas con depresión y trastornos de ansiedad y perfeccionismo disfuncional: un ensayo controlado aleatorio. *Psicoterapia conductual y cognitiva*, 49 (4), 454-471. doi:10.1017/S1352465820000909
- Maneiro Crespo, E., (2017). Neurociencia y emociones: nuevas posibilidades en el estudio del comportamiento político. *DEP. Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas* , 16 (1), 169-187.
- Manrique, E. & Aguado, H. (2006). Esquemas emocionales, evitación y proceso de cambio en terapia cognitivo conductual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1),11-32.
- Maroti, D., Ek, J., Widlund, R. M., Schubiner, H., Lumley, M. A., Lilliengren, P., Bileviciute-Ljungar, I., Ljótsson, B., y Johansson, R. (2021). Internet-Administered Emotional Awareness and Expression Therapy for Somatic Symptom Disorder With Centralized Symptoms: A Preliminary Efficacy Trial. *Frontiers in psychiatry*, 12, 620359. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.620359>
- Márquez, M., (2007). Hacia una Lectura Neuropsicológica de los Síntomas y los Mecanismos Etiopatogénicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (1),35-38. ISSN: 0327-6716. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921832004>

- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., y Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical psychology y psychotherapy*, 29(5), 1611–1625. <https://doi.org/10.1002/cpp.2745>
- Martin, G. H., y Segura, P. C. (2010). Guía clínica para el manejo de la ansiedad. *Instituto nacional de psiquiatría Ramon de la Fuente: Ciudad de México, México*.
- Matute, E. (2012). Tendencias actuales de las neurociencias cognitivas. 2ª edición. Manual Moderno. México
- Medrano, L. A., Muñoz-Navarro, R., y Cano-Vindel, A. (2016). Procesos cognitivos y regulación emocional: aportes desde una aproximación psicoevolucionista. *Ansiedad y Estrés* 22(2-3), 47–54. doi:10.1016/j.anyes.2016.11.001 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793716300318>
- Meichenbaum, D. (1987). Entrenamiento en inoculación de estrés: hacia un paradigma general para el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. *Prevención y reducción del estrés*, 139-156.
- Miller, C. B., Gu, J., Henry, A. L., Davis, M. L., Espie, C. A., Stott, R., Heinz, A. J., Bentley, K. H., Goodwin, G. M., Gorman, B. S., Craske, M. G., y Carl, J. R. (2021). Feasibility and efficacy of a digital CBT intervention for symptoms of Generalized Anxiety Disorder: A randomized multiple-baseline study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 70, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101609>
- Monjas María Inés (1996). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y adolescentes*. Madrid: CEPE.
- Monreal-Gimeno, C., Marco, M.J. y Amador, L. V. (2001). El adulto etapas y consideraciones para el aprendizaje. *Eúphoros*. 3. 97 – 112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1183063>

- Murphy, J., McQuaid, A., Timulak, L., O'Flynn, R. y McElvaney, J. (2016). Developing a model of working with worry in emotion-focused therapy: A discovery-phase task analytic study. *Counselling and Psychotherapy Research*. doi:10.1002/capr.12089
- Navas, W., y Vargas, M. J. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.
- Neira, F., y Ortega, J. L. (2006). Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 13(8), 561-566. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000800008&lng=es&lng=es.
- Newman, M. G., Shin, K. E., y Zuellig, A. R. (2016). Developmental risk factors in generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of affective disorders*, 206, 94–102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.008>
- Nordahl, H., Vollset, T., y Hjemdal, O. (2022). An empirical test of the metacognitive model of generalized anxiety disorder. *Scandinavian journal of psychology*, 10.1111/sjop.12884. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/sjop.12884>
- Núñez, I. (2011). Diseños de investigación en psicología. Universidad de Barcelona
- Oblitas, L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud. *Revista de Psicología*, XXVI (2), 219-256. ISSN: 0254-9247. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337829507002>
- O'Brien K, O'Keeffe N, Cullen H, Durcan A, Timulak L, & McElvaney J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy Research*. 29(4) 524-540. doi: 10.1080/10503307.2017.1373206.
- O'Brien, N., O'Keeffe, H., Durcan, a., Timulak, L. y McElvaney J., (2017): Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations, *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2017.1373206

- Ocaña, J., García, GA, y Cruz, O., (2019). Propiedades Psicométricas del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) en Adolescentes de Chiapas, México. *European Scientific Journal* June. Vol.15, No.16 ISSN: 1857 – 7881 DOI:10.19044/esj.2019.v15n16p280. URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2019.v15n16p280>
- O'Connell, J., Jackson, A., Robinson, M., Rashleigh, C y Timulak, L. (2021). Terapia centrada en la emoción para los síntomas de ansiedad generalizada en una población estudiantil: un estudio exploratorio. *Couns Psychother Res.* 21:260-268. <https://doi.org/10.1002/capr.12346>
- Organización Mundial de la Salud (2000). Envejecimiento Saludable: Datos y Visualizaciones. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable-datos-visualizaciones>
- Organización Mundial de la Salud (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Organización Mundial de la Salud (2001). Salud mental: nuevos conocimientos y nuevas esperanzas. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Acceso / Comunicados de prensa / La OMS publica una nueva edición del informe sobre el seguimiento de los progresos en relación con las enfermedades no transmisibles. Ginebra / Nueva York. <https://www.who.int/es/news/item/18-09-2017-who-launches-new-ncds-progress-monitor>
- Organización Mundial de la Salud. OMS. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. <https://ciss-bienestar.org/wp-content/uploads/2019/04/Estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud.pdf>

Organización Panamericana de la Salud / Alma- Ata (2018). Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud. Astaná, Kazajastán. <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference>

Organización Panamericana de Salud (OPS), (2021) en su boletín Boletín Desastres N.131.- Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población. <https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-covid-19-salud-mental-poblacion#:~:text=Los%20estudios%20muestran%20que%20alrededor,entre%20los%20grupos%20m%C3%A1s%20afectados.>

Padrós, F.- Hurtado, D., & Martoines. M.P. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI) para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada en México. *Ansiedad y Estrés* (25), 2. 85-90. ISSN 1134-7937. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2019.08.005>.

Padrós, Montoya, Bravo y Martínez, (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26(2-3), 181-187.

Padrós-Blázquez, F., Montoya-Pérez, KS, Bravo-Calderón, MA, & Martínez-Medina, MP (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México [Psychometric Properties of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in the General Population of Mexico]. *Ansiedad y Estrés*, 26, 181-187. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>

Paivio, SC, y Pascual-Leone, A. (2010). *Terapia centrada en la emoción para el trauma complejo: un enfoque integrador*. Asociación Americana de Psicología. <https://doi.org/10.1037/12077-000>

Papalia, D. E. (2009). Teoría del desarrollo humano. Mc Graw Hill

- Pateraki, E., y Morris, P. G. (2018). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in reducing anxiety in adults and children with asthma: A systematic review. *The Journal of asthma: official journal of the Association for the Care of Asthma*, 55(5), 532–554.
<https://doi.org/10.1080/02770903.2017.1350967>
- Pérez Álvarez Marino (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé. Revista de psicología y psicopedagogía*. ISSN 1579-0207. Vol. 5, No. 2, 159-172.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Pérez, M. (2006). La terapia de de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía* (5), 2. págs. 159-172.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Pérez, M. y Graña, J.L. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas. Caso clínico. [Psicopatología Clínica Legal y Forense](#), ISSN 1576-9941, [Vol. 19, Nº. 1, 2019](#), págs. 99-126.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7983822>
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill
- Reinhold, J. A., y Rickels, K. (2015). Pharmacological treatment for generalized anxiety disorder in adults: an update. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 16(11), 1669–1681.
<https://doi.org/10.1517/14656566.2015.1059424>
- Reyes, H. E., González, M. L., y Martínez K. I. (2020). La ciencia del autocontrol: cómo aplicarla a la solución de problemas. Ciudad de México. Manual Moderno
- Reyes Marrero R., y del Rivero, E. D. P. F. (2019). Trastornos de ansiedad. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4911-4917.
<http://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/trastornos-de-ansiedad.pdf>
- Reyes, C., Monterrosas, A., Navarrete, A., Acosta, E., y Torruco, U. (2017). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado.

Investigación en Educación Médica, 6 (21),42-46. ISSN: 2007-865X.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349749654007>

Richards, D., Enrique, A., Eilert, N., Franklin, M., Palacios, J., Duffy, D., Earley, C., Chapman, J.,
Jell, G., Sollesse, S., y Timulak, L. (2020). A pragmatic randomized waitlist-controlled
effectiveness and cost-effectiveness trial of digital interventions for depression and
anxiety. *Nature digital medicine*, 3, 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41746-020-0293-8>

Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal
evidence and mechanisms. *Science (New York, N.Y.)*, 370(6522), eaay0214.
<https://doi.org/10.1126/science.aay0214>

Riso, W. (2006). Terapia cognitiva. *Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*.
Editorial Norma.

Robles Garrote, P. y Rojas, M. D. C. (2015). La validación por juicio de expertos: dos
investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística
Aplicada* (2015) 18.

Romijn, G., Batelaan, N., Koning, J., van Balkom, A., de Leeuw, A., Benning, F., Hakkaart van
Roijen, L., y Riper, H. (2021). Acceptability, effectiveness and cost-effectiveness of
blended cognitive-behavioural therapy (bCBT) versus face-to-face CBT (ftfCBT) for
anxiety disorders in specialised mental health care: A 15-week randomised controlled
trial with 1-year follow-up. *Plos one*, 16(11), 1-20.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259493>

Rosas-Santiago, F.J., Rodríguez-Pérez, V., Hernández-Aguilera, R.d., y Lagunes-Còrdoba, R.
(2020). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck
II en población general del sureste mexicano. *Revista Salud Uninorte* , 36 (2), 436-449.
<https://doi.org/10.14482/sun.36.2.616.85>

Rossello, J, y Revert, X. (2008). Modelos teóricos en el estudio de la emoción.

- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI(3), 261-270. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921790006>
- Rubio V. (2003). *Modelos psicológicos del comportamiento saludable*. México: Universidad Autónoma de México.
- Ruvalcaba Pedroza, Karen Arlethe, González Ramírez, Leivy Patricia, & Jiménez Ávila, José María. (2021). Depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. *Investigación en educación médica*, 10(39), 52-59. Epub 31 de enero de 2022. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.39.21342>
- Ruvalcaba, G., Galván, A., Ávila, G. M. y Gómez, P. I. del S. (2020). Ansiedad, depresión y actividad autónoma en estudiantes de enfermería, en el estado de Guanajuato, México. *Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social*, 6(1), 81-103. <https://doi.org/10.22402/j.r dip>
- Salazar de Pablo, Gonzalo; De Micheli, Andrea; Nieman, Dorian H.; Correll, Christoph U.; Kessing, Lars Vedel; Pfennig, Andrea; Bechdolf, Andreas; Borgwardt, Stefan; Arango, Celso; van Amelsvoort, Teresa; Vieta, Eduard; Solmi, Marco; Oliver, Domingo; catalana, Ana; Verdino, Valeria; Di Maggio, Lucía; Bonoldi, Ilaria; Vaquerizo-Serrano, Julio; Chico Baccaredda, Ottone; Provenzano, Umberto; Ruzzi, Francesca; Calorio, Federica; Nosari, Guido; Di Marco, Benedetto; Famularo, Irene; Molteni, Silvia; Filosi, Eleonora; Mensi, Martina; Balotin, Umberto; Politi, Pierluigi; Shin, Jae Il; Fusar-Poli, Paolo (2020). *Intervenciones universales y selectivas para promover la buena salud mental en los jóvenes: revisión sistemática y metanálisis. Neuropsicofarmacología europea*, (), S0924977X20309159—. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.10.007
- Schubiner H., Betzold M. Desaprende tu dolor: un proceso de 28 días para reprogramar tu cerebro, 3.ª ed. Pleasant Ridge, MI: Publicación Mente-Cuerpo. (2016).

- Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Recuperado de http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5251495yfecha=23/04/2012
- Segrera, A. S., Cornelius-White, J. H., Behr, M., y Lombardi, S. (2014). *Consultorías y psicoterapias centradas en la persona y experienciales*. Gran Aldea editores.
- Senado de la República, (2017). *Boletín de la coordinación de comunicación social* <http://comunicacion.senado.gob.mx/index.php/informacion/boletines/39699-14-3-de-la-poblacion-mexicana-padece-trastornos-de-ansiedad.html>
- Shahar, B. (2013). Emotion-focused therapy for the treatment of social anxiety: an overview of the model and a case description. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21 (6), 536–547.
- Shahar, B. (2014). Emotion-Focused Therapy for the Treatment of Social Anxiety: An Overview of the Model and a Case Description. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 536–547. 10.1002/cpp.1853
- Shahar, B. (2020). New Developments in Emotion-Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Journal of clinical medicine*, 9(9), 1-15. <https://doi.org/10.3390/jcm9092918>
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade* , 3 (1), 10 - 59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Simon, N. M., Hofmann, S. G., Rosenfield, D., Hoeppner, S. S., Hoge, E. A., Bui, E., y Khalsa, S. B. S. (2021). Efficacy of Yoga vs Cognitive Behavioral Therapy vs Stress Education for the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 78(1), 13–20. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2496>
- Slee, A., Nazareth, I., Bondaronek, P., Liu, Y., Cheng, Z., y Freemantle, N. (2019). Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 393(10173), 768–777. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31793-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31793-8)

- Solem, S., Wells, A., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Nordahl, H., y Hjemdal, O. (2021). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder: A 9-year follow-up study. *Brain and behavior*, 11(10), 23-58. <https://doi.org/10.1002/brb3.2358>
- Sosa-Torralba, J. E., Romero-Mendoza, M. P., Medina-Mora-Icaza, M. E., Méndez-Ríos, E., & Blum-Grynberg, B. (2020). Estructura dimensional de la Escala Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (CORE-OM) en universitarios mexicanos. *Revista Evaluar*, 20(1), 49–66. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v20.n1.28485> (Original work published 5 de mayo de 2020)
- Tariq, A., Quayle, E., Lawrie, S. M., Reid, C., y Chan, S. (2021). Relationship between Early Maladaptive Schemas and Anxiety in Adolescence and Young Adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 295, 1462–1473. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.031>
- Tate, R. L., Perdices, M., Rosenkoetter, U., Shadish, W., Vohra, S., Barlow, D. H., Horner, R., Kazdin, A., Kratochwill, T., McDonald, S., Sampson, M., Shamseer, L., Togher, L., Albin, R., Backman, C., Douglas, J., Evans, J. J., Gast, D., Manolov, R., Mitchell, G., ... Wilson, B. (2016). The Single-Case Reporting Guideline In BEhavioural Interventions (SCRIBE) 2016 Statement. *Physical therapy*, 96(7), e1–e10. <https://doi.org/10.2522/ptj.2016.96.7.e1>
- Teymori Z, Mojtabaie M, y Rezazadeh S. (2020). La eficacia de la terapia centrada en las emociones sobre la regulación de las emociones, la rumiación de la ira y la intimidad conyugal en mujeres afectadas por la infidelidad del cónyuge. *Caspian Journal of Health Research*. 5(4):78-82.
- Thakur, E. R., Holmes, H. J., Lockhart, N. A., Carty, J. N., Ziadni, M. S., Doherty, H. K., Lackner, J. M., Schubiner, H., y Lumley, M. A. (2017). Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled

trial. *Neurogastroenterology and motility : the official journal of the European Gastrointestinal Motility Society*, 29(12), 10.1111/nmo.13143.
<https://doi.org/10.1111/nmo.13143>

- Timulak L, Keogh D, Chigwedere C, Wilson C, Ward F, Hevey D, Griffin P, Jacobs L, Hughes S, Vaughan C, Beckham K, Mahon S. A., (2022). Comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder: Results of a feasibility randomized controlled trial. *Psychotherapy*, 59,1,84-95. doi: 10.1037/pst0000427.
- Timulak, L. (2011). *Developing your counselling and psychotherapy skills and practice* (1ª Edición). Sage Publications.
- Timulak, L. & McElvaney, J. (2016). Terapia centrada en la emoción para el trastorno de ansiedad generalizada: una visión general del modelo. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 46(1), 41–52. doi:10.1007/s10879-015-9310-7
- Timulak, L. y McElvaney, J. (2018). *Transformar la ansiedad generalizada. Un enfoque centrado en las emociones*. Routledge.
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., y Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., Griffin, P., Jacobs, L., & Irwin, B. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitive-behavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0>
- Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., Jennings, C. y Ward, F. (2020). La terapia centrada en la emoción como tratamiento transdiagnóstico para la depresión, la ansiedad y los trastornos relacionados: Protocolo para un ensayo

- de control aleatorizado de viabilidad inicial. *HRB Open Research*, 3, 7, 1-18.
<https://doi.org/10.12688/hrbopenres.12993.1>
- Timulak, L., McElvaney, J., Keogh, D., Martin, E., Clare, P., Chepukova, E. y Greenberg, LS (2017). Terapia centrada en la emoción para el trastorno de ansiedad generalizada: un estudio exploratorio. *Psicoterapia (Chicago, Ill.)*, 54(4), 361–366.
<https://doi.org/10.1037/pst0000128>
- Toolan, R., Devereux, M., Timulak, L. y Keogh, D. (2019). Relationship between self-worrying and self-critical messages in clients with generalised anxiety engaging in emotion-focused worry dialogues. *Counselling and Psychotherapy Research*, 19(2), 122–130.
 . doi:10.1002/capr.12229
- Torres, S., Sales, C., Guerra, M., Simões, M., Pinto, M., yVieira, F. (2020). Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy in Comorbid Obesity with Binge Eating Disorder: A Pilot Study of Feasibility and Long-Term Outcomes. *Frontiers in psychology*, 11, 343, 1-13.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00343>
- UAEH. (2018). Manual de integración y funcionamiento del Comité de ética en investigación. ICSa
- Valencia Collazos, M. V. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud mental*, 30(2), 75-80.
- Vega-Michel, C., y Gutiérrez, E. C. (2019). *Autocuidado de la salud II*. Editorial El Manual Moderno.
- Velázquez J., H., Niño T., D., Flores T., A., de la Fuente V., A., Méndez S., M. del P. y Peñaloza G., R. (2020). Adaptación cultural y propiedades psicométricas de la Escala de Esquemas Emocionales de Leahy (LESS II) en población mexicana. *Psicología y Salud*, 30(1), 117-122.
- Vernon A., y Doyle, K. (2017). *Cognitive Behavior Therapies: a guidebook for practitioners*. New York, USA: Amer Counseling Assn.

- Watson, J., Timulak, L. y Greenberg, LS (2019). Terapia centrada en la emoción para el trastorno de ansiedad generalizada.
- Watson, J.C. y Greenberg, L.S. (2017). Emotion-Focused Therapy for Generalised Anxiety. American Psychological Association.
- Watson, JC, Gordon, LB, Stermac, L., Kalogerakos, F. y Steckley, P. (2003). Comparación de la efectividad del proceso-experiencial con la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión. *Revista de consultoría y psicología clínica* , 71 (4), 773.
- Wiebe, S., Elliott, C., Johnson, S., Burgess, M., Dalglish, T., Lafontaine, M. y Tasca, G. (2018): Cambio de apego en la terapia de pareja centrada en las emociones y resultados de satisfacción sexual en un grupo de dos años. Estudio de seguimiento, *Jornal of Couple y Relationship Therapy*, DOI:10.1080/15332691.2018.1481799
- Wilner, J. G., Dufour, S., Kennedy, K., Sauer-Zavala, S., Boettcher, H., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2020). Quality of Life in Heterogeneous Anxiety Disorders: Changes Across Cognitive-Behavioral Treatments. *Behavior modification*, 44(3), 343–364. <https://doi.org/10.1177/0145445518815603>
- Yarns, B. C., Lumley, M. A., Cassidy, J. T., Steers, W. N., Osato, S., Schubiner, H., y Sultzer, D. L. (2020). Emotional Awareness and Expression Therapy Achieves Greater Pain Reduction than Cognitive Behavioral Therapy in Older Adults with Chronic Musculoskeletal Pain: A Preliminary Randomized Comparison Trial. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 21(11), 2811–2822. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa145>
- Ybarra, J. L., Orozco, L. A., y Valencia, I. (2015). Intervenciones con apoyo empírico: Herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud. Cuauhtémoc: El Manual Moderno S. A.

Anexos

Anexo A. Intervenciones focalizadas en la emoción

Cita	País	Objetivo	Muestra	Diseño	Instrumentos	Tema: Terapia de Pareja Centrada en la Emoción TPCE					Principales resultados
						Componentes	Técnicas y estrategias	No. sesiones	Duración	Periodicidad	
Teymori et al. (2020)	Irán	El objetivo del presente estudio fue investigar el efecto de la terapia de pareja focalizada a la emoción sobre la regulación emocional, la rumia de la ira y la intimidad marital en mujeres afectadas por la infidelidad.	Para la muestra fueron consideradas 20 mujeres afectadas por la infidelidad entre 20 y 50 años de edad.	El estudio fue cuasi-experimental, se diseñó una intervención basada en la terapia de pareja basada centrada en la emoción.	Cuestionario de Regulación Emocional Cuestionario de rumiación Cuestionario de Intimidad Marital	Los componentes que se entrenaron fueron; Descubrir interacciones problemáticas y ciclos negativos; Evaluar problemas de apego, encontrar nuevas experiencias de apego, aceptar sentimientos fundamentales no confirmados y tener acceso a necesidades ocultas, miedos y promoción de la aceptación por el cónyuge; Reconstruir relaciones para conocer la mayor implicación emocional de los socios; Reconstruir relaciones con el objetivo de expresar y aceptar emociones; Involucrar emocionalmente de manera profunda para la reconstrucción de interacciones, descubrir nuevas soluciones a viejos problemas; Consolidar e integrar para lograr una mayor aceptación de nuevas situaciones, crear un apego seguro.		8	2 hrs	Semanal	Al inicio, el 30 % tenía una regulación cognitiva media, el 80 % tenía una rumiación fuerte de la tenía una intimidad conyugal débil. Los resultados mostraron que la TFE es eficaz para aumentar la regulación emocional, reducir la rumiación de la ira y también aumentar la intimidad conyugal en mujeres afectadas por la infidelidad.
Faghih y Kazemi (2018)	Irán	Investigar la efectividad de TPCE en el control emocional de parejas con infertilidad	Participaron 40 parejas infértiles, seleccionadas mediante la técnica de muestreo por conveniencia. La edad media del grupo TPCE fue de 36,79 años y para los controles fue de 37,41 años.	Se tuvo un estudio cuasiexperimental , con pretest-postest y grupo control.	Escala de Control Afectivo	Sesión 1 Poner a prueba la implementación, la introducción y el conocimiento de los miembros del grupo, establecer una buena relación y presentar la lógica de tratamiento; Sesión 2 Evaluar e identificar conflictos de comunicación entre parejas desde el punto de vista del apego; Sesión 3 Evaluación más profunda de los ciclos de interacción marital, evaluación individual e identificación de las emociones subyacentes; Sesión 4 Lograr emociones desconocidas que son la infraestructura de los ciclos negativos; Sesión 5 Aumentar la conciencia sobre las emociones y aspectos de uno mismo y facilitar la expresión de necesidades y deseos y la creación de conflicto emocionalmente; Sesión 6 Reconstruir situaciones interactivas; Sesión 7 Consolidación y fortalecimiento de nuevas situaciones y ciclos de interacción; Sesión 8 Continuación de consolidación y cierre de sesiones, análisis general e implementación postest.		8	90 mins	Semanal	Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo experimental de TPCE, por lo cual, los autores refieren que es efectiva para mejorar el control emocional en parejas que sufren de infertilidad.
Wiebe et al. (2018)	Canadá	El objetivo de la presente investigación fue examinar la satisfacción sexual autoinformada, la ansiedad y evitación del apego y la satisfacción de la relación entre las parejas que reciben TPCE y durante 2 años después de que finaliza la terapia	Se reclutaron a 32 parejas. La edad media de los participantes fue de 44,97.	Intervención con TPCE para la satisfacción sexual entre las parejas. Mediante el uso de modelos lineales jerárquicos en la preterapia, la postterapia y el seguimiento a los 6, 12, 18 y 24 meses.	Escala de Ajuste Diádico (DAS) Escala de Experiencias en Relaciones Cercanas (ECR) Medida Global de Satisfacción Sexual (GMSEX)	TFE se llevó a cabo de acuerdo con el manual de intervención; Creando conexión (Johnson, 2004): Según el manual, las interacciones sexuales se discuten en las sesiones a medida que la pareja plantea estos temas y se enmarcan en términos de las necesidades de apego y las emociones primarias involucradas		21	1 hora	Semanal	Los resultados sugieren que la satisfacción sexual mejora en TPCE, con mejoras duraderas durante el seguimiento, y que las reducciones en la evitación del apego en TPCE pueden ser un factor importante en la mejora de la satisfacción sexual en TPCE. Esto es particularmente relevante dada la alta concordancia entre la insatisfacción sexual y la relación conflictiva.
Conradi et al. (2017)	Holanda	Medir la eficacia de un programa de mejora de la relación denominado "Abrázame fuerte" elaborado con base en un enfoque basado en la terapia de pareja centrada en las emociones (TPCE).	En su muestra se incluyeron 129 parejas heterosexuales que sufrían problemas relacionales, la edad media en la muestra total fue de 43,2 años (DE=9,8).	Se utilizó un diseño intra-sujetos con tres fases	Escala de ajuste diádico (DAS), Accesibilidad, capacidad de respuesta y compromiso emocional (ARE), Escala de tendencia a perdonar (TTF), Escala de comportamiento de mantenimiento, Cuestionario de Salud General (GHQ), Cuestionario de experiencias en relaciones cercanas (ECR)	Se cubrieron los siguientes temas: (1) psicoeducación sobre el apego, (2) reconocimiento de patrones de interacción disfuncionales, (3) reconocimiento de temores de apego recíproco y necesidades de apego subyacentes a la interacción disfuncional, (4) revivir un conflicto mientras se reduce (es decir, detener el comportamiento de escalada, aceptar la responsabilidad por el propio comportamiento y las emociones y su impacto en la pareja, comprender las emociones de la pareja y compartir los propios miedos y necesidades del apego), (5) la conversación ARE (es decir, revelación de los temores y necesidades del apego mientras la pareja es accesible y receptiva), (6) perdonar y generar confianza, (7) contacto físico y sexualidad, y (8) prevención de recaídas.	Cada sesión constó de: psicoeducación , visualización de un video, ejercicios en sesión, una discusión grupal asignaciones de tareas y discusiones de tareas.	8	2 hrs	Semanal	Los tamaños del efecto durante esta intervención fueron de moderado a grande (re = .63) y mejora moderada (re = .42), y las parejas mantuvieron la ganancia durante los 3,5 meses de seguimiento (re = .57). Los hallazgos principales de esta investigación fueron; en las parejas el funcionamiento de la relación mejoró significativamente en todos los resultados durante la intervención, y estas ganancias se mantuvieron durante los 3,5 meses de seguimiento, tanto los objetivos emocionales como los conductuales se vieron afectados positivamente por la intervención, y las quejas psicológicas individuales se redujeron durante la intervención.

Tema: Trastorno por atracón

Cita	País	Objetivo	Muestra	Diseño	Instrumentos	Intervención					Principales resultados
						Componentes	Técnicas y estrategias	No. sesiones	Duración	Periodicidad	
Glisenti et al., (2021)	Australia	El presente estudio tuvo como objetivo investigar la viabilidad de la terapia individual centrada en la emoción (TFE) como tratamiento para TA mediante el examen de los resultados de un ensayo piloto controlado aleatorio en lista de espera	La muestra total estuvo conformada por 21 participantes, de los cuales 17 fueron mujeres y 4 hombres. La edad promedio fue de 44.52 (DE =11,89) años y la edad media del primer atracón 18,23 (DE =8.07) años.	El estudio fue un ensayo piloto aleatorizado de control en lista de espera diseñado para explorar la viabilidad de la terapia individual centrada en las emociones (TFE) como tratamiento para TA. Se basa en los hallazgos de un diseño inicial de serie de casos de referencia múltiple de TFE para TA	Cuestionario de Credibilidad y Expectativa – CEQ Cuestionario de examen de trastornos alimentarios - EDE-O-6.0, SCID-5-RV.	La intervención de TFE: La terapia se enfoca en la reestructuración y transformación de esquemas emocionales problemáticos centrados en las experiencias insoportables de vulnerabilidad emocional crónica . Primero, se facilita a los clientes la tolerancia de sentimientos dolorosos específicos que intentan evitar o que les preocupan. Luego se les facilita articular las necesidades insatisfechas incrustadas en estos sentimientos dolorosos; y transformar estos sentimientos dolorosos a través de la generación de emociones adaptativas como la compasión y la ira protectora saludable. La terapia ayuda a los clientes a regular sus sentimientos.	Las vulnerabilidades emocionales centrales generalmente se activan a través de diálogos imaginarios con los desencadenantes de relaciones interpersonales, o dolor intrapersonal, y la transformación de estas vulnerabilidades también ocurre predominantemente a través de la promulgación de experiencias adaptativas dentro de los mismos diálogos. El trabajo explícito también se dedica a los procesos de autointerrupción y al proceso de preocupación .	12	1 hrs	Semanal	En comparación con el grupo de control de la lista de espera de TFE, el grupo de intervención inmediata de TFE mostró reducciones significativamente mayores en episodios de atracones objetivos con un gran efecto del tratamiento (d = 0,98), días de atracones objetivos con un efecto del tratamiento muy grande (d = 1,39), y psicopatología de atracones con efecto de tratamiento moderado (d = .62). Estos hallazgos respaldan la viabilidad de TFE como enfoque de tratamiento para TA. Hubo una disminución significativa de la preterapia a la postterapia en los episodios de atracones objetivos con un tamaño del efecto grande (d= 0,99), los días de episodios de atracones objetivos con un tamaño del efecto muy grande (d= 1,51) y la psicopatología por atracones con un tamaño del efecto grande. tamaño del efecto (d=1,10). El grupo de intervención tratamiento (d= .98) inmediata de TFE mostró reducciones significativamente mayores en psicopatología por atracón con efecto moderado del tratamiento (d = 0,62).
Torres et al. (2020)	Portugal	Realizar una intervención con el objetivo de mejorar el procesamiento emocional y reducir los patrones alimentarios desadaptativos que tienen un impacto importante en el control del peso	Participaron 10 mujeres con una media de 47.3 años de edad, IMC promedio de 32.4 kg	El diseño fue un estudio piloto de viabilidad longitudinal.	Medición Antropométrica: talla y el peso; Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria-IV El IDIED-IV; El CORE-OM Cuestionario de comportamiento alimentarios El DEBQ; Escala de procesamiento emocional Emoción no regulada: Escala de alexitimia de Toronto (DIF).	Dentro de los componentes que se entrenaron fue el lidiar con los desencadenantes emocionales de comer en exceso, las consecuencias de la conducta alimentaria, la conciencia de las emociones y su relación con la conducta alimentaria	Estrategias de relajación, asertividad, entrenamiento en habilidades sociales, análisis racional, prueba de evidencia, metáforas corporales, juego de roles y registro de emociones y pensamientos	12	90 mins	Semanal	El programa de intervención es factible para su uso en la obesidad relacionada con trastorno por atracón para reducir el deterioro del funcionamiento emocional y aliviar la disfunción debido a comer en exceso. Dentro de los resultados principales, se observaron cambios en el tamaño del efecto en las subescalas relacionadas con la disminución de síntomas de depresión, ansiedad y aspectos físicos; disminución del comer en exceso como una forma de hacer frente a las emociones y comer como respuesta frente a la exposición de alimentos, mejoró la capacidad para controlar emociones, y mejoró su percepción emocional. Asimismo, observó una evolución favorable en las puntuaciones medias de peso. Los cambios de mayor magnitud fueron los relativos a la emoción no procesada, Supresión, Evitación y Dificultad para identificar sentimientos. dificultades, pérdida de peso.
Glisenti et al. (2018)	Australia	Proporcionar evidencia preliminar de la utilidad de la Terapia Centrada en la Emoción (TFE) para el Trastorno por Atracón (TA).	Seis participantes adultos	Diseño de caso único	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I). La Binge Eating Scale (BES). La Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS). La Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS-20). El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).	La Fase 1 del tratamiento se centró en promover la conciencia de las emociones, dar la bienvenida y aceptar las emociones, poner las emociones en palabras e identificar las emociones primarias. La Fase 2 se centró en evaluar si la emoción primaria era adaptativa o desadaptativa, identificando esquemas emocionales destructivos, accediendo a otras emociones y necesidades adaptativas y transformando esquemas emocionales desadaptativos.	Se utilizaron seis intervenciones principales en el tratamiento: 1 Sintonización y validación empática. 2 Despliegue evocativo. 3 Enfoque experiencial. 4 Tarea de dos sillas para divisiones autocríticas. 5 Tarea de dos sillas para escisiones autointerrumpidas. 6 Trabajo de silla vacía.	12	1 hora	Semanal	Todos los casos experimentaron una disminución en la presencia de psicopatología por atracones y la frecuencia autoinformada de atracones (ocurrencia durante 28 días) y una mejora en la regulación de las emociones. Se encontró un apoyo parcial para la mejora en las actitudes sobre los trastornos alimentarios y una disminución de la comorbilidad psiquiátrica y un apoyo provisional para TFE que contribuye a una baja tasa de abandono.

Tema: Síndromes físicos o somáticos

Cita	País	Objetivo	Muestra	Diseño	Instrumentos	Intervención	No. s	Duración	Periodicidad	Principales resultados
						Componentes, técnicas y estrategias				
Maroti et al. (2021)	Suecia	Desarrollar una intervención y llevar a cabo un ensayo clínico no aleatorizado de viabilidad y eficacia potencial de la terapia de expresión y conciencia emocional administrada por internet (TECE-I) para clientes con trastorno de síntomas somáticos (TSS) con síntomas centralizados (TSS-SC).	52 personas se incluyeron en el estudio, eran casi exclusivamente mujeres (96,2%), con una edad media de 49,6 años	Este fue un estudio piloto con un diseño de pre-test/post-test/seguimiento o sin grupo control.	Cuestionario de Salud del Cliente-15 (PHQ-15) para la detección de trastornos somatomorfos en atención primaria. Cuestionario de Salud del Cliente – 9 (PHQ-9) para evaluar síntomas depresivos, la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada – 7 (GAD-7), la lista de verificación del trastorno de estrés postraumático (PCL-5), la Escala de Discapacidad de Sheehan (SDS). Cuestionario de Efectos Negativos (NEQ). El Cuestionario de Expectativas de Credibilidad (CEQ).	Módulo 1 y 2 Psicoeducación Mapeo de relaciones entre síntomas somáticos y los eventos de sus vidas Módulo 3 Defensas de enfado/autocrítica Ejercicios de meditación y autocompasión Módulos 4 a 6 Exposición emocional Ejercicios de escritura expresiva para procesar emociones Módulos 7 y 8 Exposición emocional en relaciones reales Módulo 9 Reflexión; cambios logrados, aprendizajes y planificación del futuro Además de los módulos de autoayuda, los clientes recibieron apoyo y orientación de un terapeuta. Todos los contactos entre clientes y terapeutas fueron mensajes de texto escritos en un entorno seguro de Internet.	9	Duración Módulo s en internet	Sem anal	Se produjo una gran reducción de los síntomas somáticos (PHQ-15) en la comparación del antes y después del tratamiento (re = 1,13; IC del 95 %: 0,84–1,47), que se mantuvo por completo a los 4 meses de seguimiento (re = 1,19; IC 95%: 0,88-1,56). El 23% de los clientes después del tratamiento y el 27% en el seguimiento lograron una reducción del 50% o más en los síntomas somáticos, y alrededor del 70% lograron una diferencia clínica mínimamente importante. Además, en el postratamiento, hubo reducciones pequeñas a medianas (de 0,33 a 0,72) en ansiedad (GAD-7), depresión (PHQ-9), síntomas relacionados con el trauma (PCL-5) y discapacidad funcional (Escala de discapacidad de Sheehan).
Yarns et al. (2020)	EUAA	Realizan un ensayo controlado aleatorizado de comparación entre la terapia de expresión y conciencia emocional (TECE) y la terapia cognitiva conductual (TCC) en veteranos mayores, predominantemente hombres con dolor musculoesquelético crónico	16 participantes todos veteranos de 50 años o más que habían tenido al menos tres meses de dolor musculoesquelético, dolor en la parte baja de la espalda, el cuello, las piernas o la pelvis; trastornos de la articulación temporomandibular; fibromialgia; dolores de cabeza por tensión; o cualquier combinación de estas condiciones.	Ensayo controlado aleatorizado de comparación	Inventario Breve del Dolor (BPI). Para las medidas secundarias se utilizaron, se utilizaron medidas del Sistema de Medición del Instituto de Resultados Informados por el Cliente (PROMIS) y la Caja de Herramientas de los Institutos Nacionales de Salud (NIH): Depresión, ansiedad, alteración del sueño, fatiga y satisfacción con la vida Escala de Satisfacción con la Terapia y el Terapeuta (STTS-R).	TECE: Sesión Individual: Orientación al modelo, construcción de alianzas y preparación para la terapia de grupo. Sesión de grupo 1: Justificación, modelo de terapia, identificación de conexiones estrés-síntoma. Sesión Grupal 2: Modelo triángulo, experimentando ira y cercanía. Sesión Grupal 3: Emociones conflictivas en las relaciones; experimentando, expresando y liberando. Sesión de grupo 4: Revertir la autoculpabilidad y la culpa. Sesión de grupo 5: Perdonar a los demás o dejar ir. Sesión de grupo 6: Vergüenza; secretos y experiencias privadas. Sesión de grupo 7: Comunicación saludable en las relaciones. Sesión de grupo 8: revisión y planificación. TCC. La TCC enseña habilidades que incluyen entrenamiento de relajación, reevaluación cognitiva, resolución de problemas, ritmo de actividad, activación conductual e higiene del sueño. El Departamento de Asuntos de Veteranos (VA) de EE. UU. brinda capacitación nacional en TCC para el dolor crónico a través de su Programa de Capacitación en Psicoterapia Basada en Evidencia, y el manual adjunto se compone de 12 sesiones individuales de una hora.	9	90 mins	Sem anal	TECE tuvo sustancialmente más clientes que la TCC que lograron una reducción del dolor clínicamente significativa (al menos 30%) o moderada (al menos 50%), y un puñado de clientes de TECE en realidad tuvieron una reducción sustancial del dolor (al menos 70%). Además, se encontraron beneficios de magnitud pequeña a mediana a favor de TECE en todas las demás medidas de resultado en ambos puntos temporales. La superioridad de un tratamiento específico del dolor sobre una terapia alternativa legítima, especialmente la TCC, que se considera el estándar de oro, es bastante rara. Sin embargo, se sugiere que la TECE podría ser más efectiva que la TCC para reducir algunos índices de dolor crónico.
Thakur et al. (2018)	EUAA	Comparar un tratamiento estructurado y breve de TECE con una intervención de comparación basada en entrenamiento de relajación y una condición de grupo control en lista de espera.	La muestra estuvo conformada por 106 participantes, la muestra era, en promedio, femenina, joven a mediana edad (M = 36,1 años), y con síntomas de Síndrome de Intestino Irritable (SII) de gravedad moderada durante más de dos décadas.	Ensayo controlado aleatorizado de tres grupos y un solo sitio para el tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable (SII) SII	La Escala de gravedad de los síntomas del SII (IBS-SSS) La Escala de calidad de vida del SII de 34 ítems evaluó cómo el SII impacta la calidad de vida. Subescalas del Inventario Breve de Síntomas de 53 ítems evaluaron: síntomas de ansiedad, depresión y hostilidad.	Terapia de expresión y conciencia emocional (TECE): La sesión 1 incluyó una presentación del modelo y una entrevista de historia de vida, enfocándose en el vínculo entre el estrés y los síntomas del SII. La tarea involucró escritura expresiva sobre relaciones conflictivas clave. La sesión 2 se centró en experimentar y expresar recuerdos y sentimientos evitados relacionados con relaciones traumáticas o estresantes. Se identificó una situación interpersonal conflictiva, y el terapeuta alentó al cliente a experimentar emociones corporalmente y comunicar estas emociones directamente, en voz alta, con un tono de voz genuino y expresión facial y física a una "silla vacía", como si la otra persona estuviera presente. Tanto los sentimientos de poder e independencia (p. ej., ira) como los de conexión y dependencia (p. ej., tristeza, amor, culpa saludable) fueron objeto de expresión. La tarea involucró monitorear las relaciones y la comunicación indirecta o evitada. La Sesión 3 enseñó a las personas a comunicarse más directamente en las relaciones, equilibrando la comunicación asertiva con la conexión, e incluyó juegos de roles y formas de implementar la expresión emocional y las habilidades de comunicación en la vida diaria. La intervención en entrenamiento de relajación: La sesión 1 presentó el modelo y enseñó a los clientes la relajación muscular progresiva, la sesión 2 enseñó técnicas de respiración relajada y la sesión 3 enseñó imágenes guiadas. Las sesiones 2 y 3 también incluyeron técnicas de relajación aplicadas, y la sesión 3 incluyó el establecimiento de objetivos y la incorporación de habilidades de relajación en la vida diaria. Como tarea entre sesiones, los clientes escucharon una grabación de audio que los guió a través de las diversas técnicas de relajación.	3	50 mins	Sem anal	Este ensayo encontró que una terapia psicológica breve (3 sesiones) centrada en la emoción, TECE, redujo la gravedad de los síntomas del SII en comparación con el control de la lista de espera tanto después del tratamiento como a las 10 semanas de seguimiento. Por el contrario, una intervención basada en la evidencia conceptualmente diferente, la relajación entrenamiento, generó menores reducciones en los síntomas del SII que TECE y no difirió de los controles. Aproximadamente dos tercios de los clientes que recibieron TECE tuvieron mejoras clínicamente significativas en los síntomas del SII, mientras que un poco más de la mitad de los clientes que recibieron entrenamiento en relajación y alrededor del 40 % de los controles en lista de espera mostraron dicha mejoría. Estos hallazgos sugieren que TECE reduce de manera única los síntomas somáticos al enfocarse directamente en el trauma, el estrés de la vida y los procesos emocionales evitados que experimentan muchos clientes con SII

Tema: Ansiedad

Cita	País	Objetivo	Muestra	Diseño	Instrumentos	Intervención	Principales resultados			
						Componentes, técnicas y estrategias	No.	Tiempo	Periodicidad	
Timulak et al. (2022)	Irlanda	Este ECA de viabilidad tenía varios objetivos. Quería evaluar los procesos de contratación, la adherencia/competencia de los terapeutas y las tasas de retención de clientes. También buscó proporcionar estimaciones de la eficacia relativa comparativa de TFE en comparación con la TCC en el tratamiento del TAG en el contexto de un servicio de salud pública irlandés que luego podría usarse para informar los cálculos de potencia para un posible ensayo definitivo de no inferioridad.	58 participantes adultos mayores de 18 años que cumplieron con los criterios para un diagnóstico primario de TAG	Ensayo controlado aleatorizado de viabilidad	Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7) Entrevista clínica estructurada para la versión de investigación del DSM-5 (SCID-5-RV) GADSS PHQ-9 NÚCLEO-OM. La Escala de Psicoterapia Experiencial y Centrada en la Persona (Versión EFT; PCEPS-EFT). El CTSR es una medida basada en un observador de 12 ítems que evalúa el comportamiento del terapeuta en la sesión en términos de su adherencia a la TCC y su entrega competente	La TFE se enfoca en la reestructuración y transformación de esquemas emocionales problemáticos centrados en las experiencias insoportables de vulnerabilidad emocional crónica. Primero, se facilita a los clientes la tolerancia de sentimientos dolorosos específicos que intentan evitar o que les preocupan. Luego se les facilita articular las necesidades insatisfechas incrustadas en estos sentimientos dolorosos; y transformar estos sentimientos dolorosos a través de la generación de emociones adaptativas como la compasión y la ira protectora saludable La terapia ayuda a los clientes a regular sus sentimientos. Las vulnerabilidades emocionales centrales generalmente se activan a través de diálogos imaginarios con los desencadenantes de relaciones interpersonales o dolor intrapersonal, y la transformación de estas vulnerabilidades también ocurre predominantemente a través de la promulgación de experiencias adaptativas dentro de los mismos diálogos. El trabajo explícito también se dedica a los procesos de autointerrupción y al proceso de preocupación. El tratamiento de TCC implica psicoeducación, centrándose particularmente en la relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la preocupación excesiva. El tratamiento también tiene como objetivo aumentar la conciencia de las preocupaciones a través de la educación y el control de las preocupaciones, y luego mediante la exposición a situaciones de la vida real que provocan preocupaciones. Más adelante en el tratamiento, se introducen intervenciones dirigidas a la reevaluación de las creencias preocupantes y el aprendizaje de estrategias útiles para la resolución de problemas, antes de la introducción de la exposición imaginal. En el presente estudio, la exposición en vivo se introdujo como exposición imaginal dominada por el cliente. La prevención de recaídas fue el enfoque de la fase final del tratamiento e incluyó un mayor enfoque en la resolución de problemas, así como algunos ejercicios de atención plena.	16 a 20	1 hr	Semana 1	En cuanto a los análisis principales y el objetivo principal del estudio, es decir, evaluar la eficacia relativa de TFE frente a un tratamiento bien establecido para el TAG, la TCC, no encontramos diferencias entre las condiciones. Los análisis principales no mostraron diferencias, las comparaciones posteriores a la terapia y a los 6 meses borraron esta posible tendencia y las dos terapias tuvieron resultados similares. El ensayo demostró que vale la pena explorar más a fondo la provisión de una adaptación de TFE para TAG a fin de ampliar la gama de opciones de tratamiento disponibles para el público.
Marren et al. (2022)	Irlanda	Realizar sistemáticamente una investigación metaanalítica cualitativa de las experiencias de los clientes en TFE, utilizando el paradigma existente de aspectos útiles, difíciles pero útiles e inútiles de la terapia.	14 artículos. Los estudios se realizaron durante un período de 10 años desde 2011 hasta 2021 y contaron con 102 participantes con un rango de edad de 18 a 72 años.	El metanálisis cualitativo (QMA). PRISMA	El metanálisis cualitativo (QMA) es un método de análisis que sintetiza y resume todos los estudios de investigación cualitativos disponibles o un número suficiente para proporcionar una visión general de los resultados y una comprensión contextual de las similitudes o desviaciones de los estudios primarios.	Los criterios de inclusión: publicados en inglés, en una revista revisada por pares; utilizó, al menos en parte, metodología cualitativa para recopilar y analizar datos; investigó EFT individual; investigó o presentó experiencias útiles, difíciles pero útiles o inútiles de EFT desde la perspectiva del cliente. Después de la selección de estudios primarios, se identificaron, extrajeron y prepararon los datos relevantes para QMA para el análisis. Los datos extraídos se dividieron en unidades de significado (MU, la unidad de datos más pequeña que puede transmitir un significado por sí misma). A cada UM se le asignó un código, a fin de permitir el cruce e identificación de datos.	En conclusión, este QMA contribuye a la literatura existente proporcionando una síntesis completa de las experiencias de los clientes en TFE a través del paradigma de los aspectos útiles, difíciles pero útiles y no útiles de la terapia. En términos de implicaciones clínicas, los hallazgos del presente estudio sugieren que la poderosa naturaleza relacional y experiencial de TFE hace que valga la pena para los clientes, pero posiblemente demasiado intenso para un pequeño número de clientes que no pueden o no quieren involucrarse con él. Esto puede influir en el desarrollo de TFE, incluido el ajuste de las intervenciones a los clientes que lo experimentan como demasiado intenso.			

O'Brien et al. (2019)	Irlanda	Identificar y comprender temas comunes en los casos que cubren los dominios del marco TFE	14 adultos con edades comprendidas entre los 23 a 56 años	Estudio de casos múltiples con diseño cualitativo observacional, interpretativo	Escala TAG-7: evalúa el trastorno de ansiedad generalizada durante las últimas 2 semanas según el DSM-5; SCID-I: es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I del DSM-IV; SCID-II: es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del Eje I.	Los componentes que se entrenaron en este estudio fueron los dominios desencadenantes, dolor emocional central, ansiedad y aprensión, emociones secundarias, evitación emocional, comportamiento de evitación, autotratamiento problemático, necesidades insatisfechas, "procesamiento emocional", regulación o desregulación emocional. Luego, los datos de cada participante se presentaron en un formato narrativo/temático para cada sesión, y en las sesiones para cada cliente por separado, los dominios/temas se presentaron visualmente en un formato de figura, primero para cada cliente por separado y luego para los 14 clientes. Dentro de las estrategias utilizadas de TFE para TAG se utilizaron tareas experienciales, como los diálogos de sillas imaginarias para procesos autocríticos y asuntos pendientes, creando un enfoque terapéutico que se basa en la conceptualización del caso	12 a 25	1 hr	Semana I	La discusión se centra en examinar los hallazgos en el contexto de los modelos psicológicos existentes de TAG. Se discuten las implicaciones para la práctica: síntomas somáticos, aprensión/ansiedad (miedo a los desencadenantes y emociones dolorosas crónicas), evitación emocional, evitación conductual, sentimientos dolorosos centrales y necesidades insatisfechas. El presente estudio descubrió que además de centrarse en la preocupación y la ansiedad, el tratamiento debe centrarse en las emociones subyacentes, temidas y dolorosas. La TFE como terapia, se enfoca específicamente en la transformación de este tipo de emociones primarias crónicas y desadaptativas.
Timulak et al. (2018)	Irlanda	Contribuir a la planificación de un ensayo definitivo de no inferioridad que establecería la eficacia relativa de TFE en comparación con la TCC como tratamiento establecido y evaluar las tasas de reclutamiento, adherencia y retención.	60 participantes mayores de 19 años	Ensayo controlado o aleatorizado (ECA) con dos intervenciones paralelas activas (TFE y TCC).	La escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD); La escala de psicoterapia experiencial y centrada en la persona (versión TFE); Escala de Terapia Cognitiva-Revisada para la TCC; Escala de Gravedad del TAG (GADSS) SCID-5-RV; SCID-5-PD; PHQ-9; CORE-OM: CIPC-CSS	TFE La terapia se enfoca en; Una conceptualización firme del caso; La provisión de una relación calmante; La superación de la evitación (preocupación) a través de tareas experienciales que resaltan tanto el costo de la preocupación como el costo de obstruir el encuentro de propias necesidades (lo que conduce a una resolución de luchar contra la preocupación); La transformación de los sentimientos dolorosos crónicos temidos a través de tareas experienciales que generan emociones adaptativas. TCC Las estrategias que se utilizaron en TCC son: Psicoeducación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, exposición, imaginación y experimentos conductuales. La exposición se centrará en la exposición imaginaria a los resultados temidos y la exposición imaginaria y directa a la incertidumbre. También se alentará a los participantes a reevaluar sus creencias en torno a la preocupación y a desarrollar habilidades de resolución de problemas más discriminación entre los dos enfoques.	16 a 20	1 hr	Semana I	Los hallazgos del presente estudio indican que TFE es comparable a la TCC utilizando los estándares típicos de investigación en psicoterapia, un estudio de no inferioridad puede ser el próximo paso natural.
Adler et al. (2018)	Israel	Examinar el desarrollo de la alianza terapéutica en la TFE para la ansiedad social y su capacidad para predecir el resultado. El estudio se enfocó en dos preguntas principales con respecto a la alianza en TFE: ¿Cómo se desarrolla la alianza en TFE para la ansiedad social? Y ¿cómo la alianza precede temporalmente a la reducción de los síntomas en TFE para la ansiedad social?	12 clientes, 7 hombres y 5 mujeres, con edades comprendidas entre 18 y 65 años y una media de 26,75, todos ellos diagnosticados con TAS	El diseño fue experimental con condiciones.	Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional La MINI: El SPIN: evalúa los síntomas centrales de la ansiedad social, el Inventario de la Alianza de Trabajo El Working Alliance Inventory y el Inventario segmentado de la alianza de trabajo—Formulario de Observador (S-WAI-O)	TFE se basa en la combinación de elementos relacionales centrados en el cliente (consideración positiva incondicional, congruencia y empatía) con intervenciones experienciales guiadas por marcadores diseñados para facilitar el procesamiento emocional. Después de crear un vínculo fuerte con los clientes, los terapeutas de TFE identifican marcadores particulares que requieren intervenciones específicas. Por ejemplo, cuando los clientes son autocríticos, los terapeutas sugieren una intervención de diálogo en dos sillas, y cuando los clientes muestran sentimientos persistentes no resueltos hacia las figuras de apego, los terapeutas a menudo sugieren un diálogo en una silla vacía. Cuando los clientes tienen una idea vaga o poco clara de lo que sienten,	24 a 28	1 hr	Semana I	Los autores sugieren que la alianza terapéutica es un elemento terapéutico importante en TFE, sin embargo, algunos clientes demuestran un proceso de fortalecimiento constante de la alianza a lo largo del tratamiento, otros pueden exhibir un patrón de desarrollo de alianzas con abandono al tratamiento. Dentro de este estudio, se encontró que una fuerte alianza terapéutica, precedía un mejor resultado cuando ya se habían reducido los síntomas de TAS, en contraste, al no tener una reducción de síntomas severos, la alianza no se asocia a una mejora.

Anexo B. Fases de tratamiento focalizado en la emoción

A continuación se describen las fases del tratamiento con base en Greenberg y colaboradores (2015), así como los pasos más importantes en cada fase.

Fase I: Creación del vínculo

Paso 1. Atender empatizar y validar

Las metas son estar en contacto con el cliente y establecer un vínculo de colaboración cálido y empático.

El terapeuta atiende la experiencia del cliente y sintoniza empáticamente con sus sentimientos a través de comunicar comprensión, reconocer el dolor del cliente, validar experiencia interna y necesidades insatisfechas y se focaliza en el impacto emocional que los acontecimientos tienen en su vida.

Desde la primera sesión, las respuestas se centran en la experiencia emocional del cliente. Los problemas se definen en términos emocionales; emociones, sentimientos, afectos, etc. Se atiende la sensación-sentida corporalmente, teniendo como meta el acceso al esquema emocional que genera el significado emocional personal. Una vez que estas emociones emergen, se accede a las necesidades/metas/intereses alternativos, la experiencia puede ser clarificada y comprendida, y los procesos disfuncionales pueden ser modificados en el trabajo colaborativo.

Paso 2. Establecer y desarrollar un foco de colaboración

Una característica de esta terapia es que conlleva un diagnóstico procesual, la focalización se establece continuamente en el problema emocional-cognitivo y en la identificación de indicadores de los intereses emocionales presentes, así como clarificar las condiciones generadoras específicas y personales del problema.

En esta etapa se da el establecimiento de un foco y el acuerdo acerca de las metas del tratamiento. El establecimiento de un foco abarca tres aspectos:

1. Identificar los tipos de condiciones generadoras: estas pueden ser de tres tipos; dificultades al simbolizar la experiencia interna (para esta ayudar a los clientes a atender, simbolizar y reflexionar sobre la experiencia corporalmente sentida para generar un nuevo significado), relaciones problemáticas entre diferentes aspectos del sí mismo (temas de autodefinición, y autoestima como autocrítica, perfeccionismo), relaciones problemáticas entre el sí mismo y el otro (temas de vínculo e interdependencia, necesidades de separación y conexión).
2. Fomentar la conciencia de ser agente activo en la creación de la condición generadora: ayudar a comprender que la experiencia que se está viviendo no es inevitable, que está determinada por el cliente y que dejar de evitar la experiencia interna o culpabilizar a otros, para pasar a explorar la naturaleza de las propias reacciones es el camino para el cambio. Explorar con los clientes los modos como evitan o suprimen sus emociones permite la sensación de ser agentes activos en sus procesos.
3. Utilizar la condición generadora para proporcionar una explicación razonada del tratamiento: El razonamiento básico es que los sentimientos constituyen guías para la acción adaptativa, que nos proporcionan información sobre nuestras necesidades y pensamientos, por esto la importancia de identificarlos.

La formulación del caso, afirma Goldman y colaboradores (2016) resulta útil para facilitar el desarrollo de un foco y ayuda a ajustar la tarea terapéutica a los objetivos del cliente, ayudando así al establecimiento de una alianza de trabajo productiva. La formulación del caso implica los siguientes pasos:

- a. Identificación del problema presentado y del foco para el tratamiento, en colaboración con el cliente.
- b. Escuchar y explorar la narrativa del cliente sobre los problemas presentados.
- c. Recolectar información sobre las historias de apego relacionadas con la identidad, así como sobre las relaciones actuales

- d. Identificar los aspectos dolorosos de la experiencia del cliente.
- e. Observar el estilo del cliente para procesar el material emocional.
- f. Identificar los temas intrapersonales e interpersonales que contribuyen al sufrimiento.
- g. Confirmar esta comprensión con el cliente y sugerirle tareas que faciliten la resolución de los temas dolorosos.
- h. Atender y responder al procesamiento del cliente momento a momento en la sesión, para guiar las intervenciones.

Fase II: Evocar y explorar

Paso 3. Activar y evocar los sentimientos de malestar durante la sesión

Las acciones del terapeuta en esta fase se centran en el presente para poder analizar la expresión, intensificar la experiencia y evocar recuerdos. Este paso implica dos subprocesos:

1. Evocar la experiencia emocional: Acceder a la experiencia emocional requiere tipos de estimulación emocional (imaginación, metáforas, conjeturas empáticas, etc.) de los nudos que generan los esquemas, por este medio se refleja el significado emocional.
2. Prestar atención a la evitación y a los procesos de interrupción de las emociones: El rango de estos bloqueos puede ir desde la disociación hasta la evitación conductual. Tener que enfrentar aquello que causa dolor suele resultar amenazante, por esto, la importancia de aumentar la conciencia emocional sobre los procesos de interrupción, los costos y beneficios de esta. En este subproceso se ayuda a los clientes a dejar de lado las emociones secundarias (silla vacía, diálogo de dos sillas) y que están bloqueando sus emociones primarias.

Paso 4. Desplegar y explorar la experiencia de los sentimientos negativos

El tipo de intervenciones utilizadas para explorar la vivencia de los sentimientos problemáticos del cliente implican siempre un equilibrio ante la directividad del proceso y la respuesta empática. La sintonización continua con los procesos del cliente y con las sutilezas de su expresión constituyen la guía de la intervención. Explorar requiere de la concentración y de un proceso de búsqueda vivencial utilizando la propia experiencia interna y reflexionar acerca del significado de dicha vivencia. Ayudar al cliente a buscar y nombrar con precisión su experiencia constituye una función crucial del clínico que trabaja con la TFE. Responder empáticamente a ella es uno de los mejores modos que existen para ayudar a clarificar este proceso y crear un nuevo significado.

Fase III: Reestructurar la emoción

Paso 5. Acceder a los esquemas emocionales desadaptativos centrales y/o a las emociones primarias

Lo central de los procesos de cambio implica acceder a la experiencia emocional primaria y dirigir la atención del cliente hacia las necesidades/metast/alternativas basadas en las emociones que emergen:

Acceder a la emoción adaptativa primaria: En esta fase se reconocen y se experimentan las necesidades y emociones adaptativas primarias que se evitaban previamente. El cambio ocurre a partir de la emoción primaria como recurso para reorganizar la experiencia a través del esquema emocional (diálogo explícito, mejorar conciencia, validación, imaginación, psicodrama, juego de roles).

Acceder a la red de esquemas emocionales disfuncionales centrales: Reflexionar acerca de las emociones y opiniones alternativas del sí mismo y el cliente comienza a pensar que merece satisfacer sus necesidades, esto permite acceder a las emociones adaptativas y a motivar necesidades/metast/intereses nuevos, así como a nuevas organizaciones del sí mismo.

De este modo se accede a las capacidades de autocuidado y automejora, que ayudan a la capacidad de afrontamiento de la persona. Se obtienen los elementos de las creencias dependientes del estado en su forma desde su implicación emocional, en el contexto emocional significativo en el que operan, ahora pueden ser articulados y conceptualizados.

Darse cuenta de los esquemas emocionales disfuncionales y la forma en que se ve a sí mismo de cierto modo, como articulado por las creencias que de este emanan capacita a la persona para cuestionar internamente la creencia, utilizando las necesidades y recursos nuevamente

movilizados. La articulación de la creencia en la conciencia, al expresarla en voz alta durante la sesión, la deja expuesta para la reevaluación y exploración reflexiva.

Paso 6. Reestructurar: fomentando la articulación y el reto de las creencias disfuncionales, a partir de las necesidades y los recursos adaptativos

La reestructuración se lleva a cabo, esencialmente, mediante el cuestionamiento de la creencia a partir del darse cuenta del modo como está se construyó, y a partir de una sensación-sentida de los puntos de vista alternativos del sí mismo. Una vez que la creencia disfuncional, a la que se ha accedido vía activación emocional, ha sido simbolizada en un contexto emocionalmente rico, se reta desde dentro, mediante la necesidad/meta a la que se ha accedido y validado nuevamente, y mediante los recursos adicionales movilizados por esta necesidad y la utiliza para combatir la creencia y los esquemas emocionales desadaptativos.

Los clientes son capaces de proporcionarse a sí mismos el apoyo que no obtuvieron de los demás, comienzan a ser asertivos consigo mismos con base en sus necesidades/metas y recursos internos. De este modo, la creencia desadaptativa que gobernaba la experiencia del sí mismo se integra con la experiencia adaptativa a la que se ha accedido nuevamente, con lo que se forma una nueva sensación del sí mismo más fuerte y más equilibrada.

Paso 7. Apoyar y validar las posturas de autovalidación que emergen

Cuando emerge una sensación más segura, asertiva y aceptadora del sí mismo, el terapeuta reconoce y valida esta sensación y ayuda al cliente a vincularla con la vida en el ámbito social y con resolución de problemas. La sensación recientemente encontrada de autovalidación se utiliza como base para la acción en el mundo.

Después de que el cliente ha experimentado un cambio en el proceso emocional y se ha reorganizado, terapeuta y cliente colaboran sobre el tipo de acciones que podrían consolidar el cambio a través de técnicas como enseñanza experiencial para consolidar cognitiva y conductualmente los cambios de perspectiva.

Paso 8. Crear nuevos significados

La fase final de este trabajo conlleva la creación y consolidación del nuevo significado, reflexionando sobre lo que ha ocurrido y el desarrollo de una nueva narrativa, acerca del modo como la experiencia, a través de la que uno acaba de pasar, encaja o cambia la propia identidad.

El cliente construye significados alternativos y explora las implicaciones de un nuevo punto de vista que valida al sí mismo. Las metas, ahora, son clarificar una historia basada en la experiencia de uno mismo, el pasado de uno y su futuro, y fomentar acciones basadas en estos nuevos darse cuenta.

La experiencia del sí mismo se reorganiza ahora, de tal forma que la persona es capaz de simbolizar y organizar la experiencia emocional en términos de una nueva visión de éste. La opinión sobre el sí mismo y sobre el mundo, así como la vivencia de estar en este último, cambian.

Anexo C. Conceptualización focalizada en la emoción un modelo de transformación emocional para el TAG

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se considera comúnmente como un trastorno definido por una preocupación generalizada acerca de prácticamente todo, al respecto Timulak y McElvaney (2018) en su libro transformando la ansiedad generalizada, presentan la propuesta del modelo de transformación emocional para el TAG, el cual se presenta de manera sintética a continuación (Tabla 11):

Timulak y McElvaney (2018) afirman que existen desencadenantes situacionales identificables explicados por la historia personal del cliente, a los que los clientes temen porque traen sentimientos crónicos que no han sido procesados, estos desencadenantes históricos están claramente vinculados a los desencadenantes actuales, que pueden ser situaciones interpersonales y/o sociales.

Varios tipos de adversidad están presentes en las presentaciones retrospectivas en sesión de los clientes que parecen estar vinculadas a sus desencadenantes actuales. Muchas de estas experiencias llevaron a la experiencia de ser invadidos, dominados, cargados con una responsabilidad no deseada, sintiéndose avergonzados, solos, desprotegidos, etcétera. Los sentimientos que forman la base de las emociones crónicas no procesadas e insoportables que se conceptualiza como dolor central (Timulak & McElvaney, 2018).

Estos desencadenantes históricos parecen estar lógicamente vinculados a los factores estresantes actuales descrito por clientes con TAG en sus sesiones de terapia. Los factores estresantes actuales de los clientes con TAG pueden incluir sus experiencias y el miedo a estas, puede ser miedo a ser criticados, invalidados, rechazados, atacados verbal o físicamente. Algunos de los disparadores del pasado se convierten en disparadores potenciales actuales como traumas repentinos. Estos desencadenantes parecen ser percibidos como amenazas potenciales para los clientes diagnosticados con TAG, lo que lleva a los clientes a terapia es la sensación de una angustia inmanejable que en TFE se denomina angustia global, en la que se presenta un alto nivel de ansiedad vinculado a la aprensión de la activación de los desencadenantes temidos, con el correspondiente cansancio de hipervigilancia, tensión corporal, diversos dolores corporales vinculados a la tensión o constricción o insomnio (Timulak & McElvaney, 2018).

La característica más predominante es un sentimiento de desesperanza e impotencia, un temor de que la angustia y las emociones temidas subyacentes no se resuelvan ni se vuelvan más soportables. La desesperanza y la impotencia se manifiestan como resignación, un dolor emocional indiferenciado, o una tristeza profunda e ininteligible que no puede desvincularse de ningún detonante específico, ya que el vínculo con los detonantes ha quedado sepultado en una angustia indiferenciada acumulada durante semanas, meses o años (Timulak & McElvaney, 2018).

En el caso del TAG, el agotamiento y cansancio pueden estar presentes ya que la dinámica general del TAG se enfoca en una sensación de peligro continuo, lo que requiere una preparación constante que desgasta fisiológicamente a las personas con el tiempo, y con esto una pérdida de interés y motivación para participar en actividades y en algunos casos la ideación suicida (Timulak & McElvaney, 2018).

Anexo D. Intervenciones Cognitivas Conductuales para Trastorno de Ansiedad Generalizada en población adulta

Tema: Intervenciones TCC en línea para TAG en población adulta											
Cita	Título	Objetivo	Muestra	Diseño	Instrumentos	Intervención				Principales resultados	
						Componentes	Técnicas y estrategias	No. De módulos	Duración		Periodicidad
Burke et al. (2019)	Eventos útiles y obstaculizadores en el tratamiento conductual cognitivo administrado por Internet para la ansiedad generalizada	Obtener una comprensión de los eventos útiles y perjudiciales y los impactos asociados de TCCi para los síntomas del TAG	137 estudiantes de una universidad en Irlanda. Para el estudio cualitativo fueron 36 participantes. La edad osciló entre 18 y 45 años (media = 24,69)	Ensayo controlado aleatorizado (ECA): un segundo estudio con diseño cualitativo con marco descriptivo e interpretativo	GAD-7, PSWQ, BDI-II, ED-Q5 y WSAS	Un programa TCCi titulado Ansiedad calmante compuesto por seis módulos de contenido TCC para TAG que consta de componentes cognitivos, emocionales y conductuales. Se entrenaron los componentes de psicoeducación, monitoreo, reestructuración cognitiva y relajación, interacción con el colaborador		6	1 hora	Semanal	Las intervenciones TCCi contienen elementos útiles que tienen impactos relevantes. La presencia de la aplicación de estrategias de afrontamiento y cambio de comportamiento así como los aspectos interpersonales del programa fueron identificados como impactos destacados e identificados por el cliente
Eilert et al. (2021)	La efectividad del tratamiento administrado por Internet para el trastorno de ansiedad generalizada: una revisión sistemática actualizada y un metanálisis	Revisar sistemáticamente todas las intervenciones TCC proporcionadas por Internet dirigidas al trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	18 intervenciones TCC para TAG en adultos	Revisión sistemática y metanálisis	Metodología PRISMA	La mayoría de las intervenciones consistieron en ocho módulos o combinación de los siguientes: psicoeducación, ejemplos de casos o viñetas, ejercicios de atención plena y/o relajación, correos electrónicos de notificación y/o recordatorio, tarea, resúmenes, y prevención y mantenimiento de recaídas. Las técnicas cognitivas específicas incluyeron reestructuración cognitiva, distanciamiento cognitivo, registros o diarios de pensamientos y preocupaciones, monitoreo del estado de ánimo; y las técnicas conductuales incluyeron programación de actividades, experimentos conductuales, exposición graduada, exposición a preocupaciones, tiempo de preocupación programado; y deberes, reestructuración de las defensas, las técnicas de extinción, el análisis funcional, la acción valorada, la aceptación, las técnicas de experiencia del afecto, la expresión del afecto y la modificación del sesgo cognitivo		8	1 hr	Semanal	Dentro de los resultados se detectó un gran efecto sobre los síntomas de ansiedad a favor del tratamiento administrado por Internet (gramo=-0,79). Tamaños del efecto para los resultados primarios de ansiedad (gramo =0,79) y preocupación (gramo=0,75) fueron grandes, lo que confirma el valor para personas que experimentan TAG. Además, las intervenciones proporcionadas por Internet también fueron efectivas para tratar los síntomas comórbidos de la depresión, mejorar los niveles generales de funcionamiento y tener al menos algún efecto sobre la calidad de vida
Eilert et al. (2022)	Seguimiento de la terapia cognitiva conductual (TCC) proporcionada por Internet: una investigación cualitativa longitudinal del uso de las habilidades de TCC por parte de los clientes	Explorar y mapear el uso de las habilidades de TCC luego de completar el tratamiento de terapia cognitiva conductual por internet (TCCi) para la ansiedad y la depresión, administrado como parte de la atención de salud mental de rutina	241 participantes asignados al azar al grupo de tratamiento TCCi, 181 (75%) respondieron en uno de los momentos de seguimiento, la mediana de edad en esta cohorte fue de 29 años	El diseño fue cualitativo longitudinal para el uso idiosincrásico y la experiencia del uso de habilidades de TCC en 4 puntos temporales de seguimiento, de los 3 a los 12 meses	PHQ-9, GAD-7 y MINI7.0.2	Las habilidades que trabajaron fueron; la comprensión de las emociones (autocontrol y distanciamiento cognitivo), el pensamiento flexible (reencuadre/reestructuración cognitiva), la resolución de problemas, el enfrentamiento de los miedos (exposición graduada), la atención plena y la identificación, y programación de actividades agradables y motivadoras (activación conductual), dificultades específicas (p. ej., gestión de preocupaciones, higiene del sueño y experimentos de comportamiento)				Semanal	En conclusión, el estudio proporcionó evidencia de que aquellos que reciben TCCi en la atención de rutina no solo aprenden habilidades de TCC durante el tratamiento, sino que las utilizan después de que finaliza el tratamiento activo, vinculándose con hipótesis sobre el uso de habilidades postterapéuticas como mediador del mantenimiento del efecto después de la TCCi
Lawler et al. (2021)	Abandono de una intervención de terapia conductual cognitiva proporcionada por Internet para adultos con depresión y ansiedad: estudio cualitativo	Realizar una exploración en profundidad de la experiencia subjetiva del abandono del tratamiento basado en la web	Adultos de los servicios de terapias de conversación (IAPT) a 361 personas; la edad media de los participantes fue de 33,5 (DE 9,1)	Diseño cualitativo anidado en un ECA	La entrevista semi-estructurada: estuvo conformada por 4 secciones: experiencia en tecnología, motivaciones para participar en el tratamiento, contenido de intervención, y experiencias de apoyo	Todos los módulos del programa comprenden componentes cognitivos y conductuales, como el autocontrol, el registro de pensamientos, la activación conductual y la reestructuración cognitiva, junto con la incorporación de ejercicios de relajación e historias personales de usuarios anteriores del programa para ayudar a guiar a los clientes sobre cómo adaptar los conocimientos cognitivos y cognitivos aprendidos así como estrategias conductuales en sus propias vidas. Los programas también utilizaron colaboradores que monitoreaban el progreso de los clientes y brindaban retroalimentación asincrónica posterior a la sesión; esto se conoce como una revisión				Semanal	Durante el análisis de datos, surgieron 2 grupos distintos de participantes, caracterizados por las razones del cambio en la motivación para participar en el tratamiento TCCi: (1) aquellos que se sintieron listos para abandonar el tratamiento temprano (5/15, 33%) y (2) los que tenían razones negativas para su cambio de motivación (8/15, 53%); como, relación con la tecnología, motivación para comenzar, conocimientos previos y actitudes hacia TCCi
Miller et al. (2021)	Viabilidad y eficacia de una intervención de TCC digital para los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada: un estudio aleatorizado de referencia múltiple	Examinar la factibilidad en términos de retención, seguridad, adherencia y aceptabilidad; y eficacia preliminar para reducir los síntomas del TAG.	Muestra de 21 adultos con una edad media de 43 años	El diseño fue experimental de caso único (SCED) aleatorizado, de base múltiple	GAD-7 y MINI7.0.2	La intervención se realizó de manera digital por medio de Luzwww.bignealth.com/daylight: versión de iOS y Android 2019) es un programa basado en TCC completamente automatizado desarrollado específicamente para la entrega de teléfonos inteligentes		12 a 16	1hr	Semanal	Los hallazgos preliminares respaldan tanto la viabilidad como la eficacia temprana de Luz en adultos con una gravedad de los síntomas del TAG de moderada a grave. Un enfoque terapéutico digital tiene el potencial de brindar acceso completo e inmediato a nivel de la población a la autoayuda cognitiva conductual para los síntomas del TAG
Richards et al. (2020)	Un ensayo pragmático, aleatorizado y controlado por lista de espera de eficacia y rentabilidad de intervenciones digitales para la depresión y la ansiedad	Evaluar la efectividad y la rentabilidad de TCCi para la depresión y la ansiedad	430 adultos aceptaron participar en el ensayo y 361 (84%) cumplieron con todos los criterios de inclusión. La media de edad de los participantes fue 29	Se realizó un ensayo controlado aleatorizado (ECA) de 8 semanas con asignación 2:1 (intervención TCCi: control en lista de espera) y seguimiento de 12 meses en el brazo de intervención	PHQ-9 y GAD-7	El tratamiento comprende componentes cognitivos emocionales y conductuales que incluyen psicoeducación del ciclo de la ansiedad y el estado emocional, autocontrol, entrenamiento de relajación, reestructuración cognitiva, y control de resultados de preocupaciones		12	1hr	Semanal	Los resultados indican que la TCCi para la depresión y la ansiedad es eficaz y potencialmente rentable a largo plazo dentro de la IAPT. Mejorar el uso de TCCi como parte de la atención escalonada podría ayudar a mejorar los resultados de acceso a las terapias psicológicas IAPT

Tema: Intervenciones TCC presencial para TAG en población adulta

Cita	Título	Objetivo	Muestra	Diseño	Instrumentos	Intervención					Principales resultados
						Componentes	Técnicas y estrategias	No. sesiones	Duración	Periodicidad	
Falahat et al. (2022)	Determinación de la efectividad de las intervenciones de TCC basadas en el enfoque transdiagnóstico en el tratamiento de problemas comunes de salud mental	Evaluar la efectividad del enfoque TCC-T para reducir los problemas comunes de salud mental en comparación con los servicios hospitalarios en salud mental (MHSU)	300 adultos, la edad media de los participantes fue de 34,93 años (DE=10,95)	Ensayo controlado aleatorizado (ECA)	Escala de Angustia Psicológica de Kessler, BDI II, Y-BOCS y una lista de verificación de deterioro funcional desarrollada localmente la cual contenía 25 tareas diferentes	El TCC-T utilizado en este estudio constaba de ocho elementos: compromiso, educación psicológica, manejo de ansiedad (relajación), activación conductual (conseguir activo), afrontamiento/reestructuración cognitiva, exposición in vivo, exposición in vivo, exposición gradual imaginaria y seguridad (suicidio, homicidio, evaluación del peligro)		8	45 a 60 mins	Semanal	Los resultados fueron positivos de la TCC-T y aportan evidencia para cambiar el enfoque de tratamiento así como formar al personal para que adquieran las habilidades necesarias para promover la salud mental de las comunidades y reducir los problemas relacionados a esta
Kennair et al. (2021)	Cambio en los rasgos y facetas de la personalidad después de la terapia metacognitiva o la terapia cognitiva conductual para el trastorno de ansiedad generalizada	Descubrir si el tratamiento psicológico para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se asoció con cambios en los cinco grandes rasgos de personalidad y sus facetas	55 clientes (70,9% mujeres, 29,1% hombres) con diagnóstico primario de TAG. La edad media de la muestra fue de 37,45	Ensayo controlado aleatorizado (ECA)	Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R), Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWQ); Inventario de depresión de Beck (BDI)	La TCC se centró en detectar señales tempranas de ansiedad y preocupación, usar la relajación aplicada en respuesta a estas señales, ensayo de imaginación de afrontamiento, y cognitivo técnicas para desafiar creencias. La TMC se centró en desafiar las creencias metacognitivas utilizando medios verbales y experimentos conductuales		12	60 mins	Semanal	El presente estudio mostró que un tratamiento eficaz puede cambiar tanto el rasgo como el estado. Los autores concluyeron que la terapia metacognitiva (TMC) no solo redujo los síntomas de manera más eficiente que terapia cognitiva conductual (TCC), TMC también causó una mayor reducción del neuroticismo que la TCC en 12 sesiones
Laposa y Fracalanza (2019)	¿La intolerancia a la incertidumbre media en la mejora de la ira durante la TCC grupal para el TAG? Una investigación preliminar	Examinar si la terapia cognitiva conductual (TCC) grupal mejora los constructos de ira en personas con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el grado en que los cambios en la intolerancia a la incertidumbre (II) median cambios en los constructos de ira en el transcurso de la TCC para el TAG	37 participantes diagnosticados con TAG principalmente mujeres (65 %). La edad promedio fue de 38.31 años (DE =10.00)	Estudio piloto	Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWQ); Escala de intolerancia a la incertidumbre: forma abreviada; Inventario de expresión de Ira Estado-Rasgo II (STAXI-II)	Psicoeducación, reestructuración cognitiva, exposición a situaciones temidas y evitadas, reducir la búsqueda excesiva de seguridad, reducir la preparación excesiva, registros de pensamientos, resolución de problemas, experimentos de comportamiento, ejercicios, preocupación tiempo productivo contra preocupación improductiva, creencias fundamentales y prevención de recaídas		12	2hrs	Semanal	Los resultados mostraron que la mejora en la intolerancia a la incertidumbre (II) desde el pretratamiento hasta el postratamiento medio significativamente la mejora en expresión de la ira y en la expresión de la ira hacia afuera
Mahmoodi et al. (2021)	La comparación entre la TCC centrada en el perfeccionismo y la TCC centrada en la regulación emocional para personas con depresión y trastornos de ansiedad y perfeccionismo disfuncional: un ensayo controlado aleatorizado	Comparar la eficacia de la terapia cognitiva conductual para el perfeccionismo (TCC-P) y el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (UP)	64 participantes finales incluyeron 30 hombres (edad promedio 26,1 años) y 34 mujeres (edad promedio 27.0 años) con un rango de edad de 18 a 40 años	Ensayo controlado aleatorio	La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV-TR (IDCG); Depresión Ansiedad Estrés Scale-21 (DASS-21); Inventario de depresión de Beck - I (BDI-II); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Cuestionario de preocupación de Penn State (PSWO); Inventario de fobias sociales (GIRAR); Índice de sensibilidad a la ansiedad (AS); Escala de perfeccionismo multidimensional de Frost (FMPS); Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ)	La terapia conductual cognitiva para el perfeccionismo (TCC-P) e incluyeron los siguientes pasos: Sesión 1: Evaluación y motivación para el cambio: pros y contras del perfeccionismo cambiante. Sesión 2: Formulación cognitivo conductual. Sesión 3: Psicoeducación y autoseguimiento. Sesiones 4-5: Comportamientos de control, evitación y contraproducentes, experimentos conductuales y encuestas. Sesión 6: Esquema disfuncional de autoevaluación. Sesión 7: Rigidez, reglas y estándares extremos. Sesiones 8 y 9: Sesgos cognitivos: experimentos conductuales, incluidas actividades placenteras, reforzar la atención, la reestructuración cognitiva y los errores de pensamiento. Sesión 10: Resolución de problemas (incluyendo relajación/estrategias de gestión del tiempo/procrastinación). Sesión 11: Autocrítica y autocompasión. Sesión 12: Prevención de recaídas Del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico (UP) el tratamiento incluyó los siguientes pasos: Sesión 1: Psicoeducación y justificación del tratamiento. Sesión 2: Potenciación motivacional. Sesión 3: Conciencia emocional. Sesiones 4-5: Reevaluación cognitiva. Sesión 6: Prevención de la evitación emocional. Sesiones 7-8: Exposición interoceptiva. Sesiones 9-11: Exposiciones situacionales. Sesión 12: Prevención de recaídas		12	60 mins	Semanal	De los resultados se pudo deducir que si la intervención se centra únicamente en el factor de perfeccionismo como en el factor de regulación emocional, se pueden reducir los síntomas de la depresión y los trastornos de ansiedad aproximadamente en la misma medida si el perfeccionismo disfuncional y los problemas emocionales están presentes simultáneamente en el cliente

Tema: Intervenciones TCC presencial, continuación...

Cita	Título	Objetivo	Muestra	Diseño	Instrumentos	Intervención				Principales resultados
						Componentes	Técnicas y estrategias	No. sesiones	Duración	Periodicidad
Pateraki y Morris (2018)	Efectividad de la terapia cognitiva conductual para reducir la ansiedad en adultos y niños con asma: una revisión sistemática	Resumir la evidencia con respecto a la efectividad de terapia cognitivo-conductual (TCC) para reducir la ansiedad en personas con asma, con resultados presentados por separado para adultos y niños	16 clientes (doce adultos y cuatro niños) cumplieron los criterios de inclusión y fueron evaluados con criterios de calidad adaptados	Revisión sistemática	Se siguió la declaración PRISMA y la guía CRD para realizar e informar la revisión	Todos los formatos de intervención de TCC fueron elegibles (grupal, individual, informatizado, autoayuda). Los estudios incluidos examinaron las intervenciones de la TCC que involucraron tanto a los cognitivos como a los conductuales. La mejora de la ansiedad fue un factor primario objetivo de tratamiento secundario en todos los estudios		3 a 14		Semanal
Romijn et al. (2021)	Aceptabilidad, efectividad y costo-efectividad de la terapia cognitivo-conductual combinada (TCCc) versus la TCC cara a cara (TCCcac) para los trastornos de ansiedad en la atención especializada en salud mental: un ensayo controlado aleatorio de 15 semanas con un seguimiento de 1 año	Examinar la aceptabilidad, la eficacia y la rentabilidad de la terapia cognitiva conductual combinada (TCCc) frente a la terapia cognitiva conductual cara a cara (TCCcac), así como evaluar la aceptabilidad, la eficacia y la rentabilidad de la TCCc en comparación con la TCCcac en clientes con trastorno de pánico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en la atención de salud mental especializada de rutina	114 participantes diagnosticados fueron asignados aleatoriamente a TCCc (norte=52) o TCCcac (norte=62). La edad media de los participantes fue de 36,3 años	Ensayo controlado aleatorio de grupos paralelos	La Entrevista clínica estructurada para el DSM-Trastornos del IV Eje I (SCID-I), o la Mini-International Neuropsychiatric Interview, versión Plus (MINI-Plus) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Se realizaron 15 sesiones semanales de forma asincrónica en una modalidad presencial y en línea, donde se trabajaron estrategias tales como la psicoeducación, terapia cognitiva, exposición y prevención de recaídas. Para las variantes combinadas, las sesiones presenciales y en línea se integraron en un único protocolo de tratamiento combinado para cada trastorno. Las sesiones de tratamiento contenían psicoeducación (explicación del fundamento del tratamiento y procedimientos generales en terapia cognitiva), terapia cognitiva (examen de relaciones entre pensamientos, emociones y comportamiento), tareas de exposición (exposición graduada a situaciones temidas) y prevención de recaídas (identificación y adopción de estrategias para prevenir la recurrencia de los síntomas de ansiedad). El protocolo para el TAG consistió en terapia metacognitiva		15		Semanal
Simon et al. (2021)	Eficacia del yoga frente a la terapia cognitiva conductual frente a la educación sobre el estrés para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada	Examinar y comparar el mecanismo de los cambios de tratamiento del yoga kundalini (KY) y terapia cognitiva conductual (TCC) para trastorno de ansiedad generalizada (TAG)	De 538 participantes que dieron su consentimiento y fueron evaluados, 226 (edad media 33,4) con un diagnóstico primario de TAG se incluyeron en el ensayo. Un total de 155 participantes (68,6 %) completaron la evaluación posterior al tratamiento	El diseño de este estudio fue Ensayo clínico prospectivo, aleatorizado, de 3 brazos, de grupos paralelos, controlado, de un solo ensayo ciego (evaluadores enmascarados pero médicos no enmascarados) para evaluar la eficacia de 12 semanas de KY, TCC y SE para TAG, cada uno emparejado por tiempo y contacto con el médico	El cuestionario de metacognición (MCQ) y el cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ) y la Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)	El Centro de Medicina y Humanología Guru Ram Das (SBSK) desarrolló un protocolo de yoga kundalini (KY) estandarizado. El protocolo incluyó posturas y ejercicios físicos, técnicas de respiración, ejercicios de relajación, prácticas de meditación y atención plena, teoría del yoga, filosofía y psicología. La terapia cognitivo-conductual usó un protocolo TAG basado en evidencia, que incluye 5 módulos de tratamiento básicos (psicoeducación, reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, exposiciones a preocupaciones y ejercicios de exposición in vivo) y metacogniciones específicas (es decir, preocuparse por preocuparse) pero sin componentes explícitos de atención plena. La educación sobre el estrés es una condición de control estandarizada, incluyendo conferencias sobre los efectos fisiológicos, psicológicos y médicos del estrés; los efectos de los comportamientos del estilo de vida, como la cafeína, el alcohol y el tabaquismo; factores de resiliencia; y la importancia del ejercicio y la dieta. La tarea consistía en escuchar archivos de audio sobre el estrés, la nutrición y el estilo de vida, 20 min diarios		12	2 hrs	Semanal
En este ensayo, Kundalini yoga (KY) fue eficaz para el TAG, pero los resultados respaldan que la TCC sigue siendo el tratamiento de primera línea. (kundalini yoga, 60 [64,5 %]; TCC, 67 [74,4 %]; y educación sobre el estrés, 28 [65,1 %])										

Tema: Intervenciones TCC presencial, continuación...

Cita	Título	Objetivo	Muestra	Diseño	Instrumentos	Intervención					Principales resultados
						Componentes	Técnicas y estrategias	No. sesiones	Duración	Periodicidad	
Solem et al. (2021)	Terapia metacognitiva versus terapia cognitivo-conductual en adultos con trastorno de ansiedad generalizada: un estudio de seguimiento de 9 años	Evaluar los efectos observados en el seguimiento a largo plazo (8-11 años) después de completar el ensayo de Nordahl et al. (2018) en el que se compararon terapia metacognitiva (TMC) con el enfoque de terapia cognitiva conductual (TCC) de Borkovec et al. (1993) y Explorar la recuperación, la recaída, los cambios en los síntomas y el estado de diagnóstico de los clientes del estudio de Nordahl et al. (2018)	En el presente estudio, 28 clientes fueron aleatorizados a TCC y 32 a TMC a los 2 años de seguimiento, faltaban cuatro clientes, dos en cada condición (total norte=56, 93,3% de asistencia)	Ensayo controlado aleatorizado de TCM en comparación con TCC	Cuestionario de Preocupación de Penn State (PSWO); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck)	TCC siguió el manual de Borkovec y Costello (1993) y constaba de cuatro módulos: detección de señales tempranas de ansiedad y preocupación, relajación aplicada como respuesta a estas señales, ensayo imaginal de métodos de afrontamiento con desensibilización del autocontrol y TCC para creencias catastróficas y preocupación. TMC siguió el manual de Wells (2009) y constaba de cinco módulos formulación de casos y socialización, modificación de creencias sobre la incontrolabilidad y el peligro de la preocupación, cuestionamiento de las creencias positivas sobre la utilidad y las ventajas de la preocupación, implementación de estrategias de atontamiento alternativas y, finalmente, prevención de recaídas. En la intervención se realizaron 12 sesiones con una duración de 60 min semanalmente, en las cuales los componentes a trabajar fueron la detección de señales tempranas de ansiedad y preocupación, relajación aplicada como respuesta a estas señales, ensayo imaginal de métodos de afrontamiento con desensibilización del autocontrol y TCC para creencias catastróficas y preocupación		12	60 mins	Semanal	El presente estudio mostró que tanto la TCC como la TMC están asociadas con efectos a largo plazo y que la superioridad de la TMC observada en el postratamiento puede fortalecerse durante el seguimiento a largo plazo. A los 9 años, las tasas de recuperación fueron del 57 % para MCT y del 38 % para CBT (análisis completo). Después de MCT, el 43 % mantuvo su estado de recuperación y otro 14 % logró la recuperación. Después de la TCC, la tasa de recuperación sostenida fue del 13 %, mientras que otro 25 % logró la recuperación. Los clientes en la condición MCT mostraron una mejoría significativamente mayor con respecto a los síntomas de preocupación y ansiedad. En el grupo de TCC, el 23,1 % fue rediagnosticado con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en comparación con el 9,5 % en el grupo de TCM
Wilner et al. (2020)	Calidad de vida en los trastornos de ansiedad heterogéneos: cambios en los tratamientos cognitivo-conductuales	Explorar los cambios en la calidad de vida en un ensayo aleatorizado y controlado de varios tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) para los trastornos de ansiedad	223 participantes incluidos 88 para la condición de trastornos de ansiedad heterogéneos (UP), 91 para la condición de protocolos para un solo trastorno (SDP) y 44 para el grupo de lista de espera o control (WLC). Un total de 160 participantes completaron las medidas posteriores al tratamiento, con una edad media de 31,1 años (DE=11,0años)	Ensayo aleatorizado y controlado de varios tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) para los trastornos de ansiedad	ADIS; Medida de resultado primaria: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF); dominios de salud física, sentimientos subjetivos, actividades de ocio, relaciones sociales, actividades generales, medicamentos y satisfacción general con la vida; Moderadores potenciales: Cuestionario de Evitación Experiencial Multidimensional (MEAQ)	El grupo de trastornos de ansiedad heterogéneos (UP) consta de cinco módulos de tratamiento básicos: conciencia emocional consciente, flexibilidad cognitiva, contrarrestar comportamientos emocionales, conciencia y tolerancia a las sensaciones físicas y exposiciones emocionales. Estos son los módulos principales, los clientes recibieron un módulo final centrado en revisar el progreso del tratamiento y la planificación para la prevención de recaídas		16	50 a 60 mins	Semanal	Los resultados sugieren una mejor calidad de vida entre los participantes en tratamiento, a tasas similares en todas las condiciones de diagnóstico y en niveles significativamente más altos que los de la lista de espera. Las mejoras se mantuvieron durante el seguimiento de 6 meses. Este estudio apoya la TCC como eficaz en la promoción de la calidad de vida

Anexo E. Comparación de los componentes y de las técnicas para propuesta de intervención de terapia focalizada en emociones (TFE) y propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) para sintomatología ansiosa en población adulta

En la tabla E1 pueden observar los componentes, técnicas y estrategias de la TFE y la TCC para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), con el objetivo de aclarar la diferencia de las dos intervenciones, mientras que en la tabla E2, se presentan los componentes y técnicas con descripción de cada una de ellas para la propuesta de intervención de terapia centrada en emoción (TFE) para sintomatología ansiosa en población adulta y en la tabla E3, se presentan los componentes y técnicas con descripción de cada una de ellas para la propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) para sintomatología ansiosa en población adulta

Tabla E1

Comparación de los componentes y de las técnicas para propuesta de intervención de terapia focalizada en emociones (TFE) y propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) para sintomatología ansiosa en población adulta

Elementos	
TFE	TCC
Relación terapéutica Sintonización empática (Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	Psicoeducación (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)
Procesamiento emocional (Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	Manejo de ansiedad o Inoculación del estrés (Falahat et al., 2022; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)
Vulnerabilidad crónica (Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	Reestructuración cognitiva (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)
Esquemas emocionales (Glisenti et al., 2021; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	Exposición conductual (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)
Reestructuración emocional (Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	Prevención de recaídas (Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Romjin et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)

et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Psicoeducación

(Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Experimentación de emociones

Despejar un espacio

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Expresión emocional

Recuento de traumas

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Exposición emocional

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Diálogo de dos sillas

(para divisiones de conflicto de autocrítica)

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Promulgación de dos sillas

(para divisiones de autointerrupción)

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Silla vacía

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Juego de roles

(Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Reflexión

(Glisenti et al., 2021, 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020, 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Escritura reflexiva

Relajación

(Falahat et al., 2022; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)

Autorregistro

(Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021)

Análisis funcional y solución de problemas

(Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)

Exposición funcional cognitiva

(Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)

Autocontrol

(Mahmoodi et al., 2021; Romjin et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)

Imaginería

(Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Romjin et al., 2021)

Tabla E2

Componentes y técnicas con descripción de cada una de ellas para la propuesta de intervención de terapia focalizada en emoción (TFE) para sintomatología ansiosa en población adulta

Elementos TFE	Descripción breve
Relación terapéutica Sintonización empática (Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	Relación terapéutica: relación segura, focalizada en la tarea de compromiso compartido para alentar al cliente a expresarse y a explorar sus dificultades personales centrales, así como el dolor emocional. Sintonización empática: entrar y rastrear la experiencia inmediata y en desarrollo del cliente Vínculo terapéutico: comunicar empatía, comprensión y presencia al cliente (Greenberg et al., 2015 y Timulak y McElvaney, 2018)
Procesamiento emocional (Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	El terapeuta trabaja con los clientes para ayudarlos a acceder, tolerar y regular, así como a aceptar sus emociones. La aceptación de la experiencia emocional, como opuesta a su evitación, es el primer paso, una vez aceptada la emoción, en vez de haber sido evitada, el terapeuta ayuda al cliente a identificar el objetivo/necesidad/no resuelta, así como al esquema emocional, se reorganiza el esquema a través de experimentar emociones adaptativas con base en la necesidad, generando compasión e ira protectora para cubrir esas necesidades, por último se vive un duelo por las heridas emocionales pasadas y se reorganiza e integra un self empoderado (Greenberg et al., 2015 y Timulak y McElvaney, 2018)
Vulnerabilidad crónica (Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	Dolor emocional central (temido), Son experiencias insoportables de; soledad/tristeza, vergüenza y miedo. Estas indican una necesidad insatisfecha de conexión, pertenencia o comodidad y las tres emociones dolorosas centrales se superponen (Timulak y McElvaney, 2018)
Esquemas emocionales (Glisenti et al., 2021; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	Se conciben como la fuente primaria de experiencia, que funcionan rápida e implícitamente para producir la experiencia sentida y la tendencia a la acción en forma automática Los esquemas emocionales están basados en respuestas emocionales intrínsecas, pero éstas se acoplan con el aprendizaje de organizaciones internas más complejas, que incluyen la cognición (Greenberg et al., 2015 y Timulak y McElvaney, 2018)
Reestructuración emocional (Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)	Transformación de la vulnerabilidad emocional crónica con nuevas experiencias emocionales adaptativas a través de una secuencia de pasos del procesamiento emocional (Greenberg et al., 2015 y Timulak y McElvaney, 2018)

Psicoeducación

(Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Consiste en la explicación, por parte del profesional tratante al cliente, de conceptos fundamentales del cuadro clínico y del encuadre de tratamiento (Ibáñez y Manzanera, 2011)

Experimentación de emociones*Despejar un espacio*

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Se invita al cliente a recurrir a una sensación corporal sentida de sus preocupaciones y luego estas se dejan de lado con imaginación, el proceso se repite hasta que el cliente experimenta una sensación de alivio. Esto permite a los clientes acceder al dolor emocional a través de la identificación y sensación de la emoción primaria (Greenberg et al., 2015 y Timulak y McElvaney, 2018)

Expresión emocional*Recuento de traumas*

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Una vez que la emoción primaria es sentida, el cliente reconecta con las necesidades no satisfechas que están siendo señaladas por la emoción. Simbolizar la experiencia emocional básica en palabras, brinda el acceso a la información adaptativa y a la tendencia a la acción que hay en la emoción. Es importante recalcar que el darse cuenta emocional no es pensar sobre el sentir, implica el sentir la emoción en la toma de conciencia

Recuento de traumas: Acceder a la experiencia de vida dolorosa y a través de la sintonía empática el terapeuta acompaña al cliente a permanecer en el trauma, para experimentar las emociones, detectar elementos de la situación y después generar puntos de vista alternativos del trauma (Greenberg et al., 2015 y Timulak y McElvaney, 2018)

Exposición emocional

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Evocar la experiencia emocional para acceder a la experiencia emocional y prestar atención a la evitación y a los procesos de interrupción de las emociones: El rango de estos bloqueos puede ir desde la disociación hasta la evitación conductual. Tener que enfrentar aquello que causa dolor suele resultar amenazante, por esto, la importancia de aumentar la conciencia emocional sobre los procesos de interrupción, los costos y beneficios de esta. En este subproceso se ayuda a los clientes a dejar de lado las emociones secundarias (silla vacía, diálogo de dos sillas) y que están bloqueando sus emociones primarias.

(Greenberg et al., 2015 y Timulak y McElvaney, 2018)

Diálogo de dos sillas

(para divisiones de conflicto de autocrítica)

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Esta técnica se aplica si el terapeuta identifica un conflicto de autocrítica. El cliente representa autotratamientos problemáticos para acceder a los sentimientos dolorosos centrales e identifica las necesidades, esta representación facilita la defenderse del maltrato frente a sí mismo y disminuir el dolor (Timulak y McElvaney, 2018)

Promulgación de dos sillas

(para divisiones de autointerrupción)

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Esta técnica se aplica si el terapeuta identifica una autointerrupción, un bloqueo que no permite expresar una fuerte emoción a otro, por culpa, vergüenza o principios interiorizados que guían la expresión de la emoción, en este escenario el cliente representa el interruptor, experimenta el costo de esta (Timulak y McElvaney, 2018)

Silla vacía

(Glisenti et al., 2021; Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Esta técnica se aplica si se presenta el marcador de asuntos pendientes, una herida emocional persistente y no resulta relacionada con otro emocionalmente significativo. Se invita al cliente a expresar su dolor al otro en un diálogo representado (Timulak y McElvaney, 2018)

Juego de roles

(Torres et al., 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Thakur et al., 2018 y Adler et al., 2018)

Es una técnica en la cual se simula una situación que representa la vida real

Reflexión

(Glisenti et al., 2021, 2020; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021; Yarns et al., 2020, 2018; Timulak et al., 2022; O'Brien et al., 2019; Timulak et al., 2018 y Adler et al., 2018)

La reflexión nos ayuda a crear un nuevo significado y a desarrollar una nueva narrativa para explicar la experiencia (Greenberg et al., 2015)

Escritura reflexiva

(Glisenti et al., 2021; Glisenti et al., 2018; Maroti et al., 2021 y Adler et al., 2018)

La escritura en la que se expresa la experiencia emocional, es un proceso, en el que las emociones, los sentimientos, las necesidades, la experiencia, los pensamientos y metas de diferentes partes del self son identificados, reorganizados y resignificados, el resultado de este proceso es un profundo auto conocimiento experiencial (Greenberg et al., 2015)

Tabla E3

Componentes y técnicas con descripción de cada una de ellas para la propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual (TCC) para sintomatología ansiosa en población adulta

Elementos TCC	Descripción breve
Psicoeducación (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	Consiste en la explicación, por parte del profesional tratante al cliente, de conceptos fundamentales del cuadro clínico y del encuadre de tratamiento (Ibáñez y Manzanera, 2011)
Manejo de ansiedad o Inoculación del estrés (Falahat et al., 2022; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	La inoculación del estrés es un procedimiento diseñado para el manejo de las situaciones productoras de estrés (ansiedad, ira, enfado, etc.). Su objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan: Disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica. Sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un conjunto de pensamientos positivos (autoinstrucciones) que sirven para afrontar el estrés. Identificar situaciones estresantes y prepararnos para afrontarlas en el futuro: Entrenamiento en relajación y respiración profunda. Entrenamiento auto instruccional (autoinstrucciones) para contrarrestar los pensamientos automáticos habituales. (Ibáñez y Manzanera, 2011)
Reestructuración cognitiva (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	La RC consiste en que el cliente, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por pensamientos racionales y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros. El terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para que los clientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos distorsionados y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Bados y García, 2010)
Exposición conductual (Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	Técnica de exposición (Gómez, 2014). El terapeuta y el cliente pueden hacer un listado de situaciones activantes y practicar algunas en las sesiones de terapia y hacer un contrato para experiencias específicas en vivo con el fin de fomentar las aplicaciones y transferir las habilidades
Prevención de recaídas (Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Romjin et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)	Valorar y reforzar el trabajo (Caballo, 2007)

Relajación

(Falahat et al., 2022; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)

La relajación progresiva entraña la tensión y luego la relajación sistemática de varios grupos de músculos por medio de alguno de los procedimientos disponibles en la literatura (Caballo, 2007)

Autorregistro

(Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021)

Autorregistro de las reacciones de ansiedad: señales situacionales y experienciales de la activación ansiosa, autorregistro emocional (Caballo, 2007)

Análisis funcional y solución de problemas

(Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Simon et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)

Análisis funcional y solución de problema

El modelo cognitivo-conductual ayuda a entender mejor el problema desmenuzándolo en diferentes áreas a evaluar: • Estímulos disparadores. • Pensamientos. • Emociones y síntomas físicos. • Conducta. • Consecuencias. • Organismo y factores medioambientales (Ibáñez y Manzanera, 2011)

Análisis conductual y al entrenamiento en darse cuenta de las situaciones asociadas a las preocupaciones. Orientación hacia el problema y habilidades de solución de problemas (Caballo, 2007)

Exposición funcional cognitiva

(Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Mahmoodi et al., 2021; Pateraki y Morris, 2018; Romjin et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)

La exposición funcional cognitiva se emplea para preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables que no se apoyan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables y su relación con la evitación (Caballo, 2007)

Autocontrol

(Mahmoodi et al., 2021; Romjin et al., 2021; Solem et al., 2021; Wilner et al., 2021)

Autoobservación, autoinstrucción, planificación y programación de consecuencias (Ibáñez y Manzanera, 2011)

Imaginería

(Falahat et al., 2022; Kennair et al., 2021; Laposa y Fracalanza, 2019; Romjin et al., 2021)

Imaginería mental (Ibáñez y Manzanera, 2011)

Representaciones mentales que dan la experiencia de percepción sin la presencia de un estímulo sensorial aferente, por lo cual podemos considerarlo un fenómeno subjetivo

Anexo F. Dictamen del Comité de ética e investigación del ICSa de la UAEH



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Coordinación de Investigación
Area of Research

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 21 de junio de 2023
Oficio Comité ICSa «188» / 2023
Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

Juárez Gutiérrez Zindy
Investigador Principal
Correo: juv00101@uaeh.edu.mx

PRESENTE

Título del Proyecto: Comparación de un programa cognitivo conductual con uno focalizado en las emociones para disminuir los síntomas de ansiedad en adultos.

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Decisión
«Aprobado»

Este protocolo tiene vigencia del 21 de junio de 2023 al 21 de junio de 2024.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso de avance de su proyecto al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le rogamos atender las indicaciones realizadas por el revisor, y enviar nuevamente una versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación.

Atentamente

Dra. Itzia María Cazares Palacios
Presidenta del Comité

Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud: [a:ivw6f+/j/bn](https://sites.google.com/view/comitee-icsa/validador-de-documentos)
<https://sites.google.com/view/comitee-icsa/validador-de-documentos>



Circuito «Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México, C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4306
investigacion_icsa@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
School of Medical Sciences
Coordinación de Investigación
Area of Research

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo a 21 de junio de 2023
Oficio Comiteei.icsa «188» / 2023
Asunto: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN.

Juárez Gutiérrez Zindy
Investigador Principal
Correo: juv00101@uaeh.edu.mx

PRESENTE

Título del Proyecto: Comparación de un programa cognitivo conductual con uno focalizado en las emociones para disminuir los síntomas de ansiedad en adultos.

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

Decisión
«Aprobado»

Este protocolo tiene vigencia del 21 de junio de 2023 al 21 de junio de 2024.

En caso de requerir una ampliación, le rogamos tenga en cuenta que deberá enviar al Comité un reporte de progreso de avance de su proyecto al menos 60 días antes de la fecha de término de su vigencia.

Le rogamos atender las indicaciones realizadas por el revisor, y enviar nuevamente una versión corregida de su protocolo para una nueva evaluación.

Atentamente


Dra. Itzia María Cazares Palacios
Presidenta del Comité

Para la validación de este documento, informe el siguiente código en la sección Validador de documentos del sitio web del Comité de Ética e Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud: «iwb6r/jbu»
<https://sites.google.com/view/comiteei-icsa/validador-de-documentos>



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México, C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 4306
investigacion_icsa@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Anexo G. Cartas descriptivas de la intervención con enfoque focalizado en la emoción para disminuir la ansiedad en adultos

A continuación se presentan las cartas descriptivas de cada una de las trece sesiones, las cuales presentan de manera didáctica la planeación de cada sesión para el logro del objetivo de cada una de ellas y el logro dosificado del objetivo general:

Sesión 1					
Nombre:	Encuadre de la intervención con enfoque focalizado en la emoción				
Objetivo:	Identificar síntomas y problemas de ansiedad para encuadrar la intervención con base en el enfoque focalizado en la emoción				
Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio	30 mins			
	I Presentación				
	II Identificación de síntomas y problemas				Sesión inicial
	Desarrollo	20 mins			
	III Explicación breve sobre la ansiedad desde el enfoque focalizado en la emoción y la intervención propuesta		Psicoeducación		Explicación breve sobre la ansiedad desde el enfoque focalizado en las emociones y la intervención propuesta
	Cierre	20 mins			
	IV Dudas, preguntas				
	V Acuerdo de objetivo terapéutico y metas				
	VI Síntesis				
	Tarea	10 mins			
	VII Registro diario				Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 2
Experimentando emociones primarias

Nombre: _____
Objetivo: Identificar emociones primarias para comprender su función adaptativa con base en la exposición emocional

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
Procesamiento emocional	Desarrollo				
	III Explicación breve sobre las emociones primarias adaptativas	10 mins	Psicoeducación		
	IV Experimentación de emociones	15 mins	Experimentación de emociones	Despejar un espacio	Explicación breve sobre las emociones primarias adaptativas
	V Identificación de las emociones primarias	15 mins			
Vulnerabilidad crónica	VI Reflexión		Reflexión		
		10 mins			
	Cierre				
	VII Síntesis y dudas	10 mins			Registro emocional
	Tarea				
	VIII Registro emocional	10 mins			
	IX Registro diario				Registro diario

Sesión 3

Nombre: Identificando la vulnerabilidad emocional crónica o dolor central

Objetivo: Identificar la vulnerabilidad emocional crónica o dolor central con base en la experimentación de emociones primarias y su relación con los esquemas emocionales

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
Procesamiento emocional	Desarrollo				
	III Experimentación de emociones	10 mins	Experimentación de emociones	Despejar un espacio	Identificación de elementos principales con base en la experimentación de emociones
	IV Identificación del dolor central en situaciones cotidianas	20 mins			
Vulnerabilidad crónica	V Explicación breve sobre esquemas emocionales y su relación con la vulnerabilidad emocional crónica	10 mins	Psicoeducación		Modelo de transformación emocional para la ansiedad
	VI Reflexión	10 mins	Reflexión		Explicación breve sobre esquemas emocionales y su relación con la vulnerabilidad emocional crónica
	Cierre				
Esquemas emocionales	VII Síntesis y dudas	10 mins			Información para la reflexión sobre esquemas emocionales y ansiedad
	Tarea				Registro emocional
	VIII Registro emocional	10 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	IX Registro diario				

Sesión 4

Nombre: Experimentando los desencadenantes emocionales y los procesos de evitación emocional
 Objetivo: Identificar los desencadenantes emocionales históricos de la vulnerabilidad emocional crónica para comprender los procesos de evitación emocional y marcadores del participante con base en el procesamiento emocional.

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
	Desarrollo				
	III Reflexión sobre el procesamiento emocional	10 mins	Experimentación de emociones		Modelo de transformación emocional para la ansiedad
	IV Identificación de los procesos de evitación emocional y marcadores del participante	40 mins			
	V Explicación breve sobre la relación entre procesos de evitación emocional y marcadores para el procesamiento emocional	5 mins	Psicoeducación		Procesos de evitación emocional cognitivos y conductuales
	VI Reflexión	5 mins	Reflexión		Respuestas del participante
Procesamiento emocional					Marcadores en procesos de evitación emocional cognitivos y conductuales
					Notas del terapeuta
Vulnerabilidad crónica	Cierre				
	VII Síntesis y dudas	5 mins			
	Tarea				
	VIII Registro diario	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 5

Nombre: Integrando la experiencia emocional
 Objetivo: Integrar las problemáticas actuales de ansiedad desde los procesos de evitación emocional para identificar situaciones de preocupación, autocrítica, auto interrupción y asuntos pendientes con base en la reflexión

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
	Inicio				
	I Saludo y revisión conjunta de tarea. II Encuadre de la sesión	5 mins 5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
Relación terapéutica	Desarrollo				Estructura de la sesión
	III Síntesis de las 4 sesiones anteriores	5 mins			
Vulnerabilidad crónica	IV Con base en los procesos de evitación emocional identificar las principales problemáticas de ansiedad en el presente del participante	35 mins	Expresión emocional		Modelo de transformación emocional para la ansiedad
	V Reflexión sobre las problemáticas actuales de ansiedad desde los procesos de evitación emocional	15 mins			Problemáticas actuales de ansiedad desde los procesos de evitación emocional
Procesamiento emocional	VI Identificación y acuerdos sobre las situaciones que se abordaran en las siguientes cuatro sesiones (preocupación, autocrítica, auto interrupción y asuntos pendientes)		Reflexión		Respuestas del participante
		5 mins			Listado (1 o 2) Situaciones de autocrítica, auto interrupción y asuntos pendientes
Reestructuración emocional	Cierre				
	VII Síntesis y dudas	5 mins			
	Tarea				
	VIII Registro diario	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 6

Nombre: Experimentando la preocupación como proceso de evitación emocional
 Objetivo: Experimentar la preocupación como proceso de evitación emocional para acceder al dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica con base en los desencadenantes emocionales históricos de esta.

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo y revisión conjunta de tarea	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión				Estructura de la sesión
Vulnerabilidad crónica	Desarrollo				
	III Desencadenantes emocionales de procesos de evitación cognitiva de preocupación	5 mins	Experimentación de emociones	Dialogo de las dos sillas	Diálogo de las dos sillas
	IV Diálogo de las dos sillas (Dialogo de la preocupación)	50 mins	Expresión emocional		Pasos en el dialogo de la preocupación
Reestructuración emocional	V Función de la preocupación y costos	15 mins	Reflexión	Escritura reflexiva	Nota 1
	Cierre				
	VI Síntesis y dudas				
Tarea		5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	VII Registro diario				

Sesión 7

Nombre: Superando la evitación diferenciando aspectos de la experiencia dolorosa
 Objetivo: Experimentar la auto interrupción como proceso de evitación emocional para acceder y el dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica con base en el procesamiento emocional.

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo y revisión conjunta de tarea II Encuadre de la sesión	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
Procesamiento emocional					Estructura de la sesión
Vulnerabilidad crónica	Desarrollo				
	III Desencadenantes emocionales de procesos de evitación cognitiva de autointerrupción	5 mins	Experimentación de emociones	Promulgación de las dos sillas	Pasos para la técnica de focusing y despejar un espacio en el contexto de la estrategia del diálogo de las dos sillas
Reestructuración emocional	IV Promulgación de las dos sillas	50 mins	Expresión emocional	Escritura reflexiva	
	V Función de la autointerrupción y costos	15 mins	Reflexión		
					Nota 2
	Cierre				
	VI Síntesis y dudas				
	Tarea	5 mins			
	VII Registro diario				Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 8

Nombre: Experimentando la autocrítica como proceso de evitación emocional

Objetivo: Experimentar la autocrítica como proceso de evitación emocional para acceder al dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica con base en los desencadenantes emocionales históricos de esta.

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo y revisión conjunta de tarea	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión				Estructura de la sesión
Vulnerabilidad crónica	Desarrollo				
	III Desencadenantes emocionales de procesos de evitación cognitiva de autocrítica	5 mins	Experimentación de emociones	Dialogo de las dos sillas	
	IV Dialogo de las dos sillas	50 mins	Expresión emocional		Diálogo de las dos sillas para autocrítica
Procesamiento emocional	V Función de la preocupación y costos			Escritura reflexiva	
		15 mins	Reflexión		Nota 3
	Cierre				
Reestructuración emocional	VI Síntesis y dudas				
	Tarea	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	VII Registro diario				

Sesión 9

Nombre: Experimentando heridas o lesiones emocionales como proceso de evitación emocional ante asuntos pendientes

Objetivo: Experimentar las heridas o lesiones emocionales por asuntos pendientes como proceso de evitación emocional para acceder al dolor emocional central o vulnerabilidad emocional crónica con base en los desencadenantes emocionales de esta.

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo y revisión conjunta de tarea II Encuadre de la sesión	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
Procesamiento emocional	Desarrollo				Estructura de la sesión
Vulnerabilidad crónica	III Desencadenantes emocionales de procesos de evitación cognitiva de heridas o lesiones emocionales por asuntos pendientes	5 mins	Experimentación de emociones		Diálogo de la silla vacía para heridas o lesiones emocionales por asuntos pendientes
	IV Dialogo de la silla vacía	50 mins	Expresión emocional	Dialogo de la silla vacía	
Reestructuración emocional	V Función de las heridas o lesiones emocionales por asuntos pendientes y sus costos	15 mins	Reflexión	Escritura reflexiva	Nota 4
	Cierre				
	VI Síntesis y dudas	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	Tarea				
	VII Registro diario				

Sesión 10

Nombre: Necesidades insatisfechas y experiencias emocionales alternativas
 Objetivo: Expresar las necesidades insatisfechas para identificar experiencias alternativas y adaptativas que permitan transformar el dolor emocional central en autocompasión e ira protectora

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo y revisión conjunta de tarea	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			
Procesamiento emocional	Desarrollo				Estructura de la sesión
	III Necesidades insatisfechas	10 mins	Experimentación de emociones		Listado de necesidades insatisfechas
Vulnerabilidad crónica	IV Experiencias alternativas y adaptativas	10 mins	Expresión emocional		Identificación de necesidades insatisfechas, procesos de evitación emocional y experiencias alternativas adaptativas
Reestructuración emocional	V Transformar el dolor emocional central en autocompasión e ira protectora	25 mins	Exposición emocional	Escritura reflexiva	
	VI Reflexión	20 mins	Reflexión		
					Experiencias alternativas para autocompasión e ira protectora
					Nota 5
	Cierre				
	VI Síntesis y dudas	5 mins			
	Tarea				
	VII Registro diario				Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 11

Nombre: Experimentando emociones ante la autocompasión y la ira protectora
 Objetivo: Experimentar emociones adaptativas ante la aceptación amor validación conexión y protección con base en la autocompasión e ira protectora

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo y revisión conjunta de tarea	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			
Procesamiento emocional	Estructura de la sesión				
	Desarrollo				
Vulnerabilidad crónica	III Transformar el dolor emocional central en autocompasión e ira protectora	45 mins	Experimentación de emociones	Dialogo de la silla vacía	Silla vacía para una lesión emocional
	IV Reflexión	20 mins	Expresión emocional		
Reestructuración emocional			Exposición emocional	Escritura reflexiva	Elementos para identificar posibles experiencias emocionales alternativas
			Reflexión		
	Cierre				
	V Síntesis y dudas				
	Tarea	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	VI Registro diario				

Sesión 12

Nombre: Empoderamiento desde el enfoque focalizado en la emoción con base en la ansiedad
 Objetivo: Reflexionar acerca de las necesidades insatisfechas y su relación con la sintomatología de la ansiedad con base en la intervención focalizada en emociones

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				Registro diario para ansiedad en adultos
	I Saludo y revisión conjunta de tarea	5 mins			
	II Encuadre de la sesión	25 mins			
Procesamiento emocional	Desarrollo				Estructura de la sesión
	III Empoderamiento desde el sí mismo o self	20 mins	Experimentación de emociones		Elementos para identificar posibles experiencias emocionales alternativas
Vulnerabilidad crónica			Expresión emocional	Escritura reflexiva	
	IV Reflexión	20 mins	Exposición emocional		Nota 6 Nota 7
Reestructuración emocional			Reflexión		Vulnerabilidad emocional crónica
					Carta a mi ansiedad
	Cierre				
	V Síntesis y dudas				
	Tarea	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	VI Registro diario				

Sesión 13

Nombre: Cierre de la intervención con enfoque focalizado en la emoción
 Objetivo: Valorar la disminución de la sintomatología ansiosa para identificar las experiencias de cambio del participante con base en la intervención focalizada en la emoción

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Relación terapéutica	Inicio				
	I Saludo	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Encuadre de la sesión
	Desarrollo				
	III Prevención de recaídas desde las emociones primarias y su función adaptativa	20 mins	Psicoeducación		Explicación breve sobre las emociones primarias adaptativas
	IV Experimentación de las emociones primarias	30 mins	Experimentación de emociones		
	Cierre				
	V Reflexión	15 mins	Reflexión	Escritura reflexiva	
	VI Síntesis y dudas				Aprendizajes por sesión
	Tarea				
	VII Registro diario	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos

Anexo H. Trece cartas descriptivas de la intervención con enfoque cognitivo conductual para disminuir la ansiedad en adultos

A continuación se presentan las cartas descriptivas de cada una de las trece sesiones, las cuales presentan de manera didáctica la planeación de cada sesión para el logro del objetivo de cada una de ellas y el logro dosificado del objetivo general:

Sesión 1

Nombre:

Encuadre de la intervención con enfoque cognitivo conductual

Objetivo:

Identificar síntomas y problemas de ansiedad para encuadrar la intervención con base en el enfoque cognitivo conductual

Estructura de la sesión

Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Psicoeducación	Inicio I Presentación II Identificación de síntomas y problemas: Preguntas para evaluación de los diferentes tipos de estímulos provocadores de la ansiedad	40 mins			Primera sesión
	Desarrollo III Explicación breve sobre la ansiedad desde el enfoque cognitivo y la intervención propuesta	20 mins	Psicoeducación		
Manejo de la ansiedad	Cierre IV Dudas, preguntas V Acuerdo de objetivo terapéutico y metas VI Síntesis	10 mins			Explicación breve sobre la ansiedad desde el enfoque cognitivo conductual y la intervención propuesta
	Tarea VII Registro diario	10 mins		Autorregistro	Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 2

Nombre: Mis preocupaciones

Objetivo: Identificar las principales preocupaciones para distinguir entre preocupación productiva e improductiva con base en el autorregistro de preocupaciones

Estructura de la sesión						
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material	
Psicoeducación	Inicio					
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos	
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión	
	Desarrollo					
	III Fase evocativa de la terapia cognitiva de Clark & Beck:		Psicoeducación		Explicación breve sobre la preocupación desde la perspectiva cognitiva	
Manejo de la ansiedad	a. Formación sobre la perspectiva cognitiva de la preocupación;	20 mins				
	b. Identificación de principales preocupaciones del participante	20 mins	Análisis funcional			
	c. Distinción entre preocupación productiva e improductiva	15 mins			Listado de preocupaciones y su análisis	
	Cierre					
	IV Síntesis y dudas	5 mins			Autorregistro de preocupaciones	
	Tarea					
	V Registro de preocupaciones	10 mins		Autorregistro o automonitoreo	Registro diario para ansiedad en adultos	
	VI Registro diario					

Sesión 3

Nombre: Situaciones activantes

Objetivo: Identificar situaciones activantes para practicar la solución de problemas ante la preocupación e incertidumbre

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Manejo de la ansiedad	Inicio				
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
	Desarrollo				
	III Integración de elementos de la fase evocativa y la del procesamiento automático de la terapia cognitiva de Clark & Beck:	50 mins	Análisis funcional		Contenido de las preocupaciones
	▪ Contenido de las preocupaciones del participante		Solución de problemas		Valoración de habilidades para la solución de problemas
	Cierre				
	IV Síntesis y dudas	10 mins			Autorregistro de preocupaciones
	Tarea				
	V Registro de preocupaciones	10 mins		Autorregistro	Registro diario para ansiedad en adultos
	VI Registro diario				

Sesión 4

Nombre: Errores de pensamiento y esquemas maladaptativos

Objetivo: Identificar los errores de pensamiento y los esquemas maladaptativos para analizar su relación con la ansiedad con base en la psicoeducación

Estructura de la sesión						
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material	
Psicoeducación	Inicio					
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos	
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión	
Manejo de la ansiedad	Desarrollo					
	III Integración de elementos de la fase evocativa y el procesamiento automático de la terapia cognitiva de Clark & Beck:	15 mins	Psicoeducación		Explicación breve sobre esquemas maladaptativos tempranos y su relación con la ansiedad	
	a. Explicación breve sobre los errores de pensamiento y los esquemas maladaptativos tempranos;	35 mins	Análisis funcional		Principales errores de pensamiento	
Reestructuración cognitiva	b. Identificación de los errores de pensamiento y esquemas maladaptativos del participante y su relación con la ansiedad				Identificación de esquemas maladaptativos y creencias	
	Cierre					
	IV Síntesis y dudas	10 mins			Autorregistro de preocupaciones	
	Tarea					
	V Registro de preocupaciones	10 mins		Autorregistro	Registro diario para ansiedad en adultos	
	VI Registro diario					

Sesión 5

Nombre: Integrando la perspectiva cognitiva
 Objetivo: Integrar las problemáticas actuales de ansiedad para identificar errores de pensamiento y esquemas maladaptativos con base en el modelo cognitivo

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Manejo de la ansiedad Etapa II	Inicio				
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
	Desarrollo				
	III Fase de procesamiento automático de Clark & Beck: ✓ Técnicas de enfrentamiento directo: Recolección de la mayor cantidad de información posible sobre el estresor o activante de ansiedad	35 mins	Manejo de la ansiedad Etapa II		Técnicas de enfrentamiento directo
Reestructuración cognitiva	IV Presentación del modelo cognitivo de ansiedad con los datos del participante (Formulación del caso)			Autocontrol	Presentación y análisis del caso
	V Presentación de las técnicas cognitivas y conductuales de las siguientes sesiones (sesión 6 a la 12)	15 mins	Reestructuración cognitiva		Presentación de la fase 3; elaboración del pensamiento
	Cierre				
	VI Síntesis y dudas	10 mins			Resumen de sesión (estrategia SQA)
	Tarea				
	VII Registro de preocupaciones	10 mins		Autorregistro	Autorregistro de preocupaciones
	VIII Registro diario				Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 6

Nombre: Reestructurando las creencias de preocupación

Objetivo: Reestructurar las creencias acerca de la preocupación para reducir la confianza en las estrategias disfuncionales de control y promover respuestas de control que sean más adaptativas

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Manejo de la ansiedad	Inicio				Registro diario para ansiedad en adultos
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
	Desarrollo		Manejo de la ansiedad		Creencias asociadas a la preocupación
Reestructuración cognitiva	III Fase de elaboración del pensamiento de Clark & Beck:	30 mins	Etapa II		Características de la preocupación patológica y productiva
	a) Reestructuración cognitiva de las creencias de preocupación	25 mins	Reestructuración cognitiva	Autocontrol	Estrategias de control de la preocupación en el TAG
	b) Estrategias de control positivas de la preocupación				Ejemplos de estrategias negativas y positivas de control de la preocupación
	c) Revalorar la amenaza				Revalorizar la amenaza
	d) Relajación				
	Cierre				Resumen de esta sesión (estrategia SQA)
	IV Síntesis y dudas	10 mins			
	Tarea				Autorregistro de preocupaciones
	V Registro de preocupaciones	5 mins		Autorregistro	Registro diario para ansiedad en adultos
	VI Registro diario				

Sesión 7

Nombre: La relajación como estrategia de control positiva
 Objetivo: Practicar la relajación como estrategia de control positiva de la preocupación para prevenir recaídas

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Manejo de la ansiedad	Inicio				
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
Reestructuración cognitiva	Desarrollo				
	III Fase de elaboración de pensamiento de Clark & Beck:	30 mins	Manejo de la ansiedad		Ejemplos de estrategias negativas y positivas de control de la preocupación
	a. Estrategias de control positivas de la preocupación	25 mins	Relajación		
	b. Relajación				Registro semanal de relajación muscular progresiva
	Cierre				
	IV Síntesis y dudas	10 mins			Autorregistro de preocupaciones
	Tarea				
	V Registro de preocupaciones	5 mins		Autorregistro	Registro diario para ansiedad en adultos
	VI Registro diario				

Sesión 8

Nombre: Disminuyendo la amenaza y la vulnerabilidad
 Objetivo: Reestructurar los esquemas de amenaza general y vulnerabilidad personal para modificar la tendencia a iniciar las interpretaciones automáticas exageradas durante los episodios de preocupación

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Manejo de la ansiedad	Inicio				
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
	Desarrollo				
	III Retomar el ejercicio de relajación y su registro para posibles dudas elaboración de pensamiento de Clark & Beck: Reestructuración cognitiva de las creencias de amenaza y vulnerabilidad personal	20 mins			Contenido de las valoraciones erróneas de amenaza y vulnerabilidad
Reestructuración cognitiva	a) Contenido de las valoraciones erróneas de amenaza y vulnerabilidad	10 mins	Análisis funcional	Autocontrol	Comprobación de valoraciones ansiosas
	b) Comprobación de valoraciones ansiosas				
	c) Análisis costo-beneficio del pensamiento o creencia ansiosas		Manejo de la ansiedad Etapa II		Análisis costo-beneficio del pensamiento o creencia ansiosas
	d) Creencia o pensamiento alternativo				Creencia o pensamiento alternativo
	Cierre				
	V Síntesis y dudas	10 mins			Autorregistro de preocupaciones
	Tarea				
	VI Registro de preocupaciones	10 mins		Autorregistro	
	VII Registro diario				Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 9

Nombre: Tolerando la incertidumbre y las metacogniciones de la preocupación
 Objetivo: Reestructurar los esquemas de intolerancia a la incertidumbre y metacognición de la preocupación para aceptar el riesgo y la tolerancia a los resultados inciertos de situaciones y eventos futuros con base en la exposición funcional cognitiva

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Manejo de la ansiedad	Inicio				
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
	Desarrollo				
	III Retomar el ejercicio de relajación (RPM) en su versión abreviada para posibles dudas	10 mins			Registro de riesgo e incertidumbre
	IV Fase de ensayo y adquisición de habilidades de Clark & Beck: IV.I Reestructuración cognitiva de las creencias de intolerancia a la incertidumbre		Manejo de la ansiedad Etapa II y III		Comprobación de valoraciones ansiosas
	a) Formación sobre incertidumbre	25 mins		Autocontrol	Análisis costo-beneficio
	b) Creencias de riesgo e incertidumbre				Creencia alternativa
	c) Comprobación de pruebas				
	d) Análisis costo-beneficio del pensamiento o creencia ansiosas				Registro de la preocupación sobre la preocupación
Reestructuración cognitiva	e) Creencias alternativas				
	IV.II Reestructuración cognitiva de las creencias metacognición de la		Solución de problemas		
	a) Contenido de las valoraciones metacognitivas de preocupación erróneas				Comprobación de valoraciones. Búsqueda de evidencias
	b) Comprobación de valoraciones ansiosas	25 mins			
Prevención de recaídas	c) Análisis con base en la solución de problemas				Solución de problemas
	Cierre				
	V Síntesis y dudas	5 mins			
	Tarea				
	VI Registro de preocupaciones	5 mins		Autorregistro	Autorregistro de preocupaciones
	VII Registro diario				Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 10

Nombre: Integrando la exposición conductual desde la perspectiva cognitiva para intervenir la ansiedad
 Objetivo: Planear la exposición conductual para recolectar la información necesaria para las siguientes sesiones con base en la perspectiva cognitiva de la ansiedad

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Manejo de la ansiedad	Inicio				Tabla 2
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
Reestructuración cognitiva	Desarrollo				Explicación breve sobre las intervenciones conductuales desde la perspectiva conductual
	III Fase de elaboración del pensamiento				
	a. Formación sobre las intervenciones de exposición conductual	10 mins			
	b. Identificar los pensamientos diana		Análisis funcional		
	c. Enlistar jerarquía de exposición			Solución de problemas	Pensamientos diana
Exposición conductual	d. Registro de prácticas de exposición	10 mins			
	e. Realizar un ejercicio con una situación de exposición natural experimentada por el participante	10 mins			
		10 mins	Manejo de la ansiedad Etapa III		Jerarquía de exposición
		20 mins		Exposición funcional cognitiva	Registro de prácticas de exposición
Prevención de recaídas					
			Exposición conductual		Ejemplo con exposición natural
	Cierre				
	V Síntesis y dudas	5 mins			
	Tarea				
	VI Registro de preocupaciones	5 mins		Autorregistro (Tabla 5)	Registro de prácticas de exposición
	VII Registro diario				Registro diario para ansiedad en adultos

Sesión 11

Nombre: Practicando la exposición a sensaciones corporales
 Objetivo: Practicar la exposición a sensaciones corporales de angustia para prevenir recaídas con base en la respiración diafragmática

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Psicoeducación	Inicio				
	I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
Manejo de la ansiedad	Desarrollo				
Fase III	III Fase de aplicación:	10 mins	Psicoeducación		Explicación breve sobre las crisis de angustia
Aplicación	Explicación breve acerca de las crisis de angustia				
Exposición conductual	IV Exposición dirigida por el terapeuta de la respiración diafragmática	40 mins	Exposición conductual		Protocolo de reentrenamiento en respiración diafragmática
	Cierre				
Prevención de recaídas	V Síntesis y dudas	10 mins			
	Tarea				
	VI Respiración diafragmática	10 mins		Autorregistro	Registro diario para ansiedad en adultos
	VII Registro de preocupaciones				
	VIII Registro diario				

Sesión 12

Nombre: Practicando la exposición por imaginiería
 Objetivo: Practicar la exposición por imaginiería para reforzar respuestas que reducen la ansiedad y confrontan la cognición relacionada con la amenaza, vulnerabilidad, incertidumbre y metacognición de la preocupación

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Psicoeducación	Inicio I Saludo, expresar gusto en ver al participante y revisión conjunta de tarea.	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Estructura de la sesión
	Desarrollo III Fase elaborativa del pensamiento				
Prevención de recaídas	a. Retomar jerarquía de exposición (sesión 10)	5 mins			
	b. Elección de una situación	5 mins			
	c. Técnica de exposición imaginaria ante una situación activante de ansiedad	35 mins	Exposición conductual	Imaginiería	Jerarquía de exposición
Exposición conductual	d. Técnica de exposición imaginaria para un lugar seguro	15 mins			
	Cierre IV Síntesis y dudas	5 mins			Autorregistro de preocupaciones
	Tarea V Registro de preocupaciones	5 mins		Autorregistro	Registro diario para ansiedad en adultos
	VI Registro diario				

Sesión 13

Nombre: Cierre de la intervención con enfoque cognitivo conductual
 Objetivo: Valorar la disminución de la sintomatología ansiosa para identificar las experiencias de cambio del participante con base en la intervención cognitiva conductual

Estructura de la sesión					
Componente	Actividad	Tiempo	Técnica	Estrategia	Material
Psicoeducación	Inicio I Saludo	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos
	II Encuadre de la sesión	5 mins			Encuadre de la sesión
	Desarrollo III Prevención de recaídas desde el modelo cognitivo para la ansiedad de Clark & Beck (2010)	30 mins	Psicoeducación		Protocolo de recaídas para ansiedad
Prevención de recaídas	Cierre IV Valoración de la intervención por sesión	35 mins			Valoración de intervención por sesión
	V Síntesis y dudas				
	Tarea VII Registro diario	5 mins			Registro diario para ansiedad en adultos

Anexo I. Método de Estudio

Una de las formas de obtener información sobre los efectos de la intervención intra caso es realizar comparaciones con base en las diferentes condiciones por las que atravesó el sujeto de estudio a lo largo del tiempo. Para poder realizar dicha comparación, Kazdin (como se citó en Roussos, 2007) señala algunos conceptos básicos que se tomarán en cuenta: Se denomina intervención a todas las acciones que se llevan adelante a lo largo del dispositivo de investigación sobre el sujeto y que puedan tener un efecto sobre el mismo.

Algunas claves metodológicas que se tendrán en cuenta para diseñar el estudio de caso único son las siguientes (Kazdin, 2016):

- a. La evaluación continua. Los efectos resultantes de la aplicación de la intervención deben evaluarse observando la influencia del tratamiento (y del no tratamiento) en el mismo sujeto. Por eso, las observaciones repetidas que se realizan deben ser confiables y deben realizarse de forma continua. Es recomendable que se evalúen las variables de interés en varias oportunidades. La observación continua permitirá conocer si los cambios coinciden o no con las intervenciones realizadas sobre el sujeto.
- b. Evaluación de la línea de base (baseline). Es recomendable que la observación del sujeto comience antes de aplicar la intervención. Este período previo es llamado fase de línea de base y brinda información sobre el comportamiento del sujeto en su situación de origen. Si lo que se busca es evaluar el impacto de una intervención en la situación de un sujeto, también resulta importante conocer cuál es su situación sin la aplicación de dicha intervención. Esta predicción se obtiene realizando una proyección de los datos recopilados durante la fase de línea de base.
- c. Estabilidad del rendimiento. Ya que la línea de base será utilizada para predecir el comportamiento futuro del sujeto de estudio, es importante la estabilidad de los datos obtenidos.

La evaluación de datos (Guevara et al., 2020) consiste en una serie de métodos empleados para formular conclusiones acerca de cambios en la conducta. En la investigación aplicada que emplea diseños de caso único se recurre a criterios experimentales y terapéuticos para evaluar los datos.

Generalización a través de la réplica de los estudios de caso único (Extremera & Fernández-Berrocal, 2006)

Para la realización de un estudio de caso único, una manera de obtener inferencias válidas y generalizables, es a través de la realización de réplicas de la investigación original (en este estudio, mínimo se realizarán 2 réplicas). Generalmente, a mayor número de casos que presenten efectos satisfactorios en relación a un tratamiento, existe una menor probabilidad de que los responsables de los cambios sean factores extraños.

Algunos aspectos que se tendrán en cuenta al momento de diseñar las réplicas de los estudios de caso único (ECU) son los siguientes:

- Estandarización del tratamiento. Si el tratamiento se define explícitamente a través de un protocolo, facilitará la repetición en otros casos (los dos programas se sistematizarán en manuales).
- Impacto multi-dimensional del tratamiento. Se evalúa con base a una variable dependiente principal, (en este caso la sintomatología ansiosa). Dicho impacto, en los estudios de caso, se puede evaluar a través de múltiples evaluaciones del cambio en la condición del paciente, es decir, diferentes dimensiones de su funcionamiento que pueden verse influenciadas por el tratamiento (Blanco et al., 2022; Extremera et al., 2006; Ocaña et al., 2019; Padrós et al., 2019; Padrós-Blázquez et al., 2020; Rosas-Santiago et al., 2020 y Sosa-Torralba et al., 2020). A través de la réplica y la incorporación de nuevas dimensiones de evaluación se puede acrecentar el conocimiento sobre los efectos de un tipo de tratamiento.

Tipo de estudio

Estudio de caso N = 1 tipo AB con dos réplicas por programa (focalizado en la emoción y cognitivo conductual) con línea base múltiple

Diseño de caso único

Estudio de caso de intervención: El objetivo se centra en la evaluación de los efectos de un tratamiento determinado, haciendo hincapié en los resultados obtenidos (Guevara et al., 2020).

Este será un caso único tipo A-B, de dos fases: (1) una fase inicial de línea base (A) sin intervención durante tres semanas, comenzando en la sesión de evaluación "0" y terminando antes de la primera sesión del programa de intervención y (2) una fase de intervención (B), 13 sesiones con una duración de 80 minutos, el número de sesiones como el tiempo de cada una de ellas es el resultado de la revisión de literatura).

Una de las formas de obtener información sobre los efectos de la intervención intra caso es realizar comparaciones con base en las diferentes condiciones por las que atravesó el sujeto de estudio a lo largo del tiempo. Para poder realizar dicha comparación, Kazdin (como se citó en Roussos, 2007) señala algunos conceptos básicos que se tomarán en cuenta: Se denomina intervención a todas las acciones que se llevan adelante a lo largo del dispositivo de investigación sobre el sujeto y que puedan tener un efecto sobre el mismo.

Algunas claves metodológicas que se tendrán en cuenta para diseñar el estudio de caso único son las siguientes (Kazdin, 2016):

- a. La evaluación continua. Los efectos resultantes de la aplicación de la intervención deben evaluarse observando la influencia del tratamiento (y del no tratamiento) en el mismo sujeto. Por eso, las observaciones repetidas que se realizan deben ser confiables y deben realizarse de forma continua. Es recomendable que se evalúen las variables de interés en varias oportunidades. La observación continua permitirá conocer si los cambios coinciden o no con las intervenciones realizadas sobre el sujeto.
- b. Evaluación de la línea de base (baseline). Es recomendable que la observación del sujeto comience antes de aplicar la intervención. Este período previo es llamado fase de línea de base y brinda información sobre el comportamiento del sujeto en su situación de origen. Si lo que se busca es evaluar el impacto de una intervención en la situación de un sujeto, también resulta importante conocer cuál es su situación sin la aplicación de dicha intervención. Esta predicción se obtiene realizando una proyección de los datos recopilados durante la fase de línea de base.
- c. Estabilidad del rendimiento. Ya que la línea de base será utilizada para predecir el comportamiento futuro del sujeto de estudio, es importante la estabilidad de los datos obtenidos.

La evaluación de datos (Guevara et al., 2020) consiste en una serie de métodos empleados para formular conclusiones acerca de cambios en la conducta. En la investigación aplicada que emplea diseños de caso único se recurre a criterios experimentales y terapéuticos para evaluar los datos.

Generalización a través de la réplica de los estudios de caso único (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006)

Para la realización de un estudio de caso único, una manera de obtener inferencias válidas y generalizables, es a través de la realización de réplicas de la investigación original (en este estudio, mínimo se realizarán 2 réplicas). Generalmente, a mayor número de casos que presenten efectos satisfactorios en relación a un tratamiento, existe una menor probabilidad de que los responsables de los cambios sean factores extraños.

Algunos aspectos que se tendrán en cuenta al momento de diseñar las réplicas de los estudios de caso único (ECU) son los siguientes:

- Estandarización del tratamiento. Si el tratamiento se define explícitamente a través de un protocolo, facilitará la repetición en otros casos (los dos programas se sistematizarán en manuales).
- Impacto multi-dimensional del tratamiento. Se evalúa con base a una variable dependiente principal, (en este caso la sintomatología ansiosa). Dicho impacto, en los estudios de caso, se puede evaluar a través de múltiples evaluaciones del cambio en la condición del cliente, es decir, diferentes dimensiones de su funcionamiento que pueden verse influenciadas por el tratamiento (Blanco et al., 2022; Extremera et al., 2006; Ocaña et al., 2019; Padrós et al., 2019; Padrós-Blázquez et al., 2020; Rosas-Santiago et al., 2020 y Sosa-Torralba et al., 2020). A través de

la réplica y la incorporación de nuevas dimensiones de evaluación se puede acrecentar el conocimiento sobre los efectos de un tipo de tratamiento.

El *diseño de línea de base múltiple* (DBM) proporciona una forma efectiva y lista para probar la eficacia de una intervención. En los DBM, se miden simultáneamente varias líneas base (niveles) de la variable dependiente. La intervención, se introduce en los distintos niveles en una secuencia escalonada. Por lo tanto, en diferentes etapas del experimento, algunos niveles estarán en la fase de línea de base (A) y otros estarán en la fase de intervención (B). Hay tres tipos básicos de DBM: a través de comportamientos, participantes o entornos (Tate et al., 2016).

Anexo J. Autorregistro diario

Autorregistro diario. Se elaboró un formulario de Google por individuo para monitorear indicadores de sintomatología ansiosa en un registro diario, en la línea base (tres días como mínimo) y durante las 13 sesiones de intervención.

Registro para ansiedad en adultos

Categoría / Indicador	1 Casi no	2 A veces en el día	3 Gran parte del día	4 Casi todo el día
Sintomatología				
1. Me sentí ansioso				
2. Me resultó difícil relajarme				
3. Tuve dificultad para controlar mi ansiedad				
4. Me preocupe excesivamente				
5. Estuve irritable				
6. Temí perder el control				
7. Sufrí por la tensión o dolor en los músculos				
8. Me inquieto la dificultad para respirar				
9. Tuve dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido (a)				
Emociones				
10. Identifico con claridad mis emociones				
11. Identifico los acontecimientos que me producen malestar emocional				
12. Identifico lo que necesito cuando siento malestar emocional				
13. Entiendo por qué me siento de la manera en que me siento				
14. Controle mis emociones				
15. Tolare las sensaciones que mis emociones me producen				
16. Mostré mis emociones cuando lo consideré apropiado				
Bienestar				
17. Me sentí bien conmigo mismo				
18. Me siento satisfecho con las actividades que hoy hice				
19. Pienso que voy a poder resolver problemas				
20. Me siento optimista del día de mañana				