



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de
síntomatología disociativa: un programa de intervención

Autora

Alejandra Lasierra Alcaide

Director

Dr. Jorge Javier Osma López

Grado en Psicología

Curso 2023-2024

Resumen

La sintomatología disociativa presente en los trastornos disociativos constituye un problema que afecta principalmente a la población clínica. No obstante, cualquier individuo puede haber experimentado estas manifestaciones en menor grado. Por ello, el objetivo de este programa de intervención es realizar una adaptación del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales para el tratamiento de la sintomatología disociativa. Se describe también cómo estudiar la eficacia de este programa para la mejora de dicha problemática y otras relacionadas, subrayando la importancia de futuras líneas de investigación para la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas.

Palabras clave: protocolo unificado, sintomatología disociativa, trastornos disociativos, tratamiento transdiagnóstico.

Abstract

Dissociative symptomatology presented in dissociative disorders forms a problem that mostly affects the clinic populations. However, everyone could have suffered these experiences within a lower level of gravity. Because of this, the objective of this intervention program is to make an adaptation of The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders for the treatment of dissociative symptomatology. It also describes how to study the effectiveness of this program to improve this problem and other related issues, focusing on the importance of future lines of research to improve the quality of life of the affected people.

Key words: unified protocol, dissociative symptomatology, dissociative disorders, transdiagnostic treatment.

Introducción

Los trastornos disociativos son aquellos trastornos que se definen por una perturbación en la integración normal de la conciencia, la identidad propia y subjetiva, los procesos cognitivos y emocionales, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento (American Psychiatric Association [APA], 2013). Los criterios para diagnosticar un trastorno disociativo varían según el tipo al que nos refiramos, pero las características comunes que encontramos suponen: la presencia de síntomas disociativos relacionados con el trastorno en cuestión, un deterioro significativo en las distintas áreas vitales de la persona, que dicho deterioro no se deba a los efectos de una sustancia u a otro tipo de condición clínica y que la problemática no se explique mejor por otro tipo de trastorno (APA, 2013).

Los síntomas disociativos se suelen experimentar como a) síntomas positivos, que se definen por intrusiones repentinas que afectan a la conciencia y al comportamiento y que se asocian con una ruptura de la experiencia subjetiva, y b) síntomas negativos, que suponen la incapacidad de controlar las funciones cognitivas (APA, 2013).

Si analizamos esta sintomatología en población general, nos encontramos con que estas experiencias son comunes (Ross et al., 1990). Aunque, en circunstancias caracterizadas por un estresor muy agudo, la disociación puede actuar en forma de defensa psicológica (Noyes y Kletti, 1977). Sin embargo, el verdadero problema aparece cuando dicha función que, a priori es adaptativa, acaba siendo la base de un mecanismo habitual de defensa que termina predominando sobre el resto. Este estilo de defensa ya automatizado es lo que puede provocar un trastorno disociativo (Spiegel, 1993). La disociación no se presenta solo en los trastornos disociativos, es un mecanismo transdiagnóstico que puede aparecer en diversos trastornos mentales (APA, 2013).

En cuanto a la prevalencia encontramos que, en un pequeño estudio de EEUU, hallaron un 1,5% en trastorno de identidad disociativo (TID) y un 1,8% en amnesia disociativa. Respecto a la despersonalización y a la desrealización encontraron una prevalencia en EE.UU y en otros países en torno al 0,8-2,8% (APA, 2013).

Respecto a la comorbilidad, hallamos un 15-30% en trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Wolf et al., 2012), y hasta un 50% en psicosis (Renard et al., 2017).

A la hora de tratar este tipo de sintomatología, es importante indagar en aquellos modelos que nos aportan una posible explicación. Existen dos modelos principales, el modelo del trauma y el modelo sociocognitivo.

El modelo del trauma hace hincapié en aquellos eventos traumáticos que suceden previamente a la disociación (Dalenberg et al., 2012). Este modelo señala que la sintomatología disociativa no deja de ser una respuesta durante la infancia a una negligencia física y/o emocional, p.ej: diferentes tipos de abusos o apego desorganizado. Además de por otras situaciones en las que existe un elevado componente estresante o traumático (Kate et al., 2020; Sar, 2011).

Por su parte, el modelo sociocognitivo se enfoca en aquellos aspectos más relacionados con lo social, lo cognitivo y lo cultural de la disociación (Lynn et al., 2014). Este modelo plantea que la explicación de porqué surgen los síntomas disociativos se encuentra en variables relacionadas con el aprendizaje y con las expectativas sociales (Lynn et al., 2012).

Es relevante enfatizar el hecho de que encontramos semejanzas de estos dos modelos con el modelo de triple vulnerabilidad de los trastornos emocionales. Con anterioridad a definir el modelo de triple vulnerabilidad, es importante clarificar el concepto de trastorno emocional, el cual se define por padecer niveles elevados de ansiedad, depresión, miedo y síntomas físicos (Golberg et al., 2009).

Según el modelo de triple vulnerabilidad emocional (Suárez et al., 2009) el origen de un trastorno emocional surge de la interacción de tres variables:

1) La vulnerabilidad biológica generalizada; hace referencia a la predisposición biológica con la que nacemos a tener rasgos más o menos acentuados de extraversión y neuroticismo.

2) La vulnerabilidad psicológica generalizada; referida al desarrollo de una representación de la realidad la cual se vive como impredecible y sin oportunidad para controlarla, causadas por experiencias tempranas estresantes y/o traumáticas (p.ej: abusos, negligencia o estilos de crianza negativos).

3) La vulnerabilidad psicológica específica; esta última da un gran peso a las leyes del aprendizaje, de esta forma, ante un acontecimiento estresante, se asocia el malestar activado por una situación específica con otros estímulos que, en un principio, no originaban dicho malestar (p.ej: la asociación del malestar que origina un accidente de coche a la canción que sonaba en el momento).

Tal vez las similitudes que encontramos en los modelos explicativos de la disociación y en el modelo de triple vulnerabilidad se deben a que las personas con trastornos emocionales y las personas con sintomatología disociativa comparten mecanismos transdiagnósticos. Las personas con experiencias disociativas tienden a utilizar estrategias de evitación para alejarse del suceso aversivo, incluyendo la propia disociación (Bellido-Zanin,

2021). Ocurre lo mismo con las personas que padecen un trastorno emocional, las cuales intentan evitar las emociones que les generan malestar a través de distintas estrategias (Barlow et al., 2018a). En este sentido, desde el enfoque transdiagnóstico planteado por el Dr. Barlow, la disociación en los trastornos emocionales se entendería como una conducta de evitación cognitiva (Barlow et al., 2018a; Barlow et al., 2018b).

El neuroticismo también es un rasgo característico de ambas problemáticas. Hay investigaciones que apoyan que el neuroticismo es compartido por todos los trastornos emocionales (Barlow, 2019), y, de De Silva y Ward (1993) encontraron que aquellas personas con tendencia a la disociación presentaban puntuaciones más altas en neuroticismo.

Referido al tratamiento, sí que encontramos que existen tratamientos psicológicos específicos para los trastornos disociativos. Bellido-Zanin et al. (2021) recaban un listado concreto sobre los diferentes tratamientos que se han utilizado para cada tipo de trastorno disociativo (Anexo I), como los tratamientos orientados por fases, la psicoterapia psicodinámica, la psicoeducación, la terapia de esquemas, la terapia cognitivo-analítica, la terapia cognitivo-conductual y el biofeedback. Es remarcable el hecho de que son muchos tratamientos para un mismo tipo de trastornos.

Si nos centramos en las complicaciones que suponen los tratamientos relativos a este tipo de sintomatología encontramos varias. En primer lugar, la sintomatología disociativa es comórbida con otros muchos trastornos, lo cual genera que la búsqueda de un tratamiento específico para dichos trastornos se pueda complicar (Anda et al., 2006; Sar et al., 2003). Además, con los tratamientos específicos encontramos también problemas para tratar la comorbilidad (Craske et al., 2007; Gibbons y DeRubeis, 2008) dado que aportan peores resultados para el trastorno primario en aquellas personas que tienen más de un diagnóstico (DeRubeis et al., 2005; Steketee et al., 2001). Por último, hay que tener en cuenta que el tratamiento de la sintomatología disociativa supone un elevado coste económico que se podría reducir con la utilización de tratamientos adecuados (Langeland et al., 2020).

Ante las dificultades expuestas para tratar un trastorno específico con un tratamiento específico, surge la idea de poder utilizar un tratamiento transdiagnóstico, como por ejemplo, el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (PU; Barlow et al., 2018) ya que este tipo de intervenciones tratan las dimensiones que son comunes en diferentes trastornos y que mantienen el problema (Sauer-Zavala et al., 2017).

El PU es una intervención basada en los principios de la terapia cognitivo-conductual, el objetivo de esta intervención es que las personas aprendan a tolerar sus emociones

desagradables e intensas, intentando aceptarlas en vez de evitarlas, poniendo el enfoque en estrategias de regulación emocional que sean adaptativas (Barlow et al., 2018b).

Los resultados sobre eficacia existentes nos muestran que el PU es tan efectivo como los protocolos específicos para cada trastorno (Bullis et al., 2023), y diversos estudios han corroborado su eficacia respecto a los trastornos emocionales (Bullis et al., 2014; Carlucci et al., 2021; Farchione et al., 2012). Es de gran importancia destacar que en el estudio de Mohajerin et al. (2020) se encontraron resultados favorables respecto a la eficacia del PU en personas con Trastorno de Identidad Disociativo.

Por último, cabe recalcar que existen datos que apoyan que el PU es eficaz en personas que, además de padecer un trastorno emocional, tienen otros diagnósticos (Ciraulo et al., 2013; Ellard et al., 2012; Gallagher, 2017; Sauer-Zavala et al., 2016).

Este protocolo se divide en ocho módulos de tratamiento, los módulos que abarcan del tres al siete son los módulos centrales en los que se desarrollan las habilidades emocionales específicas. Los ocho módulos son los siguientes: 1) estableciendo objetivos y manteniendo la motivación, 2) comprendiendo las emociones, 3) conciencia emocional plena, 4) flexibilidad cognitiva, 5) oponiéndose a las conductas emocionales, 6) comprender y afrontar las sensaciones físicas, 7) exposiciones emocionales, 8) reconocer tus logros y mirar hacia el futuro (Barlow et al., 2018b).

Por consiguiente, considerando la gran prevalencia de esta problemática en numerosos trastornos, así como las complicaciones derivadas de ello, se presenta el siguiente programa de intervención dirigido a personas con trastornos disociativos.

Objetivos

El objetivo principal de este programa es describir una intervención aplicando el PU para tratar la sintomatología disociativa en los trastornos disociativos.

Para cumplir dicho objetivo principal, se establecen varios objetivos específicos:

- Revisar la literatura existente sobre la eficacia PU en la sintomatología disociativa.
- Identificar aquellos componentes del PU que podríamos adaptar para tratar la sintomatología disociativa.
- Diseñar un plan de tratamiento según los módulos del PU aplicado a dicha sintomatología.
- Definir los criterios de inclusión para beneficiarse del programa.
- Diseñar el protocolo de evaluación.
- Describir un diseño de investigación para demostrar la utilidad clínica y aceptabilidad preliminar de dicho programa de intervención.
- Sugerir futuras líneas de investigación.

Localización y destinatarios

Este programa de intervención se dirige a personas de entre 20 y 40 años que padecen un trastorno disociativo y/o sintomatología disociativa. No solamente ellos se beneficiarían de los posibles resultados de la terapia, sino también las personas que conforman su contexto familiar y social y los terapeutas que atienden a personas con este perfil y que pueden emplear el PU para su intervención terapéutica.

Asimismo, la sociedad en su conjunto se aprovecharía de dichos resultados por diversos motivos: 1) se reducirían los episodios disociativos, los cuales no se presentan únicamente en los trastornos disociativos; 2) se optimizaría de esta manera la calidad de vida de los individuos; 3) se atenuaría el gasto económico en los sistemas de salud como consecuencia de usar un único protocolo y, por consiguiente, los gastos que implica la formación de profesionales.

El programa se realizará en la Unidad de Salud Mental “Actur Sur”, ubicada en la calle Gómez de Avellaneda, 3, en Zaragoza. En dicha unidad los participantes serán atendidos por un/a psicólogo/a especialista en Psicología Clínica y formado en PU. Dado el carácter público del centro de salud, es probable que dispongamos de una mayor accesibilidad para identificar individuos con un perfil que cumpla con las condiciones requeridas en

comparación con centros de carácter privado, donde el costo económico asociado podría limitar la identificación de la muestra necesaria.

Metodología

Participantes

El grupo de intervención estará formado por un máximo de 10 personas de entre 20 y 40 años que hayan acudido de manera voluntaria a la Unidad de Salud Mental. El programa se aplicará en formato individual a lo largo de 14 semanas en sesiones de 50-60 minutos.

Los criterios de inclusión son: (1) tener una edad igual o superior a 18 años; (2) hablar castellano; (3) firmar el formulario de consentimiento y (4) presentar un diagnóstico principal de trastorno disociativo o mostrar sintomatología disociativa con o sin comorbilidad con otros trastornos emocionales.

Los criterios de exclusión son: (1) estar en tratamiento psicológico en el momento de la intervención; (2) presentar un trastorno por consumo de sustancias y (3) padecer un trastorno mental grave o experimentar ideación suicida en el momento de la evaluación.

Instrumentos

En primer lugar, solicitarán los siguientes datos sociodemográficos a los participantes: género, edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, historia familiar de trastornos mentales e historia del trauma.

En segundo lugar, se utilizarán los siguientes instrumentos, a los que las participantes responderán antes de la aplicación de la intervención y al finalizar el programa.

Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D; Steinberg, 1993). Esta entrevista estructurada permite evaluar la presencia de la amnesia, la desrealización, la despersonalización, la alteración y confusión de la identidad y otros síntomas relacionados. La entrevista consta de 150 a 200 preguntas, dependiendo de la respuesta que proporcione la persona.

Dissociative Experiences Scale (DES-II; Carlson y Putnam, 1993). Este instrumento consta de 28 ítems que miden experiencias disociativas. Se responde a través de un formato de escala tipo Likert autoadministrado con 11 opciones de respuesta que funciona en incrementos del 10%, desde 0% (nunca) hasta 100% (siempre). La puntuación total puede variar entre 0 y 100 donde puntuaciones iguales o superiores a 30 indican altos niveles de disociación y se obtiene calculando la media de las puntuaciones de los 28 ítems. Se utilizará

la adaptación castellana de Icarán et al. (1996) que ha demostrado buenas características psicométricas (Alpha de Cronbach = .91).

Multidimensional Emotional Disorders Inventory (MEDI; Rosellini y Brown 2019). El MEDI es un inventario autoadministrado formado por 49 ítems que evalúan: Temperamento Neurótico (TN), Temperamento Positivo (TP), Estado de Ánimo Deprimido (D), Activación Autónoma (AA), Ansiedad Somática (ASOM), Ansiedad Social (ASOC), Intrusiones Cognitivas (IC), Reexperimentación Traumática (TRA) y Evitación (EV). Se responde a través de una escala tipo Likert de 9 puntos, en la cual tienen que señalar en qué grado se aplican los ítems desde 0 = “No es característico en mí”, hasta 8 = “Totalmente característico en mí”. Se utilizará la validación al castellano de Osma et al. (2023). que ha demostrado buenas características psicométricas (Alpha de Cronbach = entre .66 y .91).

Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Este instrumento está conformado por 21 ítems que miden la presencia y la intensidad de la depresión, la ansiedad y el estrés. Se responde a través de una escala tipo Likert de 4 puntos, en la cual tienen que señalar en qué grado se aplican los ítems desde 0 = “No me ha ocurrido”, hasta 3 = “Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo”. Se utilizará la adaptación al castellano de Ruiz et al. (2017) que ha demostrado buenas características psicométricas (Alpha de Cronbach = entre .92 y .95)

Short-Form Health Survey (SF-36; Hays et al., 1993). El Cuestionario de Salud SF-36 se compone de 36 preguntas que evalúan el estado de la salud, las cuales se dividen en 8 escalas: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. Se responde a través de una escala tipo Likert de 3, 5 o 6 puntos, dependiendo de la pregunta (1= excelente/mucho mejor ahora que hace un año/sí, me limita mucho/siempre/nada/no, ninguno/totalmente cierta; 2= muy buena/algo mejor ahora que hace un año/sí, me limita un poco/casi siempre/un poco/sí, muy poco/bastante cierta; 3= buena/más o menos igual que hace un año/no, no me limita nada/algunas veces/regular/sí, un poco/no lo sé; 4= regular/algo peor ahora que hace un año/solo alguna vez/bastante/sí, moderado/bastante falta; 5= mala/mucho peor ahora que hace un año/nunca/mucho/sí, mucho/nunca, totalmente falsa; 6= sí, muchísimo). Se utilizará la segunda versión de la adaptación al castellano de López-García et al. (2003) que ha demostrado buenas características psicométricas (Alpha de Cronbach = entre .84 y .95).

Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS; Bentley et al., 2014). La Escala General de Gravedad e Interferencia de Depresión es una escala autoaplicada que se compone de 5 ítems que evalúan la severidad e interferencia de los síntomas depresivos. Se

responde a través de una escala tipo Likert de 5 puntos, en la cual tienen que señalar en qué grado se aplican los ítems desde '0' hasta '4' (0 = no/poco/nada/ninguna; 1 = algunas veces/leve/infrecuente; 2 = moderada/ocasional; 3 = severa/frecuente; 4 = contante/extrema/todo el tiempo). Se utilizará la adaptación al castellano de Osma et al. (2019) que ha demostrado buenas características psicométricas (Alpha de Cronbach = .94).

Overall Anxiety Severity and Impairment Scales. (OASIS; Norman et al., 2006). La Escala General de Gravedad e Interferencia de la Ansiedad es una escala autoaplicada que se compone de 5 ítems que evalúan la severidad e interferencia de los síntomas ansiógenos. Se responde a través de una escala tipo Likert de 5 puntos, en la cual tienen que señalar en qué grado se aplican los ítems desde '0' hasta '4' (0 = no/poco/nada/ninguna; 1 = algunas veces/leve/infrecuente; 2 = moderada/ocasional; 3 = severa/frecuente; 4 = contante/extrema/todo el tiempo). Se utilizará la adaptación al castellano de Osma et al. (2019) que ha demostrado buenas características psicométricas (Alpha de Cronbach = .87).

Evaluación de la satisfacción de los participantes con la intervención. Este instrumento de elaboración propia está conformado por 8 preguntas, las 5 primeras preguntas evalúan el grado de satisfacción relacionado con distintos aspectos del programa de intervención, las cuales se responden a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (1= muy bajo; 2 = bajo; 3 = medio; 4 = alto; 5 = muy alto) donde tendrán que justificar la respuesta. El resto de preguntas son de respuesta libre y están relacionadas con la valoración que ellos hacen sobre si el programa les ha ayudado con su problemática.

Procedimiento

La selección de los participantes se realizará conjuntamente con los profesionales de la Unidad de Salud Mental "Actur Sur", proporcionándoles información acerca de los criterios de inclusión, exclusión y de los objetivos del programa para realizar la selección de aquellas personas que consideren más adecuadas en base a las demandas requeridas. Con anterioridad a la puesta en marcha del estudio, se solicitará la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA). Finalmente, se comenzará con la implementación del programa en las instalaciones de la Unidad de Salud Mental "Actur Sur".

Sesiones

La intervención estará constituida por 14 sesiones, una por semana, con una duración de 50-60 minutos. Todas las sesiones serán aplicadas en formato individual. La primera sesión conforma el Pre-Módulo, el resto están compuestas por los ocho módulos del Protocolo Unificado. Para empezar con el comienzo de las sesiones, los instrumentos de evaluación se habrán tenido que pasar con anterioridad. En lo que respecta a las sesiones de los módulos, se comenzará administrando las escalas ODSIS y OASIS al principio de cada sesión. Posteriormente, se procederá a revisar las tareas que se asignaron en la sesión anterior, evaluando así el contenido de la sesión anterior y el progreso del participante. A continuación, se expondrán los conceptos clave de la sesión actual y se comenzará con los ejercicios. Al terminar cada sesión el terapeuta hará un resumen de lo aprendido en la sesión y si ha surgido alguna situación con la que no se ha sentido cómodo. Finalmente, se describen y explican las tareas para casa. Las sesiones se pueden encontrar en el Anexo II.

Tabla 1. *Módulos del protocolo unificado aplicado a trastornos disociativos*

Pre-Módulo: Evaluación funcional e introducción al tratamiento

Módulo 1: Estableciendo objetivos y manteniendo la motivación

Módulo 2: Comprendiendo la disociación

Módulo 3: Conciencia plena

Módulo 4: Flexibilidad cognitiva

Módulo 5: Oponiéndose a las conductas emocionales

Módulo 6: Comprender y afrontar las sensaciones físicas

Módulo 7: Exposición emocional

Módulo 8: Reconocer tus logros y mirar hacia el futuro

Nota: los módulos centrales están en negrita

Tabla 1. *Cronograma de sesiones*

<i>Sesiones</i>	<i>Módulo</i>	<i>Contenidos</i>
Sesión 1	Pre-Módulo	- Presentación del profesional y de los participantes - Revisión del diagnóstico

		<ul style="list-style-type: none"> - Descripción del programa - Expectativas y dudas
Sesión 2	Módulo 1	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificando las áreas problemáticas - Estableciendo objetivos alcanzables - Motivación y compromiso - Resumen y tareas
Sesión 3 y 4	Módulo 2	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión tareas - Psicoeducación: sintomatología disociativa - El ARCO de las experiencias emocionales - Resumen y tareas
Sesión 5 y 6	Módulo 3	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión tareas - ¿Qué es la conciencia plena? - Aplicando la conciencia plena - Resumen y tareas
Sesión 7 y 8	Módulo 4	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión tareas - Flexibilidad cognitiva - Resumen y tareas
Sesión 9	Módulo 5	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión tareas - Conductas emocionales - Consecuencias de dichas conductas - Acciones alternativas - Resumen y tareas
Sesión 10 y 11	Módulo 6	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión tareas - ¿Por qué las sensaciones físicas son importantes para nuestras experiencias disociativas? - Afrontar las sensaciones físicas - Inducir sensaciones físicas - Resumen y tareas

Sesión 12 y 13

Módulo 7

- Revisión tareas
 - Introducción a la exposición al trauma
 - Tipos de exposiciones
 - Practicando las exposiciones
 - Resumen y tareas
-

Sesión 14

Módulo 8

- Revisión tareas
 - Evaluar el progreso
 - Mantener el progreso
 - Anticipar dificultades
 - Resumen
-

Recursos

Humanos

Para la aplicación del PU la psicóloga del centro de Unidad de Salud Mental será la encargada de llevar a cabo las sesiones correspondientes al programa, dicha psicóloga estará especializada en PU. Además de ella, diversos especialistas de la Unidad de Salud Mental ayudarán en la evaluación y selección de participantes.

Materiales

El Manual del paciente (Barlow et al., 2018a) y el Manual del terapeuta (Barlow et al., 2018b).

Papel y bolígrafo.

Materiales a utilizar según los distintos módulos:

Módulo 1: ficha de conceptualización del caso, registro de objetivos del tratamiento, ejercicio de balance decisional, escala de ansiedad y registro de progreso.

Módulo 2: registro del modelo de los tres componentes de las emociones, registro siguiendo tu ARCO, escala de ansiedad, escala de depresión y registro de progreso.

Módulo 3: un archivo de música o un CD, auriculares, radio u ordenador con altavoces y registro de conciencia emocional plena.

Módulo 4: una escena ambigua, el registro practicando la flexibilidad cognitiva y el Registro de flechas descendentes.

Módulo 5: lista de conductas emocionales y registro oponiéndose a las conductas emocionales.

Módulo 6: test de sensaciones físicas, una pajita, un cronómetro, material relevante para la reactividad fisiológica específica del participante y registro de práctica de sensaciones físicas.

Módulo 7: ejercicios de inducción de emociones, jerarquía de exposición emocional, registro de práctica de exposición emocional y resumen después de la exposición.

Módulo 8: registro de objetivos del tratamiento, registro de evaluación del progreso y plan de práctica.

Evaluación

Con el objetivo de valorar la utilidad clínica del presente programa para poder replicarlo en el futuro, se realizarán evaluaciones en distintos momentos de la ejecución del mismo.

En cuanto a la procedencia de los evaluadores, la evaluación del programa se realizará de forma mixta, tanto por el propio personal (psicóloga especializada en PU) como por personal externo cualificado, de modo que aseguremos que la valoración se realice lo más objetivamente posible.

Con anterioridad a la puesta en práctica del programa, se trasladará la propuesta de intervención a distintos profesionales del grupo de investigación IPES, especializados en PU, y a profesionales especializados en trastornos disociativos con la finalidad de conocer su opinión profesional a través de un cuestionario de elaboración propia (Anexo XXI).

Con el fin de evaluar la mejora de los participantes durante el programa de intervención, el terapeuta tendrá que cumplimentar informes regulares sobre el funcionamiento de los participantes en las sesiones.

Asimismo, durante todo el desarrollo de las sesiones los participantes tendrán que rellenar al iniciar cada sesión la escala OASIS y la ODSIS, así como el registro de progreso.

Para conocer la satisfacción con la intervención por parte de los participantes, se administrará un cuestionario de satisfacción (Anexo XXII).

Se evaluará la eficacia del estudio pre-post a través de los instrumentos de evaluación al finalizar la intervención y seis meses después. Los resultados de los instrumentos se compararán con los realizados previamente a la aplicación de las sesiones de forma que podamos conocer la utilidad clínica del PU en la salud mental de los participantes. Con el objetivo de comprobar si los cambios pertinentes son clínicamente significativos,

calcularemos el índice de cambio fiable, que nos permitirá conocer si se han normalizado las puntuaciones clínicas en cada participante.

Resultados esperados

Tras la implementación de este programa se espera ver una mejora considerable en la sintomatología disociativa que presente la persona. Además, no solo esperamos mejoras en esa área específica, si no también en sintomatología ansiosa, depresiva o relacionada. Como ya se ha mencionado, los trastornos emocionales comparten síntomas subyacentes comunes, por lo que un mismo tratamiento enfocado en esos síntomas probablemente sea lo más eficaz a nivel de resultados.

Cabe destacar que en el estudio de Mohajerin et al. (2020) se llevó a cabo una intervención en la cual trataban el trastorno de identidad disociativo (TID) a través del PU. En dicho estudio se realizaron pocas modificaciones en el planteamiento de las sesiones y pudieron observar que, después del tratamiento, ninguno de los participantes cumplió criterios para ningún diagnóstico excepto la presencia de dos o más estados de personalidad distintos, aunque en vez de reconocerlos como identidades lo reconocían como distintos aspectos de sí mismos.

Dada la semejanza del programa de intervención que he planteado con el que se aplica en el estudio aquí explicado, considero que se podrían extrapolar los mismos resultados aunque no incluyamos únicamente personas con TID, sobre todo teniendo en cuenta que no solo se va a tratar este tipo de trastorno, si no otras problemáticas relacionadas que suponen menos gravedad, tales como la desrealización o la despersonalización.

Es de gran importancia que los objetivos propuestos se cumplan con la ejecución del programa, de forma que los participantes puedan conocer las características y consecuencias de su problemática, para poder ayudar a reducir las respuestas de evitación y para que aprendan a tolerar las emociones desagradables.

Esperamos que al finalizar las sesiones los participantes sean capaces de practicar la flexibilidad cognitiva y de reconocer el comienzo de algún tipo de sesgo cognitivo o de posibles disparadores. Asimismo, se espera también fomentar la comprensión de las sensaciones físicas y, de forma más general, de la conciencia plena.

En última instancia, se pretende que el aprendizaje adquirido ayude a los participantes a: (1) saber gestionar las posibles recaídas que puedan tener lugar con el transcurso de los meses tras la finalización de la terapia; (2) estar informados acerca de todas las facetas del

problema que les concierne; (3) comenzar a tener un rol más activo en el cuidado de su salud mental.

Conclusiones

Los trastornos y la sintomatología disociativa son una problemática que afecta en un nivel significativo a población clínica, y que tiene una alta comorbilidad con otro tipo de trastornos. Dadas las características peculiares de dicho problema, se ha creído conveniente realizar un programa de intervención que ayude a estas personas a mejorar su salud mental.

Cabe destacar que se ha encontrado poca investigación en torno a la utilización del PU en esta clase de sintomatología. Sin embargo, la información que se ha hallado ha sido de gran utilidad. Es de gran relevancia el poner en práctica un tratamiento de tipo transdiagnóstico para este tipo de problemática, de forma que el gasto económico en cuanto a formación de los terapeutas se pueda ver reducido y podamos ser más eficaces respecto a la metodología clínica. Es interesante postular que los trastornos disociativos forman parte de los trastornos emocionales, de esta manera podemos observar dicha problemática desde un prisma más integral. Con la puesta en práctica de este programa podremos corroborar dicha hipótesis.

Como ya se ha mencionado anteriormente, se espera que este programa sea capaz de ayudar a personas con esta sintomatología de manera que puedan aprender a gestionar la parte cognitiva, emocional y física que conllevan y suponen los episodios disociativos. Se busca que sean capaces de reconocer y gestionar las posibles recaídas que se puedan presentar en un futuro.

Respecto a las implicaciones teóricas y prácticas del presente programa, encontramos que los resultados obtenidos podrían ayudar al estudio de los trastornos mentales y de la práctica clínica dada la relevancia del presente programa en el contexto de la investigación.

En relación con las limitaciones, encontramos que una posible limitación del presente trabajo podría ser no encontrar la suficiente muestra para poder llevar a cabo el proyecto, dados los criterios de inclusión y exclusión. En segundo lugar, otra posible limitación la encontramos en que los resultados derivados del programa de intervención no se podrían generalizar al ser un diseño piloto pre-post y no poder compararlo con un grupo control. Asimismo, nos limitaríamos a conocer únicamente la utilidad clínica del programa.

Se recomienda para futuras investigaciones realizar una formulación del caso tras la evaluación del mismo para adaptar los módulos del PU a cada persona, que se tenga en cuenta su problemática en el contexto en el que esta se ha generado, recalcando la

importancia de que cada persona lleve un proceso terapéutico adaptado a sus características personales. Por otra parte, se recomienda que se explore de manera más profunda cómo influyen los mecanismos de cambio del PU en la sintomatología disociativa. Por último, sería interesante indagar el impacto cultural en la disociación y su tratamiento en la población según género y edad.

En definitiva, este estudio establece una adaptación del PU para mejorar la calidad de vida de la población clínica y renovar los procedimientos terapéuticos establecidos en el sistema actual, destacando así la importancia de continuar con futuras líneas de investigación que aborden de manera integral el tratamiento de los trastornos y la sintomatología disociativa.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª ed.) (DSM-5)*. Washington DC: Autor.
- Anda, R. F., Fellitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D. y Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Barlow, D. H. Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Murray, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. T. y Casiello-Robins, C. (2018a). *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (2ª ed.): Manual del paciente* (Jorge Osma y Elena Crespo, trad., 2019). Alianza Editorial.
- Barlow, D. H. Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., Murray, H., Ellard, K., Bullis, J., Bentley, K., Boettcher, H. T. y Casiello-Robins, C. (2018b). *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (2ª ed.): Manual del terapeuta* (Jorge Osma y Elena Crespo, trad., 2019). Alianza Editorial.
- Barlow, D. H. (2019). Prólogo. En J. Osma (Coord.), *Aplicaciones del Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de la disregulación emocional*, 13-17. Alianza Editorial.
- Bellido-Zanin, G., Serret-Morano, L. M., Armesto-Luque, L. y Perona-Garcelán, S. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos disociativos. En E. Fonseca-Pedrero (Eds.), *Manual de Tratamientos Psicológicos: Adultos*, (pp. 437-454). Comercial Grupo ANAYA, S.A.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R. y Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological assessment*, 26(3), 815-830.
- Bullis, J. R., Eustis, E. H., Curren, A. J., Cardona, N. D., Woods, B. K., Rosellini, A. J., Barlow, D. H. y Farchione, T. J. (2023). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A three-year follow-up. *Journal of Mood and Anxiety Disorders*, 3. <https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2023.100024>
- Bullis, J. R., Fortune, M. R., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the long-term outcome of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1920-1927.

- Carl, J. R., Gallagher, M., W., Sauer-Zavala, S. E., Bentley, K. H. y Barlow, D. H. (2014). A preliminary investigation of the effects of the unified protocol on temperament. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1426-1434.
- Carlucci, L., Saggino, A. y Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Carlson, E. B. y Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: progress in the dissociative disorders*, 6(1), 16-27.
- Ciraulo, D. A., Barlow, D. H., Gulliver, S. B., Farchione, T., Morissette, S. B., Kamholz, B. W., Eisenmenger, K., Brown, B., Devine E., Brown, T. A. y Knap, C. M. (2013). The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 729-735.
- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M. y Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1095-1109.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E. y Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138, 550-558.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L. y Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409-416. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>.
- De Silva, P. y Ward, A. J. (1993). Personality correlates of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 14(6), 857-859.
- Ellard, K. K., Deckersbach, T., Sylvia, L. G., Nierenberg, A. A. y Barlow, D. H. (2012). Transdiagnostic treatment of bipolar disorder and comorbid anxiety with Unified Protocol. *Behavior Modification*, 36, 482-508.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J., Gallagher, M. W. y Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678.

- Gallagher, M. W. (2017). The unified protocol for posttraumatic stress disorder: A clinical replication series. En D. H. Barlow y T. J. Farchione (Eds), *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (pp. 11-126). Oxford University Press.
- Gibbons, C. J. y DeRubeis, R. J. (2008). Anxiety symptom focus in sessions of cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 39(2), 117-125.
- Hays, R. D., Sherbourne, C. D. y Mazel, R. M. (1993). The rand 36-item health survey 1.0. *Health economics*, 2(3), 217-227.
- Icarán, E., Colom, R. y Orenco-García, F. (1996). Estudio de validación de la escala de experiencias disociativas con muestra de población española [Validation study of the dissociative experiences scale in Spanish population sample]. *Actas Luso-Espanolas de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines*, 24(1), 7-10.
- Kate, M. A., Hopwood, T. y Jamieson, G. (2020). The prevalence of dissociative disorders and dissociative experiences in college populations: A meta-analysis of 98 studies. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(1), 16-61.
- Langeland W., Jepsen E. K., Brand B. L., Kleven L., Loewenstein R. J., Putnam F. W., Schielke, H. J., Myrick, A., Lanius, R. A. y Heir, T. (2020). The economic burden of dissociative disorders: A qualitative systematic review of empirical studies. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(7), 730-738. <https://doi.org/10.1037/tra0000556>
- López-García, E., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Gutiérrez-Fisac, J. L., Alonso, J. y Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Medicina clínica*, 120(15), 568-573.
- Lovibond, S.H. y Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T. y van der Kloet, D. (2012). Dissociation and dissociative disorders: Challenging conventional Wisdom. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 48-53.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., Bruck, M., Garry, M. y Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: Inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, 140(3), 896-910. <https://doi.org/10.1037/a0035570>

- Mohajerin, B., Lynn, S. J., Bakhtiyari, M. y Dolatshah, B. (2020). Evaluating the unified protocol in the treatment of dissociative identify disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 27*(3), 270-289.
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J. y Stein, M. B. (2006). Development and validation of an overall severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety, 23*, 245-249
- Noyes, R. y Kletti, R. (1977). Depersonalization in response to life-threatening danger. *Comprehensive Psychiatry, 18*, 375-380.
- Osma, J., Quilez-Orden, A., Suso-Ribera, C., Peris-Baquero, O., Norman, S., Bentley, K. y Sauer-Zavala, S. E. (2019). Psychometric properties and validation of the Spanish versions of the Overall Anxiety and Depression Severity and Impairment Scales. *Journal of Affective Disorders, 252*, 9-18.
- Osma, J., Martínez-Loredo, V., Quilez-Orden, A., Peris-Baquero, O., Ferreres-Galán, V., Prado-Abril, J. y Rosellini, A. J. (2023). Multidimensional emotional disorders inventory: Reliability and validity in a Spanish clinical sample. *Journal of Affective Disorders, 320*, 65-73.
- Renard, S. B., Huntjens, R. J., Lysaker, P. H., Moskowitz, A., Aleman, A. y Pijnenborg, G. H. (2017). Unique and overlapping symptoms in schizophrenia spectrum and dissociative disorders in relation to models of psychopathology: A systematic review. *Schizophrenia Bulletin, 43*, 108-112.
- Ross, C.A., Joshi, S. y Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1547-1552.
- Rosellini, A. J. y Brown, T. A. (2019). The Multidimensional Emotional Disorder Inventory (MEDI): Assessing transdiagnostic dimensions to Validate a Profile Approach to Emotional Disorder Classification. *Psychological Assessment, 31*(1), 59-72. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pas0000649>
- Ruiz, F. J., Martín, M. B. G., Falcón, J. C. S. y González, P. O. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17*(1), 97-105.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, I. L., Tutkun, H., Bakim, B. y Özdemir, Ö. (2003). The Axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation, 4*(1), 119-136.

- Sar, V. (2011). Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5622>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H. y Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *Journal of Personality Disorders*, 30, 35-51.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. Farchione, T. J., Boettcher, H., Bullis, J. y Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 4, 128-138.
- Spiegel, D. (Ed.). (1993). *Dissociative disorders: A clinical review*. The Sidran Press.
- Steinberg, M. (1994). *Interviewer's guide to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*. American Psychiatric Pub.
- Steketee, G., Chambless, D. L. y Tran, G. Q. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42(1), 76-86.
- Suárez, L., Bennet, S., Goldstein, C. y Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a “triple vulnerabilities” framework. En M. M. Antony y M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp., 153-172). Oxford University Press.
- Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D. y Freund, R. (2012). A latent class analysis of dissociation and PTSD: Evidence for a dissociative subtype. *Archives of General Psychiatry*, 69, 698-705.

Anexos

Anexo I. Tabla de los trastornos disociativos (APA, 2013).

Trastornos disociativos	Características
Trastorno de identidad disociativo	Alteración de la identidad caracterizado por dos o más estados de la personalidad que están perfectamente delimitados. Dicha alteración se define por una marcada ruptura en la percepción del propio y acompañado de cambios en el estado emocional, la conducta, los procesos cognitivos y/o el funcionamiento sensitivo-motor.
Amnesia disociativa	Se caracteriza por la dificultad para recordar información personal importante que tiende a tener un componente traumático incompatible con la pérdida de memoria común. Puede verse incluida la fuga disociativa en este tipo de amnesia, cuyo síntoma principal es que la persona parece vagar sin rumbo a causa de una amnesia de la identidad.
Trastorno de despersonalización/desrealización	La despersonalización se caracteriza por experiencias de separación o irrealidad de la mente consciente, el cuerpo o los actos de la persona. La desrealización se caracteriza por experiencias de separación o irrealidad respecto al ambiente. Durante ambas experiencias el sentido de realidad se mantiene intacto.
Otro trastorno disociativo especificado	Son trastornos que presentan sintomatología característica de un trastorno disociativo y pero que no encajan con ninguno de los criterios de los trastornos. Algunos ejemplos son: síndromes crónicos y repetitivos de síntomas disociativos mixtos, alteración de la identidad del individuo a causa de persuasión coercitiva, reacciones disociativas agudas a experiencia estresantes y trance disociativo.
Trastorno disociativo no especificado	Dicha categorización se aplica a experiencias en las que prevalece la sintomatología disociativa pero que no encajan con ninguno de los criterios del

	trastorno. Incluye aquellas experiencias en las que no hay suficiente información para llevar a cabo un diagnóstico.
--	--

Anexo II. Sesiones

Sesión 1. Pre-Módulo. Evaluación funcional e introducción al tratamiento

Objetivos: presentar el programa y su metodología; presentar a la psicóloga y al participante; revisar el diagnóstico; comprender las dificultades del participante.

Los primeros quince minutos de la sesión irán orientados a la presentación de la psicóloga y del participante, de forma que se vaya generando un ambiente de respeto y seguridad. Se enfatizará en la importancia del cumplimiento de tareas para la adherencia al tratamiento. Asimismo, como para algunos de los participantes puede ser problemático realizar las tareas, se indica a los participantes que pueden colocar sus tareas en distinto mobiliario de su casa como recordatorio para llevarlas a cabo. El participante en este momento completaría las Escalas de ansiedad, depresión y el Registro de progreso (Anexo IV).

A continuación, se procederá a revisar el cuadro diagnóstico del participante, conoceremos de forma más detallada las dificultades a las que se enfrenta, así como las respuestas aversivas y de evitación que subyacen a las experiencias disociativas.

Procederemos a presentar el programa para que el paciente entienda cómo el programa se relaciona con su problemática.

Al final de la sesión se realizará un breve resumen de lo aprendido y se preguntará al participante los sentimientos y sensaciones que ha experimentado a lo largo de la sesión.

En este apartado el terapeuta completaría la Ficha del PU (Anexo III) para la conceptualización del caso.

Este Pre-módulo está asociado a la sesión 1 del PU (Barlow et al., 2018a; Barlow et al; 2018b).

Sesión 2. Módulo 1. Estableciendo objetivos y manteniendo la motivación.

Objetivos: incrementar la motivación del participante y el compromiso con el tratamiento; establecer los objetivos; establecer una secuencia de pasos para lograr los objetivos; analizar los beneficios y costes de mantenerse igual.

Con el comienzo de la sesión el participante cumplimentará las Escalas de ansiedad y depresión y el Registro de progreso (Anexo IV). Posteriormente, nos centraremos en identificar la manera en que la sintomatología disociativa interfiere en la vida del participante y la importancia de la motivación para poder llevar a cabo el plan de tratamiento, especificando que es normal que la motivación fluctúe. Clarificaremos las áreas problemáticas del participante, de manera que este entienda que cuando comprendemos de mejor forma nuestros problemas podemos focalizar los esfuerzos en el tratamiento. Después de que el participante identifique cómo interfieren las experiencias disociativas en su vida, pensará cómo se relacionan sus objetivos con dicha problemática con el Registro de objetivos de tratamiento. Haremos uso del Ejercicio de balance decisional para evaluar los pros y contras de cambiar y de permanecer igual. Con la finalización de la sesión se realizará un breve resumen de lo aprendido y se preguntará al participante los sentimientos y sensaciones que ha experimentado a lo largo de la sesión. Se mandará completar el Registro de objetivos de tratamiento (Anexo V) y el Ejercicio de balance decisional (Anexo VI).

Este módulo está asociado al módulo 1 del PU (Barlow et al., 2018a; Barlow et al., 2018b).

Sesión 3 y 4. Módulo 2. Comprendiendo la disociación.

Objetivos: conocer la funcionalidad de las emociones básicas y sus 3 componentes; ayudar a tener una mejor comprensión de las experiencias disociativas; desarrollar mayor conciencia de las mismas; identificar los desencadenantes de dichas experiencias y de las experiencias emocionales.

Con el comienzo de la sesión 3 el participante cumplimentará las Escalas de ansiedad y depresión y el Registro de progreso (Anexo IV) y se procederá a revisar las tareas mandadas en la sesión anterior. En primer lugar, se procederá a explicar que es una emoción y los tres componentes de la experiencia emocional: cognitivo, fisiológico y conductual. A continuación, se comenzará con la psicoeducación sobre sintomatología disociativa y su relación con las experiencias traumáticas. Se procederá a explicar qué es el neuroticismo y la evitación emocional, para que el participante pueda entender cómo estos factores influyen en la aparición de sintomatología disociativa. Se hará hincapié también en la importancia de las emociones en las experiencias disociativas, y en los componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales que se desencadenan cuando estamos viviendo dichas experiencias.

Con la finalización de la sesión se realizará un breve resumen de lo aprendido y se preguntará al participante los sentimientos y sensaciones que ha experimentado a lo largo de

la sesión. Se mandará completar el Registro del modelo de los tres componentes de las emociones (Anexo VII).

Con el comienzo de la sesión 4 el participante cumplimentará las Escalas de ansiedad y depresión y el Registro de progreso (Anexo IV) y se procederá a revisar las tareas mandadas en la sesión anterior. Explicaremos cómo funciona el ARCO de las experiencias emocionales; analizando qué ocurre antes y después de experimentar una emoción y explorando la retroalimentación existente entre emoción y disociación.

Es habitual que algunas personas tengan problemas observando sus propios sentimientos y pensamientos, por lo que el seguimiento de los mismos puede ayudar a desarrollar las habilidades de observación requeridas para una buena gestión emocional.

Con la finalización de la sesión se realizará un breve resumen de lo aprendido y se preguntará al participante los sentimientos y sensaciones que ha experimentado a lo largo de la sesión. Se mandará completar el ARCO de las experiencias disociativas (Anexo VIII).

Este módulo está asociado al módulo 2 del PU (Barlow et al., 2018a; Barlow et al., 2018b).

Sesión 5 y 6. Módulo 3. Conciencia plena.

Objetivos: ayudar a desarrollar conciencia plena en sus experiencias diarias; ayudar a anclarse en el presente ante episodios disociativos.

Con el comienzo de la sesión 5 el participante cumplimentará las Escalas de ansiedad y depresión y el Registro de progreso (Anexo IV) y se procederá a revisar las tareas mandadas en la sesión anterior. Explicaremos el concepto de conciencia plena a través de una psicoeducación y se mandarán ejercicios para practicarla. La sesión 6 irá dedicada a explorar estrategias de meditación en conciencia plena, a cómo inducir estos estados y anclarse en el presente ante la aparición de episodios disociativos. Se pueden utilizar diversas técnicas, tales como decirle al participante que nombre cosas que se encuentren en la habitación, centrarse en la respiración o alternar estos dos tipos de ejercicios.

Con la finalización de cada sesión se realizará un breve resumen de lo aprendido y se preguntará al participante los sentimientos y sensaciones que ha experimentado a lo largo de la sesión. Al terminar la sesión 5 se mandará completar el Registro de conciencia emocional plena (Anexo IX) para plasmar las experiencias. Al terminar la sesión 6 se mandará completar el Registro de conciencia plena (Anexo IX).

Este módulo está asociado al módulo 3 del PU (Barlow et al., 2018a; Barlow et al., 2018b).

Sesión 7 y 8. Módulo 4. Flexibilidad cognitiva.

Objetivos: explicar la relación entre pensamientos y comienzo de las experiencias emocionales; introducir el concepto de pensamientos automáticos; ayudar a identificar los sesgos cognitivos más frecuentes; ayudar a incrementar la flexibilidad cognitiva.

Con el comienzo de la sesión el participante cumplimentará las Escalas de ansiedad y depresión y el Registro de progreso (Anexo IV) y se procederá a revisar las tareas mandadas en la sesión anterior. En estas sesiones se procederá a introducir el concepto de pensamientos automáticos, los sesgos cognitivos y flexibilidad cognitiva y la importancia que tienen los pensamientos en las experiencias emocionales, logrando así una interpretación de los sucesos más adaptativa. Para trabajar la flexibilidad cognitiva, empezaremos un debate con el participante en el que le preguntaremos de qué forma las interpretaciones que ha hecho de un suceso han afectado a sus emociones. Asimismo, le pediremos identificar las interpretaciones que tiene de sus síntomas disociativos, de las experiencias traumáticas que puedan estar asociadas y de sí mismos a la hora de gestionar el malestar. También puede ocurrir que las emociones tengan influencia en las interpretaciones. Le pediremos al participante que nos describa cómo sus emociones podrían interpretar de una manera distinta una situación o un síntoma disociativo que haya experimentado.

Para explicar el funcionamiento de los pensamientos automáticos y trabajar con ellos, un ejercicio que utilizaremos será el de presentar una escena ambigua con diferentes interpretaciones posibles.

Además, se utilizará el Registro practicando la flexibilidad cognitiva para que el participante apunte cuándo podría estar cayendo en un sesgo cognitivo. En caso de que encontremos dificultad a la hora de llevar a cabo la flexibilidad cognitiva, utilizaremos también el Registro de flechas descendentes para poder averiguar cuáles son los pensamientos automáticos centrales.

Con la finalización de la sesión se realizará un breve resumen de lo aprendido y se preguntará al participante los sentimientos y sensaciones que ha experimentado a lo largo de la sesión. Se mandará completar el Registro practicando la flexibilidad cognitiva (Anexo X) y el Registro de flechas descendentes (Anexo XI).

Este módulo está asociado al módulo 4 del PU (Barlow et al., 2018a; Barlow et al., 2018b).

Sesión 9. Módulo 5. Oponiéndose a las conductas emocionales

Objetivos: explicar el término de conductas emocionales; analizar los diferentes tipos de conductas emocionales; explicar los efectos de las conductas emocionales; ayudar a encontrar acciones alternativas a sus conductas emocionales.

Con el comienzo de la sesión el participante cumplimentará las Escalas de ansiedad y depresión y el Registro de progreso (Anexo IV) y se procederá a revisar las tareas mandadas en la sesión anterior. En esta sesión se procederá a introducir el término de conducta emocional, refiriéndonos así a las acciones que realizamos para manejar nuestras emociones. En este caso habría que explicar cómo los episodios disociativos son una conducta de evitación que permite desconectar de esta forma de las emociones desagradables. Asimismo, es relevante que los participantes entiendan el rol que tienen las conductas emocionales en la perpetuación del problema a largo plazo. Las conductas emocionales son: (1) las conductas impulsadas por las emociones (CIE), (2) la evitación abierta/manifiesta, (3) las conductas sutiles de evitación, (4) la evitación cognitiva y (5) las conductas de seguridad.

Para que los participantes comprendan que intentar suprimir los pensamientos y las emociones no funciona, realizaremos un ejercicio donde pidamos a los participantes que traten de pensar durante un minuto en una situación que para ellos fue embarazosa, y otro minuto en el que traten de no pensar en esa situación. Descubrirán que es bastante difícil intentar evitar dicho recuerdo.

Por último, se planteará un listado de acciones alternativas para poder romper con las conductas emocionales, donde el énfasis se encontrará en hacer algo completamente opuesto a la conducta emocional. Le explicaremos al participante que hacer un cambio en las acciones que realizamos puede provocar que nuestra forma de sentirnos también cambie.

Con la finalización de las sesiones se realizará un breve resumen de lo aprendido y se preguntará al participante los sentimientos y sensaciones que ha experimentado a lo largo de la sesión. Se mandará completar la Lista de conductas emocionales (Anexo XII) y el Registro oponiéndose a las conductas emocionales (Anexo XIII).

Este módulo está asociado al módulo 5 del PU (Barlow et al., 2018a; Barlow et al., 2018b).

Sesión 10 y 11. Módulo 6. Comprendiendo y afrontando las sensaciones físicas.

Objetivos: identificar qué sensaciones físicas se asocian con las emociones intensas que generan malestar; comprender la función que tienen en los síntomas disociativos; enseñar ejercicios para incrementar la tolerancia a las sensaciones físicas.

Con el comienzo de las sesiones el participante cumplimentará las Escalas de ansiedad y depresión y el Registro de progreso (Anexo IV) y se procederá a revisar las tareas mandadas en la sesión anterior. Continuando con el procedimiento de la sesión, se procederá a explicar en primer lugar la importancia de las sensaciones físicas en las experiencias emocionales y disociativas del participante. Además, desarrollaremos el concepto de la importancia del contexto en la interpretación que le atribuimos a dichas sensaciones.

Por último, realizaremos inducciones de sensaciones físicas para que el participante pueda habituarse a estas.

Es importante destacar que hay participantes que pueden carecer de conciencia de las sensaciones físicas, por lo que es importante fomentar dicha conciencia a través de preguntas y proporcionando retroalimentación.

Con la finalización de las sesiones se realizará un breve resumen de lo aprendido y se preguntará al participante los sentimientos y sensaciones que ha experimentado a lo largo de la sesión. Se mandará completar el Test de sensaciones físicas (Anexo XIV) y el Registro de práctica de sensaciones físicas (Anexo XV).

Este módulo está asociado al módulo 6 del PU (Barlow et al., 2018a; Barlow et al., 2018b).

Sesión 12 y 13. Módulo 7. Exposiciones emocionales.

Objetivos: comprender la función de las exposiciones emocionales; aprender a realizar una jerarquía de exposición; practicar el afrontamiento de las emociones intensas a través de ejercicios de exposición.

Con el comienzo de las sesiones el participante cumplimentará las Escalas de ansiedad y depresión y el Registro de progreso (Anexo IV) y se procederá a revisar las tareas mandadas en la sesión anterior. Este módulo se ha elaborado específicamente para la práctica de la exposición emocional, con la que el participante tendrá que afrontar situaciones específicas, posiblemente fruto de un trauma, las cuales le produzcan emociones incómodas y que sean situaciones asociadas a episodios disociativos. A través de diferentes tipos de exposiciones emocionales se tendrá al participante bajo supervisión continua. Se le enseñará

a construir una jerarquía de exposición emocional para que él mismo pueda integrarlas en su día a día.

Conviene que se incluya una palabra de seguridad para terminar con la exposición en caso de que los niveles de estrés sean demasiado elevados.

Con la finalización de las sesiones se realizará un breve resumen de lo aprendido y se preguntará al participante los sentimientos y sensaciones que ha experimentado a lo largo de la sesión. Se mandará completar la Jerarquía de exposición emocional (Anexo XVI), el Registro de práctica de exposición emocional (Anexo XVII) y el Resumen después de la exposición (Anexo XVIII).

Este módulo está asociado al módulo 7 del PU (Barlow et al., 2018a; Barlow et al., 2018b).

Sesión 14. Módulo 8. Reconocer tus logros y mirar hacia el futuro.

Objetivos: revisar los conceptos claves y las habilidades de regulación emocional; evaluar el progreso; revisar objetivos para mantener beneficios.

Con el comienzo de las sesiones el participante cumplimentará las Escalas de ansiedad y depresión y el Registro de progreso (Anexo IV) y se procederá a revisar las tareas mandadas en la sesión anterior. Este módulo se ha elaborado específicamente para la revisión de los logros que ha adquirido el participante en cada módulo. Se reflexionará sobre los posibles momentos de malestar futuro y se procederá a explicar al participante cómo utilizar las habilidades adquiridas para afrontar estos episodios.

A través de esta evaluación del progreso que se realizará observando el Registro de progreso que se ha llevado a cabo durante el programa, comprobaremos cómo los síntomas han ido fluctuando a lo largo de las semanas. El participante rellenará el Registro de evaluación del progreso (Anexo XIX). Por último, revisaremos los objetivos y crearemos un plan de práctica (Anexo XX) para cada participante.

Este módulo está asociado al módulo 8 del PU (Barlow et al., 2018a; Barlow et al., 2018b).

Anexo III. Conceptualización del caso.

Formulación del caso del PU

Participante: _____

Problemas actuales

Emociones intensas desagradables

Reacciones aversivas

Afrontamiento evitativo

- Evitación situacional/escape:
- Conductas sutiles de evitación y conductas disociativas:
- Evitación cognitiva:
- Conductas de seguridad:

Plan de tratamiento: foco/aplicación módulos centrales

- Módulo 3:
- Módulo 4:
- Módulo 5:
- Módulo 6:
- Módulo 7:

Anexo IV. Escalas ODSIS y OASIS (Osma et al., 2019) y Registro de progreso.

Los siguientes ítems preguntan sobre depresión. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido?

- 0 = No me sentí deprimido durante la última semana.
- 1 = Depresión infrecuente. Me sentí deprimido en algunos momentos.
- 2 = Depresión ocasional. La mitad del tiempo me sentí deprimido y la otra mitad no.
- 3 = Depresión frecuente. Me sentí deprimido la mayor parte del tiempo.
- 4 = Depresión constante. Me sentí deprimido todo el tiempo.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste deprimido, ¿cómo de intensa o grave fue tu depresión?

- 0 = Poco o nada. La depresión estuvo ausente o casi no la noté.
- 1 = Leve. La depresión fue de baja intensidad.
- 2 = Moderada. La depresión me generó malestar en algunos momentos.
- 3 = Severa. La depresión fue intensa la mayor parte del tiempo.
- 4 = Extrema. La depresión me sobrepasó.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia tuviste dificultad para realizar o interesarte en actividades que normalmente disfrutas debido a tu depresión?

- 0 = Ninguna. No tuve dificultades para realizar o interesarme en actividades que normalmente disfruto debido a la depresión.
- 1 = Infrecuente. Algunas veces tuve dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida no se vio afectado.
- 2 = Ocasional. Tuve algunas dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios.
- 3 = Frecuente. Tuve bastantes dificultades para realizar actividades o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. He realizado cambios significativos en mi estilo de vida por no poder interesarme en actividades que solía disfrutar.
- 4 = Todo el tiempo. No he podido participar o interesarme en actividades que normalmente disfruto, debido a la depresión. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en el trabajo, el colegio o en tu hogar?

- 0 = Nada. La depresión no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.
- 1 = Leve. La depresión me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas fueron más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.
- 2 = Moderada. La depresión definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.
- 3 = Severa. La depresión verdaderamente ha interferido en mis tareas. Algunas tareas las he podido realizar, pero muchas otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.
- 4 = Extrema. La depresión ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la depresión en tu vida social y en tus relaciones?

- 0 = Nada. La depresión no interfirió en mis relaciones.
- 1 = Leve. La depresión apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.
- 2 = Moderada. La depresión ha interferido algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo manteniendo relaciones sociales algunas veces.
- 3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi depresión. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.
- 4 = Extrema. La depresión ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

Los siguientes ítems preguntan sobre ansiedad. Para cada ítem, rodee el número que mejor describa su experiencia durante la última semana.

1. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia te has sentido ansioso?

0 = No me sentí ansioso durante la última semana.

1 = Ansiedad infrecuente. Me sentí ansioso en algunos momentos.

2 = Ansiedad ocasional. La mitad del tiempo me sentí ansioso y la otra mitad no. Me costó relajarme.

3 = Ansiedad frecuente. Me sentí ansioso la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme.

4 = Ansiedad constante. Me sentí ansioso todo el tiempo y nunca llegué a relajarme.

2. Durante la última semana, cuando te sentiste ansioso, ¿cómo de intensa o grave fue tu ansiedad?

0 = Poco o nada. La ansiedad estuvo ausente o casi no la noté.

1 = Leve. La ansiedad fue de baja intensidad. Pude relajarme cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron solo un poco molestos.

2 = Moderada. La ansiedad me generó malestar en algunos momentos. Me resultó difícil relajarme o concentrarme, pero pude hacerlo cuando lo intenté. Los síntomas físicos fueron molestos.

3 = Severa. La ansiedad fue intensa la mayor parte del tiempo. Me resultó muy difícil relajarme o concentrarme en cualquier otra cosa. Los síntomas físicos fueron enormemente molestos.

4 = Extrema. La ansiedad me sobrepasó. Me fue totalmente imposible relajarme. Los síntomas físicos fueron insoportables.

3. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia evitaste situaciones, lugares, objetos o actividades debido a tu ansiedad o miedo?

0 = Ninguna. No evité lugares, situaciones, actividades o cosas por miedo.

1 = Infrecuente. Evité algunas cosas de vez en cuando, pero por lo general me enfrenté a las situaciones u objetos. Mi estilo de vida no se vio afectado.

2 = Ocasional. Tuve algo de miedo a ciertas situaciones, lugares u objetos, pero todavía pudo manejarlos. Mi estilo de vida sufrió pocos cambios. Siempre o casi siempre evité las cosas que me dan miedo si estaba solo, pero las pude manejar si alguien venía conmigo.

3 = Frecuente. Tuve bastante miedo y realmente intenté evitar las cosas que me asustan. He hecho cambios significativos en mi estilo de vida para evitar objetos, situaciones, actividades o lugares.

4 = Todo el tiempo. Evitar objetos, situaciones, actividades o lugares ha ocupado gran parte de mi vida. Mi estilo de vida se ha visto enormemente afectado y ya no hago cosas con las que solía disfrutar.

4. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu capacidad para hacer las cosas que necesitabas hacer en el trabajo, el colegio o en tu hogar?

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mi trabajo/hogar/colegio.

1 = Leve. La ansiedad me causó algo de interferencia en mi trabajo/hogar/colegio. Las cosas eran más difíciles, pero pude realizar todo lo que necesitaba hacer.

2 = Moderada. La ansiedad definitivamente interfirió en mis tareas. He podido realizar la mayoría de las cosas, pero solo algunas las he hecho tan bien como en el pasado.

3 = Severa. La ansiedad verdaderamente ha cambiado mi capacidad para hacer las cosas. Algunas cosas las he podido realizar, pero otras no. Mi rendimiento se ha visto definitivamente afectado.

4 = Extrema. La ansiedad ha llegado a ser incapacitante. He sido incapaz de completar mis tareas y he tenido que irme del colegio, he dejado o me han despedido de mi trabajo o he sido incapaz de completar las tareas del hogar y he sufrido consecuencias como desalojos, cobradores de facturas, etc.

5. Durante la última semana, ¿en qué medida ha interferido la ansiedad en tu vida social y en tus relaciones?

0 = Nada. La ansiedad no interfirió en mis relaciones.

1 = Leve. La ansiedad apenas interfirió en mis relaciones. Algunas de mis amistades y otras relaciones se han visto afectadas, pero en conjunto mi vida social sigue siendo satisfactoria.

2 = Moderada. La ansiedad interfirió algo en mi vida social, pero sigo teniendo algunas relaciones cercanas. No paso tanto tiempo con otros como en el pasado, pero sigo teniendo relaciones sociales algunas veces.

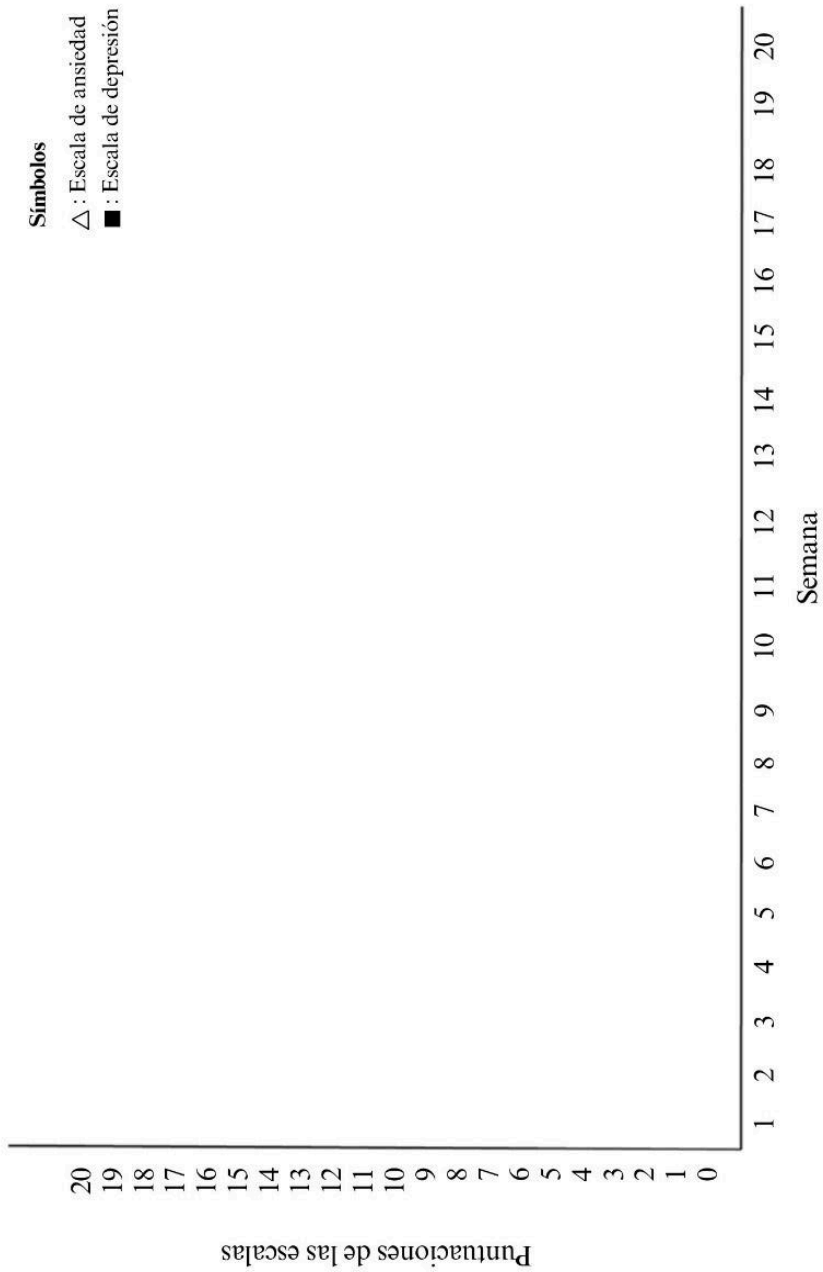
3 = Severa. Mis amistades y otras relaciones se han visto muy afectadas a causa de mi ansiedad. No disfruto de las actividades sociales. Tengo muy pocas relaciones sociales.

4 = Extrema. La ansiedad ha alterado completamente mis actividades sociales. Todas mis relaciones se han visto afectadas o han finalizado. Mi vida familiar es extremadamente tensa.

PUNTUACIÓN TOTAL: _____

Registro 3.5 Registro de progreso

Usa esta gráfica para anotar tus puntuaciones obtenidas en las Escalas de ansiedad y de depresión (y también las obtenidas en la Escala para otras emociones y la Escala de emociones positivas, si las estás utilizando).



Anexo V. Objetivos del tratamiento.

Registro 4.1 Objetivos de tratamiento

Clarificando los problemas importantes <i>¿De qué manera tus emociones (p. ej., sentirte triste, ansioso, culpable) han causado problemas en tu vida?</i>	Establecimiento de objetivos concretos <i>¿Cuáles son algunos objetivos concretos para solucionar tus problemas más importantes? ¿Qué harías si consiguieras tu objetivo?</i>	Dividir en pasos <i>Divide tus objetivos en pasos más pequeños; así tendrás una idea más clara de cómo avanzar hacia tus objetivos</i>
Problema importante 1	Objetivo concreto 1	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.
	Objetivo concreto 2	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.
Problema importante 2	Objetivo concreto 3	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.
	Objetivo concreto 4	Paso 1.
		Paso 2.
		Paso 3.
		Paso 4.

Anexo VI. Ejercicio de balance decisional.

Rgistro 4.2 Balance decisional

Utiliza este registro para analizar todos los pros y contras que puedas pensar para cambiar (comprometerte con este tratamiento) y para permanecer igual.

	Pros/Beneficios	Contras/Costes
Cambiar		
Permanecer igual		

Anexo VII. Registro modelo de los tres componentes de las emociones.

Registro 5.1 Modelo de los tres componentes de las emociones

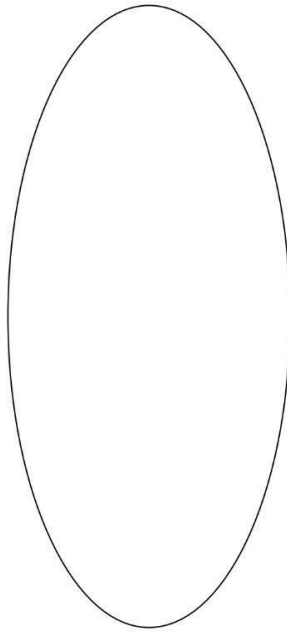
Utiliza este registro siempre que estés sintiendo una emoción intensa para descomponerla en sus tres partes. También puedes utilizar este registro después de una experiencia emocional para repasar cómo fue escalando tu emoción.

Situación: _____

Emoción(es): _____

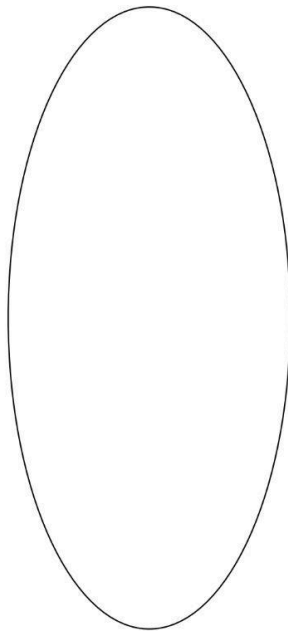
Sensaciones físicas

(Qué estás sintiendo en tu cuerpo)



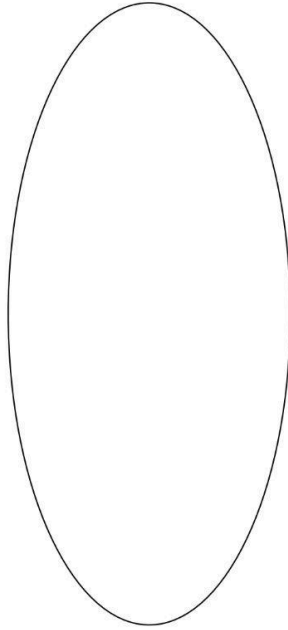
Pensamientos

(Qué estás pensando)



Conductas

(Qué estás haciendo o tienes ganas de hacer)



Anexo VIII. Registro siguiendo tu ARCO.

Registro 6.1 Registro de siguiendo tu ARCO

Fecha/ Hora	Antecedente ¿Qué ha desencadenado tu respuesta emocional?	Respuesta Pensamientos Sensaciones físicas Conductas	Consecuencias Corto plazo ¿En qué te ayuda esta respuesta? Largo plazo ¿Cómo podría producir esta respuesta más emociones negativas en el futuro?	
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px;"></div> </div>		
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px;"></div> </div>		
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 40px; height: 40px;"></div> </div>		

Anexo X. Registro practicando la flexibilidad cognitiva.

Registro 8.1 Practicando la flexibilidad cognitiva

Utiliza este registro para ayudarte a dejar atrás tus primeras interpretaciones identificando si estás cayendo en un error de pensamiento negativo y genera formas alternativas de pensamiento sobre la situación. Utiliza las preguntas que ofrecemos a continuación para ayudarte a evaluar tus pensamientos automáticos.

- ¿Sé seguro que _____ pasará o es cierto?
- ¿En qué medida *sientes* que _____ es cierto? ¿Cuál es la posibilidad más *realista* de que _____ sea cierto?
- ¿Qué evidencias tengo a favor y en contra sobre este pensamiento o creencia?
- ¿Mi pensamiento negativo automático viene impulsado por las emociones intensas que estoy experimentando?
- ¿Podría haber alguna otra explicación?
- Si _____ fuera cierto, ¿podría afrontarlo? ¿Cómo podría manejarlo?
- Incluso si _____ fuera cierto, ¿podría vivir con ello?


Situación/ Desencadenante	Pensamiento(s) automático(s)	¿Es un error de pensamiento? SÍ/NO	Otra(s) interpretación(es) <i>Suelen incluir «los pensamientos automáticos no tienen por qué ser ciertos» e «incluso si lo son, podría afrontarlo»</i>

Anexo XI. Registro flechas descendentes.

Registro 8.2 Registro de flechas descendentes: identificando pensamientos automáticos centrales


Algunas veces los pensamientos alternativos que generas no parecen muy creíbles. Esto puede ocurrir porque hay pensamientos automáticos centrales influyendo en tus pensamientos negativos iniciales. Utiliza este registro para explorar los pensamientos que podrían estar debajo de la superficie de tus pensamientos automáticos iniciales.

Evaluación automática inicial: _____




**Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?**

Pensamiento automático central: _____




**Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?**

Pensamiento automático central: _____



**Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?**

Pensamiento automático central: _____



**Si esto fuera cierto, ¿qué querría decir sobre mí? ¿Por qué es esto importante para mí?
¿Qué ocurriría si esto fuera verdad? ¿Qué ocurriría después?**

Pensamiento automático central: _____

Anexo XII. Lista conductas emocionales.

Registro 9.1 Lista de conductas emocionales

<p>El objetivo de esta lista es ayudarte a identificar algunas de las conductas emocionales que utilizas para manejar tus emociones. Más adelante en el tratamiento volveremos a esta lista cuando te pidamos que afrontes algunas situaciones y actividades que has estado evitando porque te podían generar intensas emociones. Si te cuesta averiguar en qué columna colocar una conducta, no te preocupes. Lo más importante es que comiences a registrar las distintas conductas emocionales que realizas.</p>				
Evitación abierta o manifiesta	Conductas sutiles de evitación	Evitación cognitiva	Conductas de seguridad	Conductas impulsadas por las emociones

Anexo XIII. Registro oponiéndose a las conductas emocionales.

Registro 9.2 Oponiéndose a las conductas emocionales

Utiliza este registro para ayudarte a pensar en *acciones alternativas* a las conductas emocionales que te gustaría cambiar. Utiliza la primera columna para identificar situaciones que provocan emociones intensas, y la segunda columna, para anotar las emociones que habitualmente aparecen en esas situaciones. En la tercera columna escribe las conductas emocionales que realizas habitualmente. Finalmente, utiliza las dos últimas columnas para anotar posibles *acciones alternativas* y para considerar las consecuencias a corto y largo plazo de realizar las nuevas conductas.

Situación/Desencadenante	Emoción(es)	Conducta emocional	Acciones alternativas	Consecuencias de las acciones alternativas
				Corto plazo. Largo plazo.
				Corto plazo. Largo plazo.
				Corto plazo. Largo plazo.

Anexo XIV. Test de sensaciones físicas.

Registro 10.1 Test de sensaciones físicas

<p>1. Hiperventilación Haz respiraciones rápidas y profundas a través de la boca, utilizando mucha fuerza, como si tuvieras que hinchar un globo. Este ejercicio produce aturdimiento, mareos y sentimientos de irrealidad.</p> <p>2. Respirar a través de una pajita (finita) Respira a través de una pajita para el café o cócteles tapándote la nariz para que no entre aire. Asegúrate de coger el aire únicamente por la pajita. Este ejercicio provocará sensaciones relacionadas con la dificultad de respirar y se ha diseñado para hacerte sentir ansioso. Obtendrás un beneficio mayor si lo realizas durante el minuto completo.</p>	<p>3. Dar vueltas sobre uno mismo Levántate y gira rápidamente sobre ti mismo (aproximadamente una vuelta entera cada tres segundos). Puedes hacerlo con los ojos abiertos o cerrados. También puedes dar vueltas en una silla giratoria. Si llevas a cabo el ejercicio de pie, asegúrate de tener cerca una silla cómoda o un sofá por si pierdes el equilibrio para así poder sentarte rápidamente y centrarte en las sensaciones que has experimentado. Este ejercicio está diseñado para producir mareos, aturdimiento y desorientación.</p> <p>4. Correr en el mismo sitio Corre manteniéndote en el mismo sitio levantando las rodillas tan alto como puedas. Este ejercicio está diseñado para generar aceleración cardíaca, falta de aliento, mejillas sonrojadas y aumento del calor corporal.</p>
---	---

Ejercicios	Síntomas experimentados	Malestar	Similitud
Hiperventilación (60 segundos)			
Respirar a través de una pajita (60 segundos)			
Dar vueltas sobre uno mismo (60 segundos)			
Correr en el mismo sitio (60 segundos)			
Otro: (___ segundos)			
Otro: (___ segundos)			
Otro: (___ segundos)			

Anexo XV. Registro de práctica de sensaciones físicas.

Registro 10.2 Práctica de sensaciones físicas

Utiliza este registro para anotar la práctica de aquellos ejercicios físicos que encuentras más molestos y similares a tus propias emociones intensas (p. ej., la manera en la que tu cuerpo siente que estás ansioso o triste, etc.).

«Ensayo»: anota el número de veces que has repetido el ejercicio. «Malestar»: anota el grado de malestar en una escala de 0 a 10 (donde 0 = ningún malestar y 10 = malestar extremo). «Similitud»: anota hasta qué punto son parecidas las sensaciones físicas a las que percibes cuando experimentas emociones intensas. Repite cada ejercicio al menos cinco veces cada vez.

EJERCICIO: _____			EJERCICIO: _____			EJERCICIO: _____		
Ensayo	Malestar	Similitud	Ensayo	Malestar	Similitud	Ensayo	Malestar	Similitud
1.	_____	_____	1.	_____	_____	1.	_____	_____
2.	_____	_____	2.	_____	_____	2.	_____	_____
3.	_____	_____	3.	_____	_____	3.	_____	_____
4.	_____	_____	4.	_____	_____	4.	_____	_____
5.	_____	_____	5.	_____	_____	5.	_____	_____

EJERCICIO: _____			EJERCICIO: _____			EJERCICIO: _____		
Ensayo	Malestar	Similitud	Ensayo	Malestar	Similitud	Ensayo	Malestar	Similitud
1.	_____	_____	1.	_____	_____	1.	_____	_____
2.	_____	_____	2.	_____	_____	2.	_____	_____
3.	_____	_____	3.	_____	_____	3.	_____	_____
4.	_____	_____	4.	_____	_____	4.	_____	_____
5.	_____	_____	5.	_____	_____	5.	_____	_____

Anexo XVI. Jerarquía de exposición emocional.

Registro 11.1 Jerarquía de exposición emocional

Describe situaciones que evitas actualmente para no sentir emociones incómodas y molestas. Piensa en este registro como en una escalera donde las situaciones menos exigentes están en la parte de abajo y las situaciones más exigentes en la parte alta. Ordena el grado en el que evitas cada una de las situaciones y el grado de malestar que te generan. Para cada una, escribe el número correspondiente en el espacio reservado.

No evito	Dudo en hacerlo, pero no suelo evitar	A veces evito	Normalmente evito	Siempre evito
0		5		10
Ningún malestar	Malestar leve	Malestar moderado	Malestar intenso	Malestar extremo

Jerarquía	Descripción	Evitación	Malestar
10 PEOR			
9			
8			
7			
6			
5			
4			
3			
2			
1			

Anexo XVII. Registro de práctica de exposición emocional.

Registro 11.2 Práctica de exposición emocional

Fecha:	
Tarea de exposición (Describe brevemente la actividad que has elegido para provocar una respuesta emocional)	
Preparación antes de la exposición	
Pensamientos negativos automáticos (Enumera los pensamientos que tienes sobre la exposición)	Otras interpretaciones (¿Puedes pensar de manera más flexible en esta exposición?)
Conductas emocionales (Enumera conductas emocionales que te impidan experimentar plenamente las emociones provocadas por la exposición)	Acción alternativa (Identifica otras conductas que te permitirán participar plenamente de la emoción provocada por la exposición)
Conciencia emocional plena	
<ul style="list-style-type: none">▪ Recuerda mantener una actitud sin juicio hacia las emociones provocadas por la exposición.▪ Recuerda permanecer anclado en el presente durante la exposición.	

Anexo XVIII. Resumen después de la exposición.

Resumen después de la exposición
<p>¿Qué emociones has experimentado? _____ Descompón tu experiencia emocional en sus partes:</p>
<p>Pensamientos</p>
<p>Sensaciones físicas</p>
<p>Conductas</p>
<p>Conciencia emocional plena ¿Hasta qué punto estuviste dispuesto a experimentar tus emociones? (0 [Nada] / 10 [Totalmente]) _____ ¿En qué medida te resultó eficaz anclarte en el presente? (0 [Nada] / 10 [Totalmente]) _____</p>
<p>Flexibilidad cognitiva ¿En qué medida te resultó eficaz pensar flexiblemente durante la exposición? (0 [Nada] / 10 [Totalmente]) _____</p>
<p>Oponiéndose a las conductas emocionales ¿En qué medida te resultó eficaz participar de conductas alternativas durante la exposición? (0 [Nada] / 10 [Totalmente]) _____</p>
¿Qué has aprendido al realizar esta exposición?
<p>¿Qué aprendiste sobre la tarea/situación que has afrontado? ¿Qué has aprendido sobre tus emociones? ¿Ocurrieron tus predicciones negativas? ¿Qué aprendiste sobre tu habilidad de afrontamiento?</p>
<p>¿Qué puedes hacer de manera diferente en tu próxima exposición? ¿Cómo puedes usar tus habilidades para aproximarte plenamente a las emociones provocadas por estos ejercicios?</p>

Anexo XIX. Registro de evaluación del progreso.

Registro 13.1 Evaluación del progreso

Utiliza este registro para identificar las formas específicas en las que cada habilidad ha sido de ayuda para ti.

1. Conciencia emocional plena

- ¿Cuáles son algunas de las mejoras que has notado en tu habilidad de estar presente en el momento en lugar de quedarte atrapado en el pasado o preocupándote por el futuro? ¿Cuáles son las mejoras específicas que has percibido en tu habilidad para observar tus emociones y tus reacciones a las emociones sin juzgar?

- ¿Dónde ves todavía posibilidades de seguir mejorando? ¿Hay situaciones en las que encuentras más difícil permanecer en el momento presente o no juzgar tus experiencias emocionales?

2. Flexibilidad cognitiva

- ¿Cuáles son algunas de las mejoras que has notado en tu habilidad para ser más flexible en la manera en la que piensas sobre las situaciones? ¿Saltas a las conclusiones o sacas las cosas de quicio menos frecuentemente? ¿En qué medida te ha sido útil esta habilidad?

- ¿Dónde ves todavía posibilidades de seguir mejorando? ¿Hay situaciones en las que encuentras más difícil ser flexible en tu forma de pensar?

3. Afrontando las sensaciones físicas

- ¿Cuáles son algunas de las mejoras que has notado en tu habilidad para responder a las sensaciones físicas asociadas con tus emociones intensas? ¿Estás llevando a cabo actividades que antes evitabas debido a la incomodidad de las sensaciones físicas? ¿En qué medida ha sido útil esta habilidad?



- ¿Dónde ves todavía posibilidades de seguir mejorando? ¿Hay ciertas sensaciones físicas que todavía consideras bastante desagradables?



4. Oponiéndose a las conductas emocionales

- ¿Cuáles son algunas de las mejoras que has notado en tu habilidad para identificar tus conductas emocionales inútiles y reemplazarlas por acciones alternativas? ¿En qué medida ha sido útil esta habilidad?

- ¿Dónde ves todavía posibilidades de seguir mejorando? ¿Hay conductas emocionales específicas que son más difíciles de reemplazar por acciones alternativas o hay ciertas situaciones en las que es más difícil utilizar una acción alternativa?

Anexo XX. Plan de práctica.

Ejemplo de registro 13.2 Plan de práctica

Utiliza este registro para crear un plan para continuar practicando estas habilidades después de haber finalizado este programa.				
	Conciencia emocional plena	Flexibilidad cognitiva	Afrontando las sensaciones físicas	Oponiéndose a las conductas emocionales
¿Cómo conseguirás tus objetivos a largo plazo practicando esta habilidad?				
¿Cuál es tu plan de práctica específico para esta habilidad?				
¿Cómo puedes comprometerte contigo mismo para llevar a cabo tu plan de práctica?				

Anexo XXI. Cuestionario profesionales.

Cuestionario de evaluación profesional

Con el fin de realizar una evaluación para el presente Programa de Intervención, se necesita de profesionales en el ámbito para la valoración del mismo. A continuación, se le presentará un cuestionario sociodemográfico y una serie de afirmaciones que tendrá que evaluar. Posteriormente, se le pedirá responder a unas preguntas.

Su opinión es de gran relevancia, por favor, conteste con sinceridad. Gracias por su tiempo.

Cuestionario Sociodemográfico:

Edad:

Formación profesional y años de experiencia:

Género:

Cuestionario de evaluación:

*Marque con una cruz la casilla correspondiente según su grado de acuerdo.
(1=Totalmente en desacuerdo; 2=Algo en desacuerdo; 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo;
4=Algo de acuerdo; 5=Totalmente de acuerdo)*

	1	2	3	4	5
1. El programa de intervención es claro y conciso respecto a los objetivos presentados					
2. El programa de intervención aborda de manera adecuada las necesidades de los individuos					
3. Las sesiones del programa de intervención pueden reducir significativamente la sintomatología disociativa					
4. La metodología utilizada para el programa de intervención es adecuada					
5. Los instrumentos utilizados son pertinentes para la puesta en práctica del programa					
6. La evaluación propuesta para el programa de intervención es adecuada					

7. ¿Qué sugerencias realizaría usted respecto al presente programa de intervención?

9. ¿Le recomendaría implementar este programa a otros profesionales? Justifique su respuesta.

10. ¿Añadiría algún comentario adicional respecto a la utilidad y eficacia del programa de intervención?

Anexo XXII. Cuestionario de satisfacción.

Cuestionario de satisfacción

A continuación, se van a realizar unas preguntas de forma anónima para conocer tu grado de satisfacción con el programa terapéutico en el que has participado a lo largo de estas semanas.

Tu participación es de gran utilidad, por favor, contesta con sinceridad. Muchas gracias.

- 1. De forma general, ¿cuál es tu grado de satisfacción con este programa? Rodea la casilla correspondiente.**

1. Muy bajo	2. Bajo	3. Medio	4. Alto	5. Muy alto
-------------	---------	----------	---------	-------------

Por favor, explique la razón de su respuesta a continuación:

- 2. De forma general, ¿cuál es tu grado de satisfacción con el profesional encargado de implementar el programa? Rodea la casilla correspondiente.**

1. Muy bajo	2. Bajo	3. Medio	4. Alto	5. Muy alto
-------------	---------	----------	---------	-------------

Por favor, explique la razón de su respuesta a continuación:

- 3. ¿Cuál es tu grado de satisfacción con la organización del programa (horarios, orden de las sesiones, cantidad de sesiones...)? Rodea la casilla correspondiente.**

1. Muy bajo	2. Bajo	3. Medio	4. Alto	5. Muy alto
-------------	---------	----------	---------	-------------

Por favor, explique la razón de su respuesta a continuación:

4. ¿Cuál es tu grado de satisfacción respecto a los materiales utilizados? Rodea la casilla correspondiente.

Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
----------	------	-------	------	----------

Por favor, explique la razón de su respuesta a continuación:

5. ¿Cuál es tu grado de satisfacción respecto al contenido tratado en las sesiones? Rodea la casilla correspondiente.

Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
----------	------	-------	------	----------

Por favor, explique la razón de su respuesta a continuación:

6. ¿Consideras que este programa te ha ayudado a generar estrategias para gestionar la sintomatología disociativa? ¿Por qué?

--

7. ¿Consideras que este programa te ha ayudado a tolerar y aceptar las emociones desagradables? ¿Por qué?

8. Añade comentarios si lo consideras oportuno en el siguiente cuadro de texto.