| Situación | ¿Qué experimento?  (emociones / pensamientos) | ¿Qué hago? ¿cómo lo controlo? ¿qué hago para no sentirlo o dejar de sentirlo? | S.M. | S.L.P. | Consecuencias a largo plazo |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

**Tiempo:**

**¿Ha sido una solución?**

| “NOTAR” cada vez que me “cavo” | ¿Qué es lo que me gustaría lograr con mi terapia y con estos videos? | De lograrlo ¿qué haría diferente? ¿qué me verían haciendo diferente? |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |