

Terapia de activación emocional: Una nueva opción para trabajar con emociones en terapia cognitiva conductual

Emotional Activation Therapy: A new option for working with emotions in Cognitive Behavioral Therapy

Gernot Hauke, PhD

*Center for Integrative Psychotherapy (CIP),
Munich, Germany*

Lic. Mirta Dall' Occhio

*Centro Hémera, Buenos Aires, Argentina.
mirtadall@gmail.com*

Resumen: El siguiente artículo tiene por objetivo presentar una nueva modalidad de trabajo psicoterapéutico, denominada "Terapia de Activación Emocional", desarrollada por los dos autores de este trabajo. Se explica el contexto de surgimiento del modelo y los principios en los que se fundamenta. La Terapia de Activación Emocional es ubicada como un dispositivo terapéutico que: 1) Integra técnicas preexistentes del campo cognitivo-conductual y 2) propone un nuevo paradigma de abordaje de las emociones en psicoterapia. La estructura del tratamiento es descrita, analizada y brevemente ejemplificada a través de un caso clínico. Se concluye sobre el aporte fundamental del modelo y la necesidad de una mayor difusión y entrenamiento en el mismo, mencionando los programas actuales existentes en Argentina.

Palabras clave: psicoterapia – procesamiento emocional – activación emocional – psicoterapia cognitivo conductual – nuevos tratamientos

Abstract: *The present article aims to present a new psychotherapeutic modality, named "Emotional Activation Therapy", developed by the authors of this paper. The models' background and foundations are explained. Emotional Activation Therapy is located as a therapeutic modality that: 1) integrates previous cognitive-behavioral techniques and 2) proposes a new paradigm for treating emotions in psychotherapy. The treatment's structure is described, analyzed and briefly exemplified through a clinical case. Conclusions regarding model's main contributions, and the need of more training and diffusion, are presented, mentioning current training programs in Argentina.*

Keywords: *psychotherapy – emotional processing – emotional activation – cognitive behavioral psychotherapy – new treatments*

INTRODUCCIÓN: CONTEXTO DE SURGIMIENTO DE LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN EMOCIONAL

En la práctica clínica cognitivo-conductual, la inducción de las emociones es considerada, generalmente, como la excepción a la regla. Samoilov y Goldfried (30) señalan que pertenece a territorio desconocido, tanto en el campo de la investigación como en el de la práctica clínica. Por otro lado, hace tiempo que se sabe que la activación y la escalada del miedo, dentro del campo de los tratamientos de exposición, pueden ser predictores esenciales para el éxito en la psicoterapia (13). En términos más amplios, la investigación en psicología clínica ha dado cuenta de que la activación emocional, su intensidad y el procesamiento de las emociones, son elementos decisivos para el éxito terapéutico (8, 16, 22, 38, 39). También existe evidencia de que las intervenciones relacionadas con las emociones aumentan la eficiencia de la psicoterapia, independientemente de trastornos mentales específicos o conceptos terapéuticos relacionados con dichos trastornos (7, 26).

En base al contexto de evidencia empírica señalado, surgió la necesidad de desarrollar un procedimiento experiencial de procesos emocionales, basado en una integración de recursos cognitivo-conductuales preexistentes, pero que al mismo tiempo planteara un nuevo paradigma respecto del lugar de la activación emocional en la psicoterapia. Este artículo tiene por objetivo la presentación de dicho modelo, denominado "terapia de activación emocional" (de ahora en adelante: TAE).

La TAE fue desarrollada por los dos autores de este trabajo (19). En forma conjunta, Gernot Hauke desde Alemania y Mirta Dall' Occhio desde Argenti-

na, construyeron el dispositivo y comenzaron a implementar programas de entrenamiento.

PRIMERA PARTE: PRINCIPIOS DE LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN EMOCIONAL

En términos generales, la TAE es un formato en el cual la asociación problemática entre estímulos, reacciones y significados emocionales es reemplazada por asociaciones menos problemáticas. Estas asociaciones alternativas dan lugar, finalmente, a la posibilidad de nuevas experiencias, nuevos objetivos y nuevas formas de regulación de las emociones.

Si bien es un modelo de abordaje terapéutico ubicado dentro del campo cognitivo-conductual, propone una nueva perspectiva de abordaje de las emociones en psicoterapia. En efecto, en vez de priorizar el procesamiento cognitivo "de arriba hacia abajo", la TAE insta al paciente a un proceso de registro emocional "de abajo hacia arriba", provocando deliberadamente la activación corporal de sus emociones conflictivas, para posteriormente ayudar al paciente a un mejor reconocimiento y regulación de las mismas.

La TAE se basa en algunos principios fundamentales de la psicología emocional, a saber:

- los conceptos de emoción y de activación emocional.
- la activación de las emociones con la ayuda del cuerpo
- la discriminación entre las emociones activadas.
- la existencia de emociones primarias y secundarias
- la búsqueda de una mayor y mejor regulación emocional en el paciente.

A continuación, se describirán brevemente cada uno de estos aspectos, indispensables para la posterior comprensión de la estructura del dispositivo, que se detallará en el apartado siguiente.

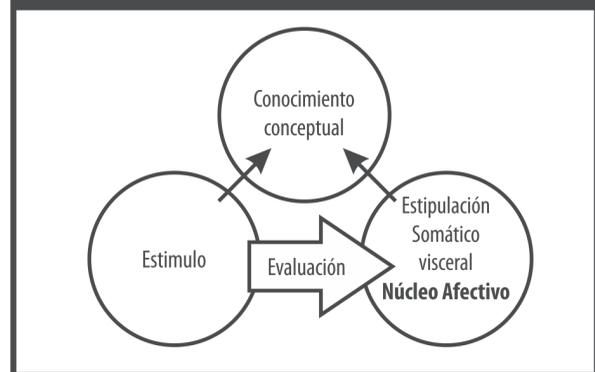
Emoción y activación emocional

Se pueden definir las emociones como estados de los individuos, con diversas características e intensidades, que se dirigen a un objeto, creando una experiencia en particular y que suelen llevar a cambios fisiológicos y conductuales (25). Desde la perspectiva constructivista, se presume que nuestro cerebro se encuentra constantemente creando estados emocionales (3, 5), combinando varias fuentes de información, tales como el estímulo sensorial externo al cuerpo, las señales sensoriales internas y las experiencias anteriores.

Dentro de este contexto, el proceso de activación emocional puede sintetizarse como sigue (*ver figura 1*): los estímulos externos e internos son evaluados con un proceso de valoración que causa directamente una estimulación somato-visceral y el sistema interoceptivo registra un cambio en el medio interno. Este

"núcleo afectivo" (29) desencadena una reacción directa que indica si los objetos o eventos son beneficiosos o perjudiciales, gratificantes o peligrosos y requiere que el individuo los acepte o rechace. Finalmente, la manera en que es conceptualizada la condición afectiva depende, por supuesto, del conocimiento previo del individuo sobre la emoción en la que se desarrolla (una persona puede, por ejemplo, experimentar su núcleo afectivo como un tipo particular de miedo, enojo o ansiedad, dependiendo del conocimiento conceptual que traiga a la situación). Así, la experiencia emocional no es sólo placentera o desagradable, sino también registrada conceptualmente.

Figura 1: Proceso de activación de las emociones



Activación de las emociones con la ayuda del cuerpo

Siguiendo a Scherer (32), los componentes de un episodio emocional y sus funciones pueden considerarse parte esencial del trabajo terapéutico. En este sentido, uno de los ejes centrales del modelo TAE radica en la activación de las emociones con la ayuda del cuerpo. Varias investigaciones (12, 33, 34), permiten plantear que la percepción de un cambio físico puede llevar a un cambio en la experiencia emocional. También aportan evidencia respecto de que, junto con el ajuste de la musculatura facial, otras actividades físicas como doblar o estirar los brazos, realizar movimientos que involucran todo el cuerpo, o ciertas posturas, pueden tener una influencia significativa sobre la regulación mental.

Uno de los trabajos pioneros en este campo fue el de Bloch y colaboradores (10, 31). A través de investigaciones experimentales, Bloch y equipo demostraron que era posible que se generasen emociones específicas por la ejecución precisa de ciertas actividades físicas, como establecer el ritmo de respiración, la postura y las expresiones faciales. Los autores lograron caracterizar seis emociones básicas:

1. alegría-risa
2. tristeza-llanto
3. miedo-ansiedad
4. enojo
5. amor erótico
6. afecto

En un trabajo más reciente (9), Bloch sistematizó las instrucciones para la inducción emocional de manera didáctica, desarrollando un programa de entrenamiento llamado "*Alba Emoting*". La finalidad de este programa fue introducir el trabajo con emociones auténticas para actores.

La base del modelo TAE consiste en la aplicación de este tipo de programas al ámbito de la psicología clínica. En este sentido, se propone como un modelo pionero de activación emocional focalizado en procesos terapéuticos, dada la actual falta de desarrollos comparables con éste en nuestra disciplina (11, 27). La utilidad de un dispositivo terapéutico de activación emocional como la TAE radica en que las actividades físicas descritas no sólo cambian el medio interno (el núcleo afectivo), sino que también activan el conocimiento conceptual, lo que implica que el esquema emocional correspondiente se completa y percibe. Como se verá más adelante, el objetivo no es alcanzar la perfección en la representación de una emoción, sino valorar la inducción de procesos físicos y mentales que brinden indicaciones para el diagnóstico y la corrección de la auto-regulación emocional del paciente.

Discriminación entre emociones activadas

Otro de los principios fundamentales del modelo TAE alude a la importancia de la discriminación de las emociones. Mientras que algunas personas son capaces de distinguir sus experiencias emocionales en un alto nivel de diferenciación, otras sólo pueden circunscribir sus percepciones con cualidades tales como "me sentí bien" o "me sentí mal".

Algunos estudios (4, 23), plantean que aquellas personas con poca capacidad para describir sus experiencias emocionales, son menos capaces, a su vez, de utilizar emociones para instrumentar cursos de acción adaptativos. En contrapartida, aquellos que sí pueden diferenciar sus emociones tienden a ser sustancialmente mejores en el manejo de emociones negativas, sus estrategias de regulación son diversas y se considera que son más exitosos en sus esfuerzos por tolerar emociones desagradables.

Estos descubrimientos sostienen la suposición de que habilidades bien desarrolladas de identificación de las emociones suelen incrementar la flexibilidad psicológica y, en particular, promueven una buena autorregulación emocional. De manera inversa, personas con dificultades para identificar estados

emocionales y describirlos de manera diferenciada, podrían generar estrategias desfavorables para la regulación de dichas emociones negativas, expresándose, incluso, bajo la forma de trastornos mentales, como abuso de sustancias e ingesta compulsiva de comida, entre otros (36). Como se describirá más adelante, el modelo TAE recoge este tipo de antecedentes, constituyéndose en un dispositivo de trabajo terapéutico que ayuda al paciente al reconocimiento emocional, hace posible el acceso a su núcleo emocional temático e implementa objetivos de acción para lograr una mejor autorregulación.

Las nociones de emociones "primarias" y "secundarias"

La discriminación fundamental de las emociones en las que se basa el modelo TAE alude a la distinción entre emociones "primarias" y "secundarias".

Las emociones primarias son tipos de reacciones normativas, adaptativas y universales frente a un contexto dado (por ejemplo, enojo ante un obstáculo que impide la satisfacción de necesidades). Las emociones secundarias, en cambio, son una reacción hacia esa emoción primaria (siguiendo el ejemplo anterior, ansiedad frente a la aparición del enojo). Las emociones secundarias, entonces, son respuestas aprendidas frente a emociones primarias (14, 16).

Trabajos como los de Hauke (19) o los de Sulz (35) incluyen la activación de las emociones primarias y secundarias dentro del contexto de una "reacción en cadena", constituida por:

- a. una emoción primaria,
- b. un impulso primario a la acción, reflejo de la emoción primaria,
- c. una anticipación de posibles consecuencias temidas del impulso primario y
- d. una emoción secundaria, que se dirige en oposición hacia el impulso primario, con el objeto de ayudar al individuo a no actuar de acuerdo al mismo.

Dentro de este esquema, la emoción primaria constituye una emoción prototípica que el individuo, con el fin de prevenir consecuencias no deseadas y asegurar la supervivencia emocional, se obliga a inhibir. Este proceso da como resultado que el manejo de la emoción primaria (en el ejemplo, enojo), no suela desarrollarse, y la emoción no pueda ser desplegada de manera funcional. Las emociones secundarias, claramente, llevan a reacciones inadaptadas. La auto-regulación de la persona no corresponde al disparador original (por ejemplo, siente ansiedad en lugar de sentir enojo). Las señales que se emiten al ambiente disparan reacciones relacionadas, de manera que la persona recibe una respuesta social com-

pletamente inadecuada a la situación disparadora, y así sucesivamente.

Como se explicará en la sección siguiente, en base a este modelo de interacción entre las emociones primarias y secundarias, la TAE propone la activación, identificación y discriminación de las mismas, con el objeto de potenciar una mejor autorregulación emocional en el paciente y una interacción más funcional con su ambiente.

La regulación emocional

En base a los principios de psicología emocional desarrollados hasta aquí, surge como un objetivo básico, de clara aplicación clínica, crear herramientas que favorezcan vivenciar emociones en su respectiva calidad perceptiva, incluidos los efectos de dichas emociones sobre el individuo y su interacción con el ambiente. Dentro de este contexto, la TAE propone como foco terapéutico central ayudar al paciente a manejar sus emociones y los disparadores relacionados, de modo más funcional que antes. En otras palabras, esto implica que el paciente pueda mejorar su autorregulación y, específicamente, su regulación emocional (17). Como será detallado a continuación, estos aspectos se incluyen como parte del modelo TAE, conformando la fase final de "maestría emocional".

SEGUNDA PARTE: ESTRUCTURA DE LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN EMOCIONAL

Con base en los principios de psicología emocional brevemente descritos en el apartado anterior, la estructura de la terapia de activación emocional consta de siete pasos o fases que, en conjunto, conforman una secuencia de acción terapéutica. En rigor, las siete fases pueden implementarse en un lapso breve de tiempo (aproximadamente catorce sesiones), aunque cada caso particular implica potenciales modificaciones.

A modo de descripción global, puede sintetizarse el proceso de la siguiente manera: luego de recabar datos clínicos, la TAE parte de una escena representativa, emocionalmente estresante para el paciente. Mediante la integración de recursos de atención plena, escaneo corporal y ejecución de patrones efectos emocionales específicos, se guía al paciente en el proceso de activación emocional. El tratamiento posibilita la expresión de emociones secundarias y primarias, las cuáles son vivenciadas y profundizadas, focalizando en los mecanismos automáticos de evitación y desregulación. En la fase final, se establecen, junto con el paciente, proyectos objetivables de cambio, relacionados a emociones que se han vuelto ya accesibles y regulables por él. La *tabla 1* presenta

cada uno de los pasos, que serán brevemente descritos a continuación. Al final de la explicación de cada fase, se hará una pequeña síntesis de la misma.

TABLA 1: SECUENCIA DE FASES DE LA TERAPIA DE ACTIVACIÓN EMOCIONAL (TAE)

SECUENCIA	EJES DE LA FASE	DESCRIPCIÓN DE LA FASE
0	Preparación	Registro de datos clínicos, Estrategia de supervivencia emocional y reacción en cadena
1	Despliegue atencional	Auto-observación y focalización corporal
2	Exposición	Selección y activación de la situación problemática
3	Discriminación y exposición	Desarrollo del campo emocional
4	Discriminación	Discriminación entre emoción primaria y secundaria
5	Exposición y regulación	Profundización del trabajo con emoción primaria
6	Discriminación y exposición	Otras emociones del campo
7	Regulación	Maestría emocional

Paso 0: Preparación del trabajo y estrategia de supervivencia emocional

Durante esta fase preparatoria, se deben recolectar datos referentes a la historia vital del paciente, su estilo personal, sus patrones de comportamiento y sus modos de regulación emocional. Todos estos aspectos van conformando una situación conflictiva central para el paciente, con síntomas concomitantes y potenciales trastornos mentales asociados. A partir de la descripción de esta situación conflictiva, el terapeuta va pudiendo identificar las escenas emocionalmente estresantes del caso y las necesidades centrales del paciente, que conllevan conductas disfuncionales y de evitación, con grados variables de impacto corporal. Todos estos elementos son formulados como parte de la estrategia de supervivencia emocional del paciente y la consecuente reacción en cadena (ver ejemplificación con caso clínico más adelante).

En síntesis, durante este primer módulo se recoge la clásica información de las terapias cognitivo-conductuales, como los aprendizajes adquiridos, las observaciones conductuales y la información sobre los síntomas. Estos datos clínicos luego se utilizan para formular la estrategia de supervivencia emocional del caso. La misma constituye un esquema cognitivo-afectivo que deviene en el centro del problema del

paciente (19, 20). Refleja los comportamientos disfuncionales, en términos de la satisfacción de necesidades centrales y, por lo tanto, contiene información importante para el posterior trabajo en TAE.

Paso 1: Auto-observación y focalización corporal

Como ya fue mencionado, en muchos casos los pacientes presentan dificultades para identificar y discriminar sus emociones. Las emociones son, entonces, dirigidas de manera imprecisa hacia situaciones y objetos, y sólo son percibidas como sensaciones físicas más o menos difusas. Este módulo tiene como finalidad enseñar las habilidades para percibir, identificar y discriminar las emociones. Se le pide al paciente que atienda a sus procesos de cambio, a la intensidad de las emociones y al momento en que pasa de una emoción a otra.

Se deben utilizar tres fuentes de información:

- a. la situación desencadenante o disparadora,
- b. las emociones físicas y
- c. el contenido conceptual anclado en la memoria.

Los pacientes, entonces, deben aprender habilidades de despliegue atencional a través de la atención y auto-observación sistemática (18).

Esta fase del modelo TAE está basada en terapias conductuales de tercera generación, donde el foco no tiene como único objetivo cambiar el contenido cognitivo, sino que se brinda contención a los pacientes mientras que éstos se conectan emocionalmente con situaciones que son difíciles para ellos (21, 24, 37). Luego, se exploran los pensamientos y las emociones que surgen, pero no evaluándolos, sino resistiendo los impulsos que generan y evitando el auto-reproche. Al establecer un foco atencional corporal, dichas sensaciones son capturadas y condensadas para formar un tema. De esta manera el disparador puede ser identificado y se puede preparar la identificación de la emoción (*ver figura 1*).

En síntesis, este paso tiene por objetivo que el paciente perciba diferencias en sus reacciones físicas, dependiendo del estilo del movimiento, de la dirección y velocidad del cuerpo y de la profundidad y frecuencia de la respiración. Se busca que se experimente a sí mismo como el observador de sus procesos mentales.

Paso 2: Selección y activación de la situación problemática

Los pacientes llegan a la terapia con problemas concretos. Estas situaciones son la puerta de entrada para la experiencia emocional. Un criterio esencial es que el cliente se sienta lo más parecido posible

a cómo se sintió cuando experimentó la situación originalmente. El objetivo es permitir que el paciente experimente la situación en el aquí y ahora. Si la descripción del problema es inicialmente amplia y excesivamente "cognitiva", la experiencia debe restringirse a una situación significativa.

Una situación es significativa cuando la experiencia problemática es claramente palpable en la imaginación. Hacia el final de este procedimiento, los pacientes deben haber filtrado una escena de la "película" que refleje más claramente la experiencia significativa. Para ello el terapeuta ayuda al paciente a mantener el foco en la escena emocionalmente más estresante. El terapeuta, a su vez, está atento a las tendencias evitativas de los pacientes y re direcciona la atención lo más posible hacia los eventos de la escena estresante.

En síntesis, este paso tiene por objetivo que el paciente se sienta como lo hizo en la situación original. El disparador se alcanza aun si las reacciones corporales y los procesos mentales se despliegan con menor intensidad.

Paso 3: Desarrollo del campo emocional

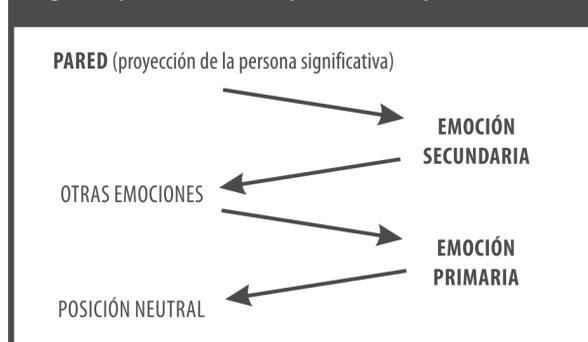
La experiencia del paciente ha sido traída al espacio terapéutico en el que un área abierta y delimitada – que denominaremos un campo – se hace disponible. Paciente y terapeuta se encuentran de pie, el terapeuta apenas detrás o a un lado del paciente.

En un principio el foco de la atención está en la posición de la persona imaginada en la situación emocional disparadora. Un papel con el nombre de la persona se ubica en el piso cerca de una pared. Ahora el paciente proyecta a la persona significativa de referencia en la pared, describiendo su postura, su expresión facial, su vestimenta, y otras características. También debe incluir una frase típica de esa persona en su boca. A partir de este momento la atención de la persona es dirigida hacia lo que está sucediendo dentro suyo: sus reacciones corporales, el núcleo afectivo, las tensiones y los mínimos impulsos motores (hacia delante o hacia atrás). Por el momento, la situación disparadora se deja de lado en función de este foco corporal.

El terapeuta describe las posiciones de este "campo emocional" que ubica en el piso y explica al paciente antes de continuar con el proceso la ya mencionada proyección en la pared de la persona significativa, la posición "neutral", la posición "no quiero", la posición de la emoción primaria, la posición de la emoción secundaria la posición de "otras emociones" y la posición "de los expertos". La *figura 2* ilustra cada uno de estas posiciones.

La posición neutral se establece como recurso de regulación. Si una emoción resultara abrumadora al momento de la activación, el paciente es guiado a la posición neutral con un ejercicio físico para ganar control y calma. También puede suceder que se sienta exigido y que elija evitar la experiencia y no continuar con el dispositivo, así se introduce la posición “no quiero”. Se le permite al paciente decidir conscientemente evitar la situación por algún tiempo. Al legitimarlo, se minimiza el riesgo de que paciente y terapeuta se encuentren secretamente trabajando en contra uno del otro.

Figura 2: posiciones del campo emocional (paso 3 TAE)



Las emociones que surgen son nombradas por el paciente, quien las escribe en un papel y las ubica en el campo. Nuevamente la atención se dirige hacia el cuerpo y sus impulsos. Generalmente surgen otras emociones (posición “otras emociones”), que nuevamente son anotadas por el paciente y se ubican en el espacio conformando el “campo emocional”.

El terapeuta observa los papeles con el nombre de cada emoción activada en el piso y mueve al paciente de un lugar hacia otro para que tome distancia. Usualmente la primera emoción que surge y se nombra es la “emoción secundaria”. El paso a la posición “de los expertos” puede ser dado tanto por el terapeuta como por el paciente. Aquí ambos reflexionan sobre lo que ha sucedido en el campo emocional. El terapeuta juega el rol de experto en psicología y el paciente es el experto en su propia vida. Estas reflexiones tienen como meta llevar al paciente a que pueda comprender más acabadamente sus procesos internos. Esta actividad metacognitiva prepara al paciente para el paso 7, asociado al despliegue adecuado de emociones para el logro de su objetivo.

En síntesis, en esta fase el paciente ha enfrentado a sí mismo con la persona significativa de referencia. La descripción de sus experiencias tiende a ser más detallada que la descripción imaginaria. Ha comprendido con precisión las posiciones del campo y ha nombrado por lo menos una emoción.

Paso 4: Discriminación de las emociones primaria y secundaria

El paciente deja la posición de expertos luego de que ofrece voluntariamente profundizar el proceso. Se le pide que se ubique en la posición de la emoción secundaria. Para no interferir con la concientización del paciente, el terapeuta se mantiene detrás o a un lado, habiendo acordado con él la distancia. Nuevamente se invita al paciente a focalizar en sus reacciones físicas y en sus procesos internos. El terapeuta focaliza su atención en el cuerpo del paciente: sus mínimas tensiones, leves movimientos, cambios en la expresión facial y sus gestos. Esto le permite identificar la emoción secundaria que comienza a surgir (por ejemplo cuando el cuerpo se mueve levemente hacia atrás). Si los indicios son lo suficientemente claros, el terapeuta introduce el patrón efector correspondiente (la respiración, la postura o la expresión facial) por mímica.

Luego de la exposición a la emoción secundaria, suele aparecer la emoción primaria, junto con otras emociones que no se han mencionado aún. El paciente toma nota de estas emociones y las ubica en el espacio del campo.

Ahora tanto el paciente como el terapeuta vuelven a la posición de expertos y hablan sobre lo sucedido, enfocándose particularmente en los impulsos a la acción de la emoción primaria y reflexionando en el rol de la emoción secundaria. El terapeuta se asegura de que la conversación no se aleje del aquí y ahora. Desde esta posición de los expertos se delimita la reacción en cadena característica del caso. La *tabla 2* ilustra los componentes de la reacción en cadena con los respectivos ejes a clarificar con el paciente durante esta fase.

En síntesis, el paciente se expone a la emoción secundaria hasta que surge la emoción primaria. Nuevas emociones pueden aparecer y son ubicadas en el campo.

Paso 5: Profundización del trabajo con la emoción primaria

Una vez delimitados los componentes de la reacción en cadena (*ver tabla 2*), lo importante es que el paciente reconozca que la emoción primaria es la adecuada para la situación problemática planteada. En este punto, se le sugiere al paciente que se familiarice con esta emoción en el marco protegido del consultorio. El argumento es que sólo lo que es familiar pierde su amenaza y puede ser desplegado de manera competente. Una vez que el paciente acepta la profundización del trabajo con la emoción primaria, se ubica en esta posición con el terapeuta a su lado. El terapeuta, entonces, ejecuta la mímica de las características del patrón efector emocional correspon-

diente. Aquí es importante que el paciente comience a elaborar la emoción primaria con una baja intensidad, para que perciba los cambios en su cuerpo de manera apropiada.

TABLA 2: CONTENIDO DE LA REACCIÓN EN CADENA DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

COMPONENTE DE LA REACCIÓN	EJES CLARIFICADORES
Situación problemática (conducta que necesitaría para satisfacer una necesidad)	¿De qué se trata el problema? ¿Quién está involucrado? ¿Qué está sucediendo, dónde y cómo? ¿Qué me está pasando? ¿Qué frustración o daño estoy experimentando?
Emoción primaria	¿Cuál es la primera emoción que se me presenta? ¿Qué sucede si me permito experimentarla?
Impulso primario	¿Qué impulso me invade si me dejo llevar por esta emoción? ¿Qué es lo que me gustaría hacer?
Anticipación de las consecuencias	¿Cuáles son las consecuencias para mí y para mis relaciones si me dejo llevar por ese impulso?
Emoción secundaria (emoción contrapuesta)	¿Qué otra emoción aparece y qué efecto tiene en mí?
Comportamiento observable	¿Qué comportamiento muestro a los otros? ¿Qué señales estoy enviando con éste a las personas involucradas?
Formación sintomática	¿Qué síntomas se manifiestan en mí? ¿Qué efecto tienen para mí?

Dado que frecuentemente es una emoción evitada, el paciente puede requerir el apoyo especial de parte del terapeuta en este ejercicio de exposición. Instrucciones verbales, tales como observar el contacto de los pies con el suelo y medidas de apoyo, como ubicar una mano en la espalda del paciente, pueden ser de gran ayuda. Generalmente el paciente puede decir lo que necesita, sin embargo las medidas de apoyo deben ser acordadas previamente con él. Cuando se completa el ejercicio se vuelve a la posición de inicio "neutral". Luego se reflexiona acerca del proceso en la posición de "expertos".

El objetivo es que el paciente incorpore la emoción primaria, para lo cual suele ser necesario que ocupe la posición de la emoción primaria. Se lo alienta para que practique el patrón efector con variada intensidad. Cada ejercicio concluye con la vuelta a la posición neutral. De esta manera, el paciente aprende, mediante la experiencia, que es capaz de regular la emoción primaria a través del patrón físico-mental. Ya no requiere de la emoción secundaria para

hacerlo. El proceso de aceptación y regulación de la emoción primaria se reflexiona una y otra vez en la posición de "expertos".

En síntesis, los objetivos de este paso radican en que el paciente pueda distinguir entre las emociones primaria y secundaria y las regule de manera separada, utilizando la posición neutral. Ya no necesita la emoción secundaria para regular la emoción primaria.

Paso 6: Afrontar otras emociones en el campo emocional

Tal como fuera mencionado anteriormente, durante el trabajo con emociones primaria y secundaria surgen otras emociones. Por ejemplo, si la emoción primaria es el enojo y el miedo es la secundaria, pueden darse también la tristeza y el cariño. A primera vista, pareciera que la persona pierde la visión global, sin embargo lo que sucede es justamente lo contrario. Dados los diferentes grados de activación y los impulsos que se generan en el campo, el problema global de la situación elegida queda esclarecido. La ocupación de las posiciones respectivas en el campo, que también se acompaña de una ejercitación de los patrones efectores, ayuda de manera significativa a la validación del paciente en la experimentación de la situación problemática. El paciente experimenta que el campo emocional es básicamente una red emocional: la situación problemática suele contener varios anclajes atencionales diferentes. Dependiendo en los aspectos atencionales en los que ponga foco, el paciente va a experimentar variadas emociones. También es posible que surjan fragmentos de su historia de vida.

En síntesis, los objetivos de este paso aluden a poder cumplir los requisitos para una regulación emocional satisfactoria. El paciente se ha familiarizado con sus emociones dentro del campo, habiendo experimentado sus posibilidades. Puede exponerse a sus emociones sin sentir la necesidad de evitarlas. Puede observar cómo se despliegan los eventos en sí mismos y está familiarizado con las temáticas nucleares cognitivo-afectivas.

Paso 7: Maestría emocional

En el trabajo que se ha realizado hasta el momento, la atención del paciente ha sido centrada, una y otra vez, en sus procesos internos, tanto físicos como mentales. Ahora el foco se ubica en las cuestiones externas de la situación problemática. El paciente tiene que aprender a utilizar las emociones experimentadas más eficientemente para poder alcanzar sus metas. Las emociones en el campo emocional se organizan en una tabla. Posteriormente, paciente y

terapeuta analizan cuáles son los temas y situaciones de la situación problemática que se vinculan con las diferentes emociones. Un ejemplo del armado de la tabla se puede observar en la *tabla 3*.

TABLA 3: EJEMPLO DE ORGANIZACIÓN DE LAS EMOCIONES ACTIVADAS, Y DE SU RESPECTIVA VINCULACIÓN CON DIFERENTES OBJETIVOS (FASE DE MAESTRÍA EMOCIONAL TAE)

EMOCIÓN	OBJETIVOS
Enojo, ira (emoción primaria)	Controlar la intensidad del enojo para expresar de modo apropiado una demanda.
Miedo (emoción secundaria)	Aprender a tolerar y aceptar el miedo hasta que su intensidad disminuya
Cariño (otras emociones)	Clarificar el tema relacionado con el enojo, evidenciando que hay un factor de fortaleza en la relación: "Junto con mi enojo, también me siento atraído hacia ti"
Tristeza (otras emociones)	Mostrar la tristeza y enunciar la situación de pérdida: "Este problema genera un alejamiento entre nosotros"

Como muestra la *tabla 3*, en primer lugar se trabaja con las emociones primaria y secundaria y luego se integran las otras emociones. La posición de experto marca la perspectiva meta-cognitiva, donde el paciente habla sobre lo que está experimentando.

El proceso subsecuente esencialmente pasa por tres fases: exposición, experimentación y decisión (*ver tabla 4*). Lo que el paciente ha aprendido hasta el momento, así como los puntos de inicio de la regulación emocional, se tienen en cuenta en este momento. Durante el curso de la exposición el paciente nuevamente se imagina la situación problemática. El paciente se ubica frente a la pared en la que la persona de referencia se encuentra proyectada. La fase de experimentación es esencial para observar los facto-

res influyentes y las posibilidades de la regulación emocional. Ejecutar el patrón emocional en diferentes grados de intensidad le aporta al paciente una experiencia de regulación emocional esencial. Luego de intentar varias alternativas en el consultorio, y de discutir las con su terapeuta, el paciente debe tomar una decisión, debe elegir la versión que resulte más prometedora para alcanzar sus objetivos.

El terapeuta intenta asegurarse de que aquello que se aprendió hasta el momento sea utilizado en situaciones diarias. En este contexto, se realiza un proyecto de acción. Su implementación se prepara en el espacio psicoterapéutico. Para este propósito, paciente y terapeuta delinean un plan que tiene en cuenta la existencia de posibles retrocesos.

En síntesis, los objetivos para este paso consisten en que el paciente logre regularse a sí mismo y logre regular su interacción con la ayuda de la emoción, de manera de poder alcanzar sus objetivos. Se debe construir un proyecto de acción para implementar.

TERCERA PARTE: EJEMPLIFICACIÓN A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

Se han seleccionado fragmentos de un caso clínico para ejemplificar aspectos centrales de cada fase del modelo TAE. A continuación se describirá el caso siguiendo el formato de los siete pasos antes descritos.

Paso 0: Datos clínicos y estrategia de supervivencia emocional

Se trató de una empresaria de 28 años, casada, madre de dos niños. Al momento de la consulta, sufría de Trastorno de Angustia con Agorafobia, según DSM-IV-TR (1). Antes de casarse, su marido, también empresario, (32 años) había tenido una aventura amorosa con una empleada de la oficina. A pesar de la crisis de pareja, dos años antes de la consulta habían decidido casarse. La paciente decidió perdonar,

TABLA 4: SECUENCIA PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL FAVORABLE (FASE DE MAESTRÍA EMOCIONAL TAE)

EXPOSICIÓN	EXPERIMENTACIÓN	DECISIÓN
Proyección de persona significativa en la pared.	Experimentación con posturas corporales, variando velocidad de los movimientos, tensiones, e intensidades del patrón efector correspondiente.	Decisión: ¿cuál es el móvil de la situación?
Registro de postura corporal y movimientos impulsivos del paciente.	Focalización en las variaciones de la situación.	Selección de una acción funcional, que se corresponda con la intensidad del patrón efector.
Registro: ¿el paciente se siente más grande o más pequeño que la persona de referencia?	Despliegue atencional acerca de auto-instrucciones del paciente.	Registro de la auto-regulación y el efecto de las señales, con actitud atenta.

dejar atrás la infidelidad y mirar hacia el futuro con optimismo. Sin embargo, un tiempo más tarde habían comenzado los síntomas físicos.

En base a la recogida de datos clínicos, se construyó la estrategia de supervivencia emocional para el caso, que ilustra la *tabla 5*.

TABLA 5: EJEMPLIFICACIÓN DEL MODELO TAE MEDIANTE UN CASO CLÍNICO. ESTRATEGIA DE SUPERVIVENCIA EMOCIONAL DE LA PACIENTE

EJES DE ESTRATEGIA	DATOS DE LA PACIENTE
Sólo si siempre	Consideraba las necesidades de otras personas (confiaba en su marido)
Y nunca	Mostraba sus impulsos y enojo fuertemente, ni demandaba demasiado espacio ni independencia
Conseguiría	El control y la proximidad con otras personas
Y así evitaría	Ser rechazada y quedarse sola

La paciente recibió psicoeducación en relación a sus síntomas de ansiedad. Se pactó la realización gradual de ejercicios de exposición.

Paso 1: Atención y focalización corporal

Se le mostró a la paciente cómo observar atentamente su respiración y sus reacciones corporales. Se le pidió que practicara el ejercicio en su casa de cinco a diez minutos, dos veces por día. Luego se le indicó cómo observar con mayor precisión y cómo registrar situaciones de interacción en las que ocurrían los síntomas físicos leves.

Paso 2: Selección y activación de la situación problemática

La paciente se imaginó una situación en la cocina. Ella se encontraba haciendo un té. Miraba de reojo lo que estaba haciendo su marido, quien se arreglaba para salir hacia la oficina. Durante ese tiempo, los síntomas físicos se hacían cada vez más fuertes. Al principio, la paciente interrumpía sus emociones una y otra vez, haciendo observaciones racionales sobre su "comportamiento estúpido", lo que debía y no debía hacer una buena esposa. Sin hacer comentarios al respecto, el terapeuta trató de traerla a la situación imaginada y explorar sus reacciones físicas.

Paso 3: Desarrollo del campo emocional

Se le propuso a la paciente que proyectara a su marido en la pared (vestimenta, postura, expresión facial, frases típicas) y que se parase frente a él. Lue-

go se explicaron las diferentes posiciones del campo emocional (*ver figura 2 en apartado anterior*). Se le pidió que volviese su atención hacia su marido proyectado en la pared y que describiera cómo ella lo percibía. Luego se le indicó que focalizara su atención en sus procesos mentales y físicos y que los describiese.

La paciente mencionó una fuerte tensión en el cuello y en los hombros, también dolor de estómago. Se visualizaba a sí misma como cargando dos pesas de plomo sobre sus hombros. Quería retirarse, pero se sentía paralizada e inmóvil. Rápidamente identificó la emoción como "miedo", lo escribió en un papel y lo ubicó en el consultorio.

El terapeuta registró en la gestualidad de la paciente signos de miedo y, en consecuencia, la guió para que ejecutara el patrón efector correspondiente. La paciente comenzó a llorar cada vez más fuertemente, mientras gritaba que no se merecía que le sucediera eso. Agregó que la situación le generaba una gran tristeza. Ubicó un papel con ésta emoción en el lugar correspondiente. Luego, con los puños cerrados, volvió hacia la pared y se detuvo frente a ella, respirando agitadamente. El terapeuta la ayudó a identificar el patrón efector del enojo. Ella gritó: "¡me hiciste tanto daño, estoy tan enojada!". Una anotación con esta emoción también se ubicó en el espacio. A continuación se le indicó ubicarse en la posición "neutral", para luego discutir lo acontecido meta-cognitivamente en el lugar de expertos.

Como resultado de esta fase, la paciente llegó a la siguiente conclusión: ella había intentado seguir con su plan de vida, no había querido ver lo que realmente estaba sucediendo. Estaba muy enojada porque no le había marcado los límites a su esposo.

Paso 4: Discriminación entre emociones primaria y secundaria

La paciente quiso empezar con la emoción "tristeza" y se ubicó en el lugar del consultorio identificado con tal emoción. Quería decirle a su marido lo triste que estaba por no poder vivir su vida de la manera que había imaginado. El terapeuta la guió para que adoptara el patrón efector de la tristeza. La paciente lloró desconsoladamente. Luego de cierto tiempo, surgió el miedo de ser rechazada por lo que había dicho. Su cuerpo quiso retirarse. Se le pidió que se ubicara en la posición de miedo. Aquí se la introdujo en el patrón efector de miedo (aproximadamente un minuto). Rápidamente se manifestaron las características del enojo. Su espalda estaba erguida y manifestó un impulso hacia la pared: "no quiero más todo esto, estoy tan enojada contigo". La paciente finalizó este ejercicio en la posición neutral, para luego reflexionar sobre todo el proceso en la posición

de expertos. Se le pidió que tomase registro de estas emociones cuando estaba en su casa.

Paso 5: Profundización del trabajo con la emoción primaria

En base a las cuatro fases anteriores, terapeuta y paciente formularon juntos una reacción en cadena. La paciente identificó la ira como emoción primaria, que se veía interrumpida rápidamente por el miedo a ser dejada y perder su relación. Esto se correspondía con aspectos aprendidos en su historia: la adaptación tenía su recompensa mientras que la independencia estaba penalizada. La paciente se movió a la posición de enojo y nuevamente fue guiada para que ejecutase el patrón efector correspondiente. Tanto el efecto de exposición como otros parámetros (tensión física, ritmo de la respiración, volumen) ayudaron a que pudiera alcanzar un control favorable de la situación.

Paso 6: Afrontar otras emociones en el campo emocional

Luego de activar y discriminar las emociones primaria y secundaria, llegó el momento de explorar la emoción "tristeza" con mayor detenimiento. Se introdujo a la paciente al patrón efector y se la acompañó hacia una verdadera y profunda tristeza. Esto dio lugar a que surgieran varias imágenes, recuerdos y pensamientos esclarecedores. Nuevamente aquí, el ejercicio se completó en la posición neutral y luego la paciente pasó a la posición de expertos.

El proceso de reflexión llevó a que la paciente se viera como una niña que siempre había sentido que no pertenecía al ámbito de sus hermanos mayores. Siempre "la rueda de auxilio del auto", la que estaba de más. En su vida, había tratado de asegurarse una sensación de pertenencia, buscando agradar a los otros, incluyendo sus padres. Esto había generado severas reacciones por parte de sus hermanos. Ella sentía que no se la tomaba en serio, que la dejaban sola. Ahora, sentía que su propio proyecto de familia se le escapa de las manos.

Paso 7: Maestría emocional

Llegados a esta etapa final del proceso, paciente y terapeuta conformaron una tabla con las emociones y las situaciones vinculadas a ellas. Las denominadas "emociones negativas" no se retiraban ni reducían, sino que se tomaban como señales importantes. Se utilizarían para alcanzar los objetivos propuestos, cada uno de los cuales serían evaluados en función a su dificultad y urgencia. Una síntesis de este armado se ilustra en la *tabla 6*.

TABLA 6: EJEMPLIFICACIÓN DEL MODELO TAE MEDIANTE UN CASO CLÍNICO. EMOCIONES PRESENTES EN EL CAMPO EMOCIONAL DE LA PACIENTE Y SITUACIONES RELACIONADAS

EMOCIÓN	SITUACIÓN
Miedo	Miedo al rechazo y a la soledad
Enojo	Poner límites, decir que no
Tristeza	Perder proyecto de familia, no tener hijo pronto.

El primer objetivo que se planteó la paciente fue el de hablar con su marido sobre la expresión del enojo y la puesta de límites. Se la instó a intentar varias posibilidades para la expresión del enojo en el consultorio y varios temas de conversación. Finalmente se decidió por una versión específica. Luego, junto con el terapeuta, idearon un plan de acción y plantearon los problemas que podían surgir. Una evaluación posterior reveló que la paciente se mostró muy satisfecha con el curso de la conversación. Se plantearon nuevos proyectos.

A MODO DE SÍNTESIS Y ALGUNAS CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo, se buscó presentar los principios teóricos, la base de investigación empírica y la estructura procedimental de un modelo psicoterapéutico, focalizado en la activación de las emociones, denominado "Terapia de Activación Emocional" (TAE).

Tal como explica Hauke (19), en el dispositivo TAE el paciente y el terapeuta no se encuentran permanentemente estancados en sus sillas, sino que se ponen de pie para dar lugar a que el cuerpo exprese en el consultorio aquello que es emocionalmente significativo, registrando y experimentando las formas de expresión corporal correspondientes. Un principio fundamental del modelo radica en cómo el cuerpo puede lograr la activación de las emociones. Esta estimulación es entendida en términos de la restauración de estados perceptivos, motores e introspectivos, que han sido adquiridos durante la vivencia de situaciones concretas. El movimiento del cuerpo en el espacio puede ser desplegado de manera diferencial para el examen o amplificación de estados emocionales.

Cuando se analizaron el contexto de surgimiento y los principios fundamentales en los que se basa, se intentó ilustrar cómo la TAE consiste en un dispositivo terapéutico que integra recursos preexistentes del campo cognitivo-conductual (fundamentalmente aspectos de la terapia conductual estratégica y técnicas

de mindfulness); pero que al mismo tiempo propone un nuevo paradigma de abordaje de las emociones en psicoterapia. Este nuevo paradigma radica en partir desde la activación corporal hacia el procesamiento cognitivo (“de abajo hacia arriba”), a la inversa de la tradición cognitivo-conductual, que comienza con el procesamiento cognitivo (“de arriba hacia abajo”). En efecto, a través de los denominados “patrones efectores”, la emoción es activada en el contexto de la sesión, para posteriormente reflexionar sobre el proceso de manera meta-cognitiva.

Al mismo tiempo, el procedimiento presentado en este artículo se dispone a complementar la tradición cognitivo-conductual, cuyo método pretende primordialmente retirar reacciones emocionales negativas o sintomáticas que se producen como respuesta al estrés (6, 15). Integrando evidencia disponible en el campo de las terapias humanísticas (2,16), la TAE le agrega una connotación favorable a las potenciales emociones negativas, otorgándoles, por ejemplo, la función de señales.

Si bien la TAE trabaja con el principio de la exposición, permitiendo al paciente experimentar información correctiva (13, 28); va más allá de la exposición al miedo y, con la ayuda de los patrones efectores, también se permite la exposición selectiva de otras emociones específicas. Dado que se propone permitir el aprendizaje sobre sus procesos emocionales, la TAE busca entrenar la atención del paciente, generando un nuevo modo para la observación de sus procesos mentales y físicos, sin distinguir entre emociones positivas y negativas.

En conjunto, el método ofrece un lugar propicio para este despliegue, apareciendo como una vía prometedora en psicoterapia para la comprensión de situaciones problemáticas y el desarrollo de objetivos.

Más allá del valor ilustrativo del caso clínico presentado, es necesaria mayor evidencia empírica sobre esta área. En función de dicho objetivo, actualmente en Argentina se están realizando programas de difusión y entrenamiento en el modelo, a cargo de la Lic. Mirta Dall'Occhio, en el marco del Centro Hémera, en la Ciudad de Buenos Aires. Los programas forman parte de un trabajo conjunto con el equipo de Gernot Hauke en Alemania.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado. Masson, S. A. Barcelona, 2001
- Auszra, L., y Greenberg, L.S. Client emotional productivity. *European Psychotherapy* 2007, 7, 139-152
- Barrett, L.F. Solving the emotion paradox: categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review* 2006, 10, 1, 20-46
- Barrett, L.F., Gross, J., Conner, T., Benvenuto, M. Emotion differentiation and regulation. *Cognition and Emotion* 2001, 15, 713-724
- Barsalou, L.W. Simulation, situated conceptualization, and prediction. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Biological Sciences*, 2009, 364, 1281-1289
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. *Cognitive Therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A. y Znoj, H. Emotion- regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research and Therapy* 2008, 46, 1230-1237
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F., y Bongar, B. *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press, 2000
- Bloch, S. *The alba of emotions – managing emotions through breathing*. Santiago: Ediciones Ultramarinos PSE, 2006
- Bloch, S. y Santibáñez, H. G. Training emotional ‘effection’ in humans: significance of its feedback on subjectivity. In: S. Bloch, y R. Aneiros (Eds.) *Psicobiología del Aprendizaje*. Santiago: Publ. Fac. Med., Univ. de Chile, 1972
- Boiten, F.A., Frijda, N.H. y Wientjes, C.J.E. Emotions and respiratory pattern: review and critical analysis. *International Journal of Psychophysiology* 1994, 17, 103-128
- Ekman, P., Levenson, R. W., y Friesen, W. V. Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science* 1983, 221(4616), 1208-1210
- Foa, E.B., y Kozak, M.J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin* 1986, 99(1), 20-35
- Fruzzetti, A.R., Crook, W., Erikson, K.M., Lee, J.E., Worrall, J.M. Emotion Regulation. In W. T. O’Donohue, J.E. Fisher (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (174-186). New York: Wiley, 2008
- Goldfried, M. R. Cognitive-behavior therapy: reflections on the evolution of a therapeutic orientation. *Cognitive Therapy and Research* 2003, 27, 53-69
- Greenberg, L. S. y Safran, J. D. *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition and the process of change*. New York: Guilford Press, 1987
- Gross, J.J., y Thompson, R.A. Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp 3-24). New York: Guilford Press, 2007
- Hauke, G. Self-regulation and Mindfulness. *European Psychotherapy* 2006, 6, 19-52
- Hauke, G. *Strategisch Behaviorale Therapie. Emotionale Überlebensstrategien- Werte-Embodiment*. Heidelberg. New York: Springer, 2013
- Hauke, G. y Sulz, S. *A 3rd Wave Therapy in Europe – Strategic Brief Therapy (SBT)*. München: CIP-Medien, 2006
- Hayes, S.C. Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies. In Hayes S.C., Follette V.M., Linehan M.M. *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press, 2004
- Iwakabe, S., Rogan, S. y Stalikas, A. The Relationship Between Client Emotional Expressions, Therapist Interventions, and the Working Alliance: An Exploration of Eight Emotional Expression Events. *Journal of Psychotherapy Integration* 2000, 10(4), 375-401
- Kang, S., Shaver, P.R. Individual differences in well-differentiated emotional experience: Their possible psychological implications. *Journal of Personality* 2004, 72, 687- 726
- Linehan, M. *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien, 1996

25. Meyer, W.-U.; Schützwohl, A. y Reisenzein, R. Einführung in die Emotionspsychologie. By I. Bern: Hans Huber, 1993
26. Moses, E. B. y Barlow, D. H. A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science* 2006, 15, (3) 146–150
27. Philippot, P., Chappelle, C. y Blairy, S. Respiratory feedback in the generation of emotion. *Cognition and Emotion* 2002, 16, 605-627
28. Rachman, S. Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry* 2001, 13, 164-171
29. Russell, J.A., y Feldman-Barrett, L. Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999, 76, 805–819
30. Samoilov, A., y Goldfried, M. R. Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2000, 7, 373 – 385
31. Santibáñez, G. y Bloch, S. A qualitative analysis of emotional effector patterns and their feedback. *The Pavlovian Journal of Biological Sciences* 1986, 21, 108-116
32. Scherer, K. What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information* 2005, 44, (4) 695–729
33. Soussignan, R. Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: A test of the facial feedback hypothesis. *Emotion* 2002, 2(1), 52–74
34. Strack, F., Martin, L., y Stepper, S. Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: A non-obtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of Personality y Social Psychology* 1988, 54(5), 768–777
35. Sulz, S. *Strategische Kurzzeittherapie: Effiziente Wege zur wirksamen Psychotherapie*. München: CIP-Medien, 1994
36. Taylor, G., Bagby, R. y Parker, J. *Disorders of affect regulation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997
37. Teasdale, J. D. Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy* 1999, 37, 53-77
38. Watson, J.C. y Bedard, D.L. Clients' emotional processing in psychotherapy: a comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006, 74(1) 152-159
39. Whelton, W.J. Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2004, 11, 58-71
40. Znoj, H.J. Die therapeutische Beziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In W. Roessler (Ed.), *Die therapeutische Beziehung*. Berlin: Springer, 2004