

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud



**Regulación emocional como proceso transdiagnóstico
a través de los trastornos depresivos y de ansiedad**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Pedro Vera Albero

Dirigida por:

Carmen Dasí Vivó

Azucena García Palacios

Depósito solicitado en octubre de 2019



Dña. Carmen Dasi Vivó, profesora titular de la Facultat de Psicologia de la Universitat de València, y codirectora-tutora de la tesis doctoral titulada "*Regulación emocional como proceso transdiagnóstico a través de los trastornos depresivos y de ansiedad*", realizada por el doctorando D. Pedro Vera Albero dentro del Programa de Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud de la Universitat de València, INFORMA FAVORABLEMENTE respecto a su defensa pública por presentar los requisitos de calidad necesarios.

Valencia, 24 de octubre de 2019

Dra. Carmen Dasi Vivó



Dña. Azucena García Palacios, profesora titular de la Facultat de Ciències de la Salut de la Universitat Jaume I de Castelló, y codirectora de la tesis doctoral titulada "*Regulación emocional como proceso transdiagnóstico a través de los trastornos depresivos y de ansiedad*", realizada por el doctorando D. Pedro Vera Alberó dentro del Programa de Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud de la Universitat de València, INFORMA FAVORABLEMENTE respecto a su defensa pública por presentar los requisitos de calidad necesarios.

Valencia, 24 de octubre de 2019

Dra. Azucena García Palacios

“There are two kinds of people in the world: those who think there are two kinds of people in the world and those who don’t”

Robert Benchley

“People not only have emotions, they also handle them”

Nico H. Frijda (1986)

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a las directoras de la tesis, la Dra. Dasí y la Dra. García Palacios. Sus conocimientos y experiencia han sido imprescindibles para llegar a completar esta tesis y nunca olvidaré su apoyo incondicional. Valoro enormemente su capacidad para resolver los problemas que han ido surgiendo y sus indicaciones para replantear la situación en momentos de crisis. Me han demostrado con creces que son grandes profesoras e investigadoras. Sin embargo, lo que destacaría especialmente es su valor humano. Desde el principio han creído en el proyecto y, con sus palabras de ánimo, me han alentado a seguir hasta el final.

Quiero hacer mención a los miembros del equipo de la Unidad de Salud Mental de Gandía que han colaborado en la investigación.

También quiero dar las gracias a los pacientes. Espero que su confianza quede recompensada con su contribución a una modesta ampliación del conocimiento y sobretodo reverta en una mayor comprensión de su sufrimiento y aumento de las posibilidades de ayuda eficaz.

No puedo olvidarme de los participantes del grupo control. No sólo han accedido a someterse al protocolo siguiendo todas las instrucciones, sino que después se han interesado por el desarrollo del doctorado y me han animado a seguir.

Por último, he de dar las gracias de una manera muy especial a mi mujer, Susana. Ha estado siempre ahí a lo largo del camino, en este empeño como en todos en mi vida. Ha padecido el tiempo que le he restado a ella y a nuestros tres hijos por dedicarlo al doctorado. Además, ha tenido que aguantar mis cavilaciones ensimismadas sobre la investigación. Y, a pesar de ello, no sólo no ha protestado, sino que ha sido una pieza clave del equipo. Con su motivación, aliento y ayuda ha hecho posible llegar a este punto. Mil gracias.

INDICE

| | |
|---|----|
| MARCO CONCEPTUAL | 1 |
| 1. MODELOS PSICOPATOLÓGICOS | 3 |
| 1.1. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN CATEGORIALES Y SUS LIMITACIONES..... | 4 |
| 1.1.1. Heterogeneidad..... | 5 |
| 1.1.2. Comorbilidad..... | 6 |
| 1.1.2.1. Análisis de la comorbilidad..... | 8 |
| 1.1.2.2. Intentos de solución de la comorbilidad..... | 10 |
| 1.1.3. Otros problemas de los sistemas categoriales..... | 11 |
| 1.2. MODELOS DIMENSIONALES..... | 13 |
| 1.2.1. Características de los modelos dimensionales..... | 13 |
| 1.2.1.1. Normalidad y patología..... | 13 |
| 1.2.1.2. Ventajas de los modelos dimensionales..... | 14 |
| 1.2.2. Modelos multivariados..... | 16 |
| 1.2.2.1. Modelo afectivo de los dos factores..... | 17 |
| 1.2.2.2. Modelo tripartito..... | 18 |
| 1.2.3. Modelos integrativos jerárquicos..... | 19 |
| 1.2.3.1. Modelo del grupo de Barlow..... | 19 |
| 1.2.3.2. Modelo del grupo de Mineka..... | 20 |
| 1.2.3.3. Modelo de Clark..... | 21 |
| 1.2.3.4. Modelo HiTOP..... | 22 |
| 1.2.4. Propuestas dimensionales de revisión del DSM..... | 24 |
| 1.2.5. Research domain criteria..... | 26 |
| 1.3. TEORÍA DE RED DE SÍNTOMAS..... | 27 |
| 1.4. MODELOS TRANSDIAGNÓSTICOS..... | 28 |
| 1.4.1. Procesos transdiagnósticos..... | 29 |
| 1.4.2. Ventajas de los modelos transdiagnósticos..... | 32 |
| 1.4.3. Limitaciones de los modelos transdiagnósticos..... | 32 |
| 2. REGULACION EMOCIONAL | 35 |
| 2.1. EMOCIÓN..... | 35 |
| 2.1.1. Funciones de las emociones..... | 37 |
| 2.1.2. Modelo modal de emoción..... | 38 |
| 2.2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA REGULACION EMOCIONAL..... | 41 |
| 2.2.1. Regulación emocional y constructos relacionados..... | 43 |
| 2.2.2. ¿Hasta qué punto son separables emoción y regulación emocional?..... | 47 |
| 2.2.2.1. Aspectos neurológicos..... | 47 |
| 2.2.2.2. Modelos unitarios..... | 48 |
| 2.2.2.3. Modelos duales..... | 49 |
| 2.2.3. Regulación interna y externa..... | 50 |
| 2.2.4. Emociones reguladas: efectos de la RE..... | 51 |

| | |
|---|------------|
| 2.2.5. Consciencia e intencionalidad de la regulación..... | 52 |
| 2.2.6. Finalidad de la regulación..... | 54 |
| 2.3. MODELO PROCESUAL DE REGULACIÓN EMOCIONAL..... | 58 |
| 2.3.1. Versión extendida de modelo procesual..... | 62 |
| 2.4. TAXONOMÍAS DE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL..... | 69 |
| 2.5. REGULACIÓN CENTRADA EN LOS ANTECEDENTES VS. REGULACIÓN CENTRADA EN LA RESPUESTA..... | 71 |
| 2.5.1. Supresión..... | 72 |
| 2.5.2. Revaluación..... | 72 |
| 2.6. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN DE COMPARACIÓN DE ESTRATEGIAS..... | 74 |
| 2.6.1. Resultados de investigación experimental..... | 74 |
| 2.6.1.1. Supresión..... | 75 |
| 2.6.1.2. Revaluación..... | 78 |
| 2.6.2. Resultados de estudios correlacionales..... | 83 |
| 2.6.2.1. Rasgo de revaluación..... | 84 |
| 2.6.2.2. Rasgo de supresión..... | 86 |
| 2.6.2.3. Otras diferencias individuales..... | 88 |
| 2.6.3. Relación entre autoinformes y resultados experimentales..... | 90 |
| 2.6.4. Revisiones de resultados | 91 |
| 2.7. REGULACIÓN EMOCIONAL CONTEXTUALIZADA | 97 |
| 2.7.1. Flexibilidad regulatoria..... | 100 |
| 2.7.2. Selección de estrategias..... | 103 |
| 2.7.2.1. Revisión del modelo procesual: hipótesis temporal específica al proceso..... | 104 |
| 2.7.2.2. Selección de estrategias en situaciones reales..... | 108 |
| 2.7.2.3. Diferencias individuales en la selección de estrategias..... | 109 |
| 2.8. DESREGULACION EMOCIONAL..... | 111 |
| 3. REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA..... | 115 |
| 3.1. TEORÍAS SOBRE REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA..... | 117 |
| 3.1.1. Modelo de emociones y desregulación de Mennin y cols. (2007)..... | 119 |
| 3.1.2. Modelo procesual de Gross y cols. (2007)..... | 120 |
| 3.1.3. Teoría del estilo rumiativo de respuesta y la distracción..... | 128 |
| 3.1.4. Evitación experiencial y aceptación..... | 130 |
| 3.1.5. Dificultades en la regulación emocional..... | 132 |
| 3.1.6. Modelo de esquema emocional..... | 132 |
| 3.2. INVESTIGACIÓN EN REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA..... | 133 |
| 3.2.1. Estudios con autoinformes de rasgos..... | 133 |
| 3.2.2. Investigación experimental..... | 134 |
| 3.2.3. Estrategias espontáneas..... | 136 |
| 3.3. ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA..... | 137 |
| 3.4. REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD..... | 141 |

| | |
|--|------------|
| 3.5. REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNOS DEPRESIVOS..... | 151 |
| 3.6. REGULACIÓN EMOCIONAL EN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS..... | 163 |
| INVESTIGACIÓN EMPÍRICA..... | 165 |
| 4. JUSTIFICACIÓN..... | 165 |
| 5. OBJETIVOS..... | 167 |
| 6. HIPÓTESIS..... | 169 |
| 7. MÉTODO..... | 171 |
| 7.1. ÁMBITO..... | 171 |
| 7.2. DISEÑO..... | 171 |
| 7.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA..... | 172 |
| 7.3.1. Clasificación diagnóstica..... | 172 |
| 7.3.2. Instrumento para descartar psicopatología en el grupo control | 172 |
| 7.3.3. Medidas de sintomatología depresiva y de ansiedad..... | 173 |
| 7.3.4. Medidas de rasgos y dificultades de regulación emocional..... | 174 |
| 7.3.5. Medida de la respuesta emocional..... | 177 |
| 7.3.6. Evaluación del uso de estrategias en situación experimental..... | 178 |
| 7.4. PARTICIPANTES..... | 180 |
| 7.4.1. Reclutamiento y selección de la muestra..... | 180 |
| 7.4.2. Descripción de la muestra..... | 181 |
| 7.4.3. Información clínica..... | 183 |
| 7.5. PROCEDIMIENTO..... | 187 |
| 7.5.1. Técnicas de control de variables confundentes..... | 189 |
| 7.5.2. Instrucciones..... | 189 |
| 7.5.3. Procedimientos de inducción de emociones..... | 190 |
| 7.5.4. Análisis de datos..... | 193 |
| 8. RESULTADOS..... | 195 |
| 8.1. RASGOS Y DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL..... | 195 |
| 8.1.1. Comparación entre grupo clínico y grupo control en rasgos y dificultades de RE..... | 195 |
| 8.1.2. Relación entre rasgos y dificultades de RE y sintomatología emocional..... | 199 |
| 8.2. REGULACIÓN EMOCIONAL EN SITUACIÓN EXPERIMENTAL DE INDUCCIÓN DE EMOCIONES..... | 201 |
| 8.2.1. Comparación entre grupo clínico y grupo control en el uso espontáneo de reevaluación y supresión..... | 201 |
| 8.2.2. Relación entre sintomatología y rasgos y dificultades de RE y uso espontáneo de reevaluación y supresión..... | 206 |
| 8.2.3. Relación entre uso espontáneo de reevaluación y supresión y afecto positivo y negativo..... | 211 |
| 9. DISCUSIÓN..... | 219 |
| 10. CONCLUSIONES FINALES..... | 229 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 233 |
| ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 271 |
| ANEXO II: FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDAS | 275 |

INDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Paralelismo entre enfoque científico de Darwin y Psicopatología..... | 33 |
| Tabla 2. Definiciones de RE..... | 42 |
| Tabla 3. Tareas en las subfases del ciclo de RE..... | 66 |
| Tabla 4. Clasificación de las estrategias de RE (Koole, 2009)..... | 69 |
| Tabla 5. Taxonomía de las estrategias de RE (Webb et al., 2012)..... | 70 |
| Tabla 6. Resumen de resultados de comparación de supresión y reevaluación (Gross, 2014)..... | 92 |
| Tabla 7. Moderadores de la efectividad de las instrucciones de RE (Webb et al., 2012)..... | 95 |
| Tabla 8. Estrategias disfuncionales y tratamientos en cada fase del modelo procesual..... | 122 |
| Tabla 9. Disfunciones en las subfases del modelo procesual extendido..... | 123 |
| Tabla 10. Condiciones clínicas por dificultades en las etapas de RE (Sheppes et al., 2015)..... | 127 |
| Tabla 11. Cuestionario de estrategias empleadas en situación experimental..... | 179 |
| Tabla 12. Ocupaciones de los participantes..... | 182 |
| Tabla 13. Diagnósticos de la muestra clínica..... | 183 |
| Tabla 14. Media y D.T. en las escalas STAI y BDI..... | 184 |
| Tabla 15. Media y D.T. en las escalas STAI y BDI en el grupo clínico en función del diagnóstico... | 185 |
| Tabla 16. MANOVA: STAI y BDI en función de subgrupos..... | 185 |
| Tabla 17. Comparación de medias de subgrupos en STAI y BDI..... | 186 |
| Tabla 18. Procedimiento en la sesión experimental..... | 188 |
| Tabla 19. Media y D.T. en rasgos y dificultades de RE..... | 195 |
| Tabla 20. MANOVA: rasgos y dificultades de RE, grupo clínico vs. grupo control..... | 196 |
| Tabla 21. Media y D.T. en rasgos y dificultades de RE de los subgrupos clínicos..... | 197 |
| Tabla 22. MANOVA: rasgos y dificultades de RE, grupo control y subgrupos clínicos..... | 198 |
| Tabla 23. Comparación de medias rasgos y dificultades de RE, grupo control y clínicos..... | 199 |
| Tabla 24. Análisis de regresión por pasos. Predicción de sintomatología..... | 200 |
| Tabla 25. Análisis de regresión por pasos. Predicción de índices generales de estrategias de RE..... | 206 |
| Tabla 26. Predicción de uso de estrategias en las inducciones en el grupo de trastornos depresivos... | 207 |
| Tabla 27. Predicción de uso de estrategias en las inducciones en el grupo control..... | 208 |
| Tabla 28. Predicción de uso de estrategias en las recuperaciones en el grupo trastornos depresivos... | 209 |
| Tabla 29. Predicción de uso de estrategias en las recuperaciones en el grupo control..... | 210 |
| Tabla 30. Predicción de medias de afecto positivo y negativo en el grupo trastornos depresivos..... | 211 |
| Tabla 31. Predicción de medias de afecto positivo y negativo en el grupo control..... | 212 |
| Tabla 32. Predicción de afecto tras inducciones en el grupo trastornos depresivos..... | 212 |
| Tabla 33. Predicción de afecto tras inducciones en el grupo control..... | 213 |
| Tabla 34. Predicción de medias de afectos tras las recuperaciones en el grupo trastornos depresivos | 214 |
| Tabla 35. Predicción de medias de afectos tras las recuperaciones en el grupo control..... | 214 |
| Tabla 36. Predicción de afectos tras las recuperaciones en el grupo trastornos depresivos..... | 215 |
| Tabla 37. Predicción de afectos tras las recuperaciones en el grupo control..... | 216 |

INDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Modelo HiTOP..... | 23 |
| Figura 2. Red de síntomas TAG y TDM..... | 28 |
| Figura 3. Fases de la generación de la emoción. Modelo procesual..... | 38 |
| Figura 4. Generación emocional según el modelo procesual en formato circular y en espiral..... | 39 |
| Figura 5. Generación de emociones según el modelo procesual extendido..... | 40 |
| Figura 6. Secuencia de reacción emocional primaria y secundaria..... | 50 |
| Figura 7. Clasificación de los tipos de los objetivos de RE..... | 56 |
| Figura 8. Modelo procesual de RE..... | 58 |
| Figura 9. Modelo procesual de RE como proceso de toma de decisiones..... | 61 |
| Figura 10. Modelo procesual de RE en formato circular..... | 61 |
| Figura 11. RE como sistema de valoración de segundo nivel..... | 63 |
| Figura 12. Acciones regulatorias sobre las fases de generación emocional..... | 64 |
| Figura 13. Etapas del ciclo de RE..... | 65 |
| Figura 14. Aspectos dinámicos y estructurales de la RE..... | 66 |
| Figura 15. Dinámica de procesos de RE..... | 68 |
| Figura 16. Relación entre diferencias individuales en reevaluación y supresión..... | 87 |
| Figura 17. Relación entre rumiación y otros constructos de RE..... | 128 |
| Figura 18 Imágenes del escenario de ansiedad..... | 191 |
| Figura 19 Imagen del escenario de tristeza..... | 192 |
| Figura 20 Imagen ambigua..... | 192 |
| Figura 21. Afecto positivo y negativo en situación ambigua..... | 202 |
| Figura 22. Afecto positivo y negativo en inducción de tristeza..... | 202 |
| Figura 23. Afecto positivo y negativo en inducción de ansiedad..... | 203 |
| Figura 24. Uso de reevaluación y supresión en la inducción y recuperación de situación ambigua..... | 204 |
| Figura 25. Uso de reevaluación y supresión en la inducción y recuperación de tristeza..... | 205 |
| Figura 26. Uso de reevaluación y supresión en la inducción y recuperación de ansiedad..... | 205 |

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

| | |
|-------------------|--|
| AEMPS | Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios |
| APA | Asociación Americana de Psicología |
| AVD | Años vividos con discapacidad |
| BDI | Inventario de Depresión de Beck |
| BSI | Inventario Breve de Síntomas |
| CGCOP | Consejo General de Colegios Oficiales de Psicología |
| CALM | Coordinated Anxiety Learning and Management |
| CIE | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| DERS | Escala de Dificultades en la Regulación Emocional |
| Dif. | Diferencias |
| EMMA | Engaging Media for Mental Health Applications |
| ERQ | Cuestionario de Regulación Emocional |
| Error típ. | Error típico |
| FREE | Flexible Regulation of Emotional Expression |
| FS | Fobia social |
| GC | Grupo control |
| GP | Grupo de pacientes |
| GTA | Subgrupo de pacientes con trastornos de ansiedad |
| GTD | Subgrupo de pacientes con trastornos depresivos o mixtos |
| HiTOP | Taxonomía jerárquica de psicopatología |
| IAPT | Improving Access to Psychological Therapies |
| MASQ | Mood and Anxiety Symptom Questionnaire |
| MINI | Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional |
| NIMH | National Institute of Mental Health |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| PANAS | Escala de Afecto Positivo y Negativo |
| PIB | Producto interior bruto |
| PsiAP | Psicología en Atención Primaria |
| RDoC | Research Domain Criteria |
| RE | Regulación emocional |
| RRS | Escala de Respuestas Rumiativas |
| STAI | Cuestionario de Ansiedad Estado-Riesgo |
| TAG | Trastorno de ansiedad generalizada |
| TDM | Trastorno depresivo mayor |
| TEP | Trastorno por estrés postraumático |
| TOC | Trastorno obsesivo compulsivo |
| TP | Trastorno de pánico |

MARCO CONCEPTUAL

Los trastornos emocionales, por su alta prevalencia y por su elevada asociación con otros trastornos mentales y enfermedades físicas, generan los mayores costes y carga asistencial entre los trastornos mentales.

Los trastornos mentales comunes, emocionales y somatizaciones, representaron el 2.2% del PIB, el 50% de los costes de todos los trastornos mentales, así como la primera causa de discapacidad (años vividos con discapacidad [AVD]) atribuida a una única enfermedad, la depresión (Rodríguez et al., 2017). La depresión está asociada, además, con elevados niveles de morbilidad y mortalidad y es el trastorno más vinculado al suicidio.

Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, son las patologías mentales que generan mayor demanda al sistema sanitario y, en muchos casos, sobrepasa los recursos destinados a la salud mental. Por ejemplo, el *síndic de greuges* ha puesto de relieve, en un informe de 2016, la insuficiente dotación de personal en las Unidades de Salud Mental de la Comunidad Valenciana (*Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana*, 2016). Como consecuencia, las personas que padecen estos trastornos son insuficientemente detectadas y quizás no reciben los tratamientos óptimos (OMS, 2008). Cuando, esto sucede, aumenta la carga que suponen (p.ej. incapacidades laborales) y el riesgo de cronificación.

Las personas que los sufren, en su mayoría son tratadas sólo con psicofármacos, un tratamiento que genera una baja tasa de remisión y puede conllevar consecuencias no deseadas: efectos secundarios, baja adherencia, automedicación, uso inadecuado de tratamientos prescritos, abuso, etc. Cabe recordar que España es uno de los países con mayor consumo de tranquilizantes en el mundo y éste se ha incrementado en los últimos años (AEMPS, 2019). También aumenta año tras años la prescripción de antidepresivos (AEMPS, 2015).

En cambio, el acceso a tratamientos psicológicos con evidencia demostrada está muy limitado a pesar de que son la primera opción para el tratamiento de los trastornos emocionales según las guías de práctica clínica, como, por ejemplo, la del *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Kendrick, y Pilling, 2012). Por eso es importante facilitar el acceso a estas intervenciones. Con ese objetivo, se está apostando en nuestro país por ofrecer tratamientos psicológicos en Atención Primaria (CGCOP, 2019). En otros países también se han llevado a cabo iniciativas en ese sentido: Reino Unido (*Improving Access to Psychological Therapies*, IAPT); USA (*Coordinated Anxiety Learning and Management*, CALM); Australia (*Access to allied psychological services*). Estos programas han demostrado su eficacia y eficiencia.

Algunos de los programas para extender los tratamientos psicológicos basados en la evidencia a una mayor proporción de población se basan en terapias grupales con un enfoque transdiagnóstico. Es el caso del protocolo de tratamiento del proyecto de Psicología en Atención Primaria (PsiAP) desarrollado en nuestro país (González-Blanch et al., 2018). El enfoque transdiagnóstico puede aportar ventajas no sólo prácticas sino también epistemológicas. Potencialmente puede permitir aprovechar las aportaciones de los modelos categoriales y dimensionales para la mejor comprensión de la psicopatología.

En el ámbito de los trastornos emocionales algunos de los procesos explicativos comunes más estudiados se engloban en el concepto de regulación emocional (RE). Originalmente, este tópico se desarrolló dentro de la psicología básica pero pronto se aplicó al ámbito de los trastornos emocionales y ha contribuido a su estudio y comprensión.

Esta tesis doctoral se compone de dos partes, un marco teórico y un estudio empírico. En el marco teórico se presenta primero una revisión de la literatura sobre los modelos psicopatológicos, centrada principalmente en los transdiagnósticos. Posteriormente se revisa la RE y sus posibles problemas y dificultades y, finalmente, se relacionan estas cuestiones con los trastornos depresivos y de ansiedad. En el estudio empírico, se plantean los objetivos e hipótesis de la investigación para después

desarrollar la metodología aplicada, los resultados y la discusión. La tesis finaliza con las conclusiones más destacadas.

1. MODELOS PSICOPATOLÓGICOS

La psicopatología, como toda actividad científica, se impuso la tarea de clasificar para encontrar o imponer orden a su objeto de estudio (Vázquez, Sánchez y Romero, 2014). Sin embargo, desde hace años existe una controversia en cuanto al método que debe prevalecer en la clasificación de las conductas anormales. Tradicionalmente se desarrollaron modelos categoriales. Debido a las limitaciones de este tipo de sistemas se contrapuso la alternativa de modelos dimensionales. Sin embargo, plantear el debate como una elección entre modelos categoriales y modelos dimensionales puede resultar un tanto simplista. En realidad, existen numerosas propuestas con variaciones de modelos categoriales, dimensionales e híbridos (Blashfield, 1993).

En este apartado se describe lo que son los sistemas categoriales y se enumeran algunas de las limitaciones que más se han reseñado respecto a las clasificaciones categoriales; se presentan los principales modelos dimensionales, desde los más clásicos a los proyectos más vigentes, y la teoría de síntomas; para introducir, finalmente, la alternativa transdiagnóstica como enfoque intermedio entre el dimensional y el categorial.

1.1. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN CATEGORIALES Y SUS LIMITACIONES

El modelo psicopatológico más extendido en la actualidad se articula en sistemas de diagnóstico psiquiátricos de tipo categorial y prototípico. Las clasificaciones, principalmente DSM y CIE, se organizan entorno a características sintomáticas que se pretenden únicas y distinguibles para cada diagnóstico. Es decir, se basan en la idea de que existen síntomas prototípicos de cada trastorno que lo diferencian sustancialmente del resto de trastornos. También la investigación cognitivo-conductual se ha centrado en buscar constructos psicológicos únicos y específicos para cada trastorno. Por ejemplo, el enfoque cognitivo de la teoría de Beck ha enfatizado la especificidad de contenido de las cogniciones y sesgos de procesamiento en cada trastorno psicológico (Clark, 2009).

Estas clasificaciones tienen sus ventajas reconocidas (Skinner, 1986):

- Facilita la comunicación o la creación de diseños para la investigación.
- Es fácilmente memorizable.
- Responde mejor a las exigencias de una organización institucional-asistencial (administración y archivo de historias clínicas, planificación de servicios y realización de estudios epidemiológicos).
- Da unidad a la psicopatología manifestada por una persona (integra diversos elementos en una única configuración).

Aguilar y Menchón (2005) recogen las siguientes razones para mantener un enfoque categorial:

- Las categorías actuales son útiles en muchos casos, facilitan la fiabilidad diagnóstica y la comunicación entre clínicos.
- Las decisiones clínicas (p.ej., de tratar o no tratar) son, finalmente dicotómicas.
- Existen casos en la práctica clínica muy cercanos a los prototipos de los trastornos mentales.
- Las categorías actuales aportan información clínica sobre la etiología, el pronóstico o la respuesta al tratamiento.

No obstante, las clasificaciones categoriales tienen **limitaciones** importantes. Los principales problemas del enfoque categorial señalados por la mayoría de los autores son la heterogeneidad y la comorbilidad.

1.1.1. Heterogeneidad

La heterogeneidad se da tanto entre trastornos del mismo grupo diagnóstico como dentro de cada trastorno. Como ejemplo del primer tipo de heterogeneidad, es significativa la variedad en el caso de los trastornos de ansiedad. Existe una evidencia creciente de que, tanto desde la perspectiva genotípica como fenotípica, los trastornos de ansiedad son heterogéneos y subsumen una amplia gama de síntomas (Mineka, Watson y Clark, 1998). La heterogeneidad entre los trastornos de un mismo grupo de diagnóstico se asocia con tasas diferenciales de comorbilidad (Clark, 2005).

La heterogeneidad dentro de cada trastorno se debe, en parte, al carácter politético adoptado por la clasificación DSM que implica que un diagnóstico no requiera todos los criterios del trastorno. Las numerosas combinaciones de criterios diagnósticos en muchas categorías implican la disyunción, es decir, la posibilidad de que dos individuos con el mismo diagnóstico no coincidan en ningún criterio (Mansell, Carey y Tai, 2015). Pero este fenómeno no se limita a una cuestión formal; la heterogeneidad existe en la población clínica. Dentro del mismo diagnóstico se pueden establecer agrupaciones diversas (García-Soriano, Belloch, y Prats, 2008).

Se ha intentado abordar el problema de la heterogeneidad dentro de cada diagnóstico mediante la subtipificación y la creación de nuevas categorías. Asimismo, se han intentado resolver las disputas en las fronteras entre trastornos añadiendo nuevos diagnósticos con características mixtas (p.ej. trastorno esquizoafectivo). Estas estrategias incrementan la cobertura, pero a costa de serios inconvenientes. Como consecuencia de la proliferación de diagnósticos aumenta artificialmente la comorbilidad (Clark, Watson y Reynolds, 1995; Mineka et al., 1998) y se crean confusiones limítrofes adicionales (Widiger y Samuel, 2005).

1.1.2. Comorbilidad

El uso del término “comorbilidad” en artículos científicos ha crecido mucho en los últimos años (Aldao, Gee, De Los Reyes y Seager, 2016). Comorbilidad hace referencia a la superposición entre dos o más trastornos. Sin embargo, este término dista tanto de ser unívoco que Lilienfeld (2015) lo ha incluido entre las expresiones que conviene evitar por ambiguo. Puede significar dos cosas bastante diferentes. Se puede referir tanto a la co-variación (o correlación) entre dos diagnósticos dentro de una muestra o la población, como a la co-ocurrencia de dos diagnósticos en un individuo (Krueger y Markon, 2006; Lilienfeld, Waldman e Israel, 1994). Ambos significados se ven diferencialmente influidos por las tasas base (prevalencias) de los trastornos en la población en cuestión (Lilienfeld, 2015). *(En esta tesis, el término comorbilidad a partir de ahora va a ser usado en el sentido de co-ocurrencia).*

En cuanto a la prevalencia, existe una creciente evidencia de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y depresivos tanto transversalmente como a lo largo de la vida. Los estudios epidemiológicos indican que más de la mitad de los individuos con un trastorno emocional también ha presentado al menos un trastorno comórbido adicional (Clark et al., 1995). Entre pacientes no hospitalizados con un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad o depresivo, la comorbilidad con otro diagnóstico del eje I alcanza el 57% trasversal y el 81% a lo largo de la vida. La comorbilidad con otro trastorno emocional sería del 55% y 76% respectivamente (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, y Mancill, 2001). Según datos del *National Comorbidity Survey*, cuando se toma como referencia un período de 12 meses, más del 40% de los diagnósticos son comórbidos (Kessler, Chiu, Demler, y Walters, 2005).

Con el paso de tiempo, la comorbilidad secuencial, o riesgo de desarrollar un diagnóstico diferente al inicial, es elevada en la mayoría de diagnósticos (Caspi et al., 2014; Kessler et al., 2011; Ormel et al., 2015). En un metaanálisis de estudios prospectivos, Jacobson y Newman (2017) concluyen que todos los tipos de sintomatología y todos los trastornos ansiosos y depresivos se predicen bidireccionalmente pudiendo entenderse como factores de riesgo unos para otros.

En definitiva, los diagnósticos únicos, prototípicos parecen más una excepción que una regla. La regla sería la comorbilidad, de hecho, se ha sugerido la regla del 50% aludiendo a que la mitad de las personas presentarían más de un trastorno, la mitad de los que tienen dos diagnósticos tendría otro más y así sucesivamente (Caspi et al., 2014). Sin embargo, en los estudios de eficacia de tratamientos, las muestras suelen excluir casos comórbidos (Belloch, 2012; Clark et al., 1995; Regier et al., 2013; Sandín et al., 2012; Teesson, Slade y Mills, 2009; Widiger y Clark, 2000; Widiger y Samuel, 2005).

La comorbilidad se relaciona fuertemente con la gravedad. Cuantos más diagnósticos reúne una persona mayor es la probabilidad de que el caso sea clasificado como grave. Menos del 10% de participantes con sólo un diagnóstico son considerados graves, mientras que el porcentaje aumenta a más del 25% de los que tienen dos diagnósticos y casi el 50% de los que reciben tres o más (Kessler et al., 2005). En adolescentes también se ha demostrado la relación entre gravedad y co-ocurrencia de síntomas depresivos y de ansiedad, especialmente en el grupo de participantes con síntomas afectivos graves (Ferdinand, De Nijs, Van Lier y Verhulst, 2005).

Los patrones de comorbilidad son bastante consistentes entre diferentes estudios. La comorbilidad a lo largo de la vida es más intensa dentro de los dos dominios internalizante e externalizante y parece responder a un modelo que asume la existencia de variables mediadoras latentes de internalización y externalización (Kessler et al., 2011). La probabilidad de comorbilidad es más elevada en el grupo de trastornos afectivos que en el de trastornos de ansiedad. La comorbilidad entre trastornos de ansiedad y trastornos afectivos, es decir casos mixtos ansioso-depresivos, es muy alta. Esta última combinación es más probable que entre pares de trastornos de ansiedad (Kessler et al., 2005). Sin llegar a reunir criterios de un diagnóstico adicional, es un hecho contrastado las tasas elevadas de presencia de síntomas de un trastorno, incluso los patognomónicos, en otros diferentes. Por ejemplo, síntomas depresivos y de ansiedad en trastornos psicóticos. De este modo se puede concluir que existen grandes similitudes a través de las categorías diagnósticas (Mansell et al., 2015).

1.1.2.1. Análisis de la comorbilidad

El término comorbilidad, al igual que el de “patología dual”, presupone que las condiciones en cuestión son entidades separadas, etiológica y patológicamente. Sin embargo, las elevadas tasas de comorbilidad plantean problemas de validez discriminante puesto que refleja solapamiento empírico entre constructos hipotetizados como distintos (Watson, 2005) y, además, mina la hipótesis de que los síndromes representan etiologías distintas (Widiger y Samuel, 2005).

Sandin (2012) plantea el dilema de si la comorbilidad es un reflejo de la realidad o fruto del etiquetado. Este autor recoge las siguientes posibles interpretaciones metodológicas de la elevada comorbilidad: asignación inapropiada (en realidad los síntomas reflejan un único trastorno); clasificación incorrecta de un trastorno en un grupo de diagnósticos y la existencia de síntomas comunes a varios trastornos. Las elevadas tasas de comorbilidad podrían deberse, en parte, a que los sistemas diagnósticos están incurriendo en una falacia *jungle*. Se estaría dando nombres diferentes a constructos que se superponen en gran medida. Por tanto, la comorbilidad real puede estar inflada con una comorbilidad artificiosa que dividiría un trastorno en dos o más (Aldao et al., 2016; Lilienfeld, 2015). El hecho de que varios trastornos compartan síntomas entre sus criterios diagnósticos puede ser otra causa metodológica de comorbilidad (Aldao et al., 2016; Mineka et al., 1998; Widiger y Clark, 2000). Los síntomas que se asumen como patognomónicos de determinados trastornos aparecen con elevada frecuencia en otros trastornos y juegan un papel relevante (Belloch, 2012).

Por estos motivos, algunos autores cuestionan el uso rutinario del término “comorbilidad” en investigación en psicopatología (Lilienfeld, 1994) y otros apuestan por emplear otros (p.ej., co-ocurrencia”) que sean simplemente descriptivos y no impliquen la presencia de distintas entidades clínicas (Widiger y Samuel, 2005). Sin embargo, los datos obtenidos mediante estudios longitudinales permiten concluir que la co-ocurrencia de trastornos mentales no puede ser explicada simplemente sobre la base de la superposición de síntomas o sesgos metodológicos (Widiger y Clark, 2000).

La comorbilidad es una realidad a la que se ha dado diferentes explicaciones. Clark (2005) clasifica los modelos etiológicos de comorbilidad existentes en cuatro tipos: modelo de vulnerabilidad o predisposición, modelo patoplástico, modelo de causa o factor compartido o común y modelo de espectro. Los dos primeros modelos se centran en la comorbilidad secuencial y atribuyen un significado causal al orden temporal en que aparecen los trastornos. El *modelo de vulnerabilidad secuencial* postula que un primer trastorno actuaría como factor de vulnerabilidad del trastorno posterior (Widiger y Clark, 2000) al aumentar la probabilidad de que se presente este último. El *modelo patoplástico* enuncia que un trastorno inicial influye en la gravedad, curso o respuesta al tratamiento de un trastorno posterior. También podríamos incluir entre los modelos secuenciales los casos en que se interpreta que un trastorno es una complicación de un trastorno previo. En este caso el síndrome inicial podría representar una *manifestación prodrómica* del posterior [p.ej. trastorno de ansiedad generalizada (TAG) precediendo a trastorno depresivo mayor (TDM)] (Mineka et al., 1998).

Clark (2005) afirma que la condición previa al trastorno puede ser también un factor de temperamento/personalidad (p.ej. un rasgo). Así, por ejemplo, un rasgo elevado de neuroticismo, puede ser un factor de riesgo para la depresión. Esta autora, recoge dos variantes del modelo patoplástico específicas del ámbito de las relaciones entre personalidad y psicopatología (*cicatriz y complicación*). Ambas tienen en común que postulan que la experiencia de psicopatología conduce a cambios en rasgos de personalidad. La diferencia entre las dos variantes es el grado y el alcance del cambio del rasgo de personalidad, mayor en la variante del modelo de cicatriz que en el modelo de complicación.

Los otros dos modelos propuestos por Widiger y Clark afirman que los trastornos comórbidos reflejan el mismo proceso subyacente o factor etiológico, de manera que ninguno de ellos puede ser visto como causa del otro. El *modelo de la vulnerabilidad compartida* explicaría tanto la comorbilidad secuencial como transversal. Consiste en afirmar que dos cuasi-distintos trastornos comparten un factor de vulnerabilidad común (Clark et al. 1995). Por ejemplo, Widiger y Clark (2000) afirman que las comunalidades entre trastornos pueden ser la expresión de procesos patológicos nucleares subyacentes

que resultarían de la interacción de rasgos genéticos y estresores ambientales definibles. Asimismo, Mineka et al. (1998) sugieren que la covariancia entre depresión y ansiedad son atribuibles en gran medida a un factor genético común que se refleja en diferencias generales individuales en distrés subjetivo y afectividad negativa. Finalmente, el *modelo de espectro* propone continuos subyacentes que se extienden desde la normalidad a la psicopatología leve, moderada y grave (p.ej., fobia social y trastorno evitativo de la personalidad se superponen porque el segundo sería una forma más grave del primero) (Clark, 2005).

Aprovechando los datos de un estudio longitudinal de cohorte de 20 años de duración, Caspi et al. (2014) examinaron la estructura de la psicopatología teniendo en cuenta la dimensionalidad, persistencia, co-ocurrencia y comorbilidad secuencial de los trastornos mentales. El modelo factorial que mejor explicaba la psicopatología fue el que se basaba en una dimensión de vulnerabilidad psicopatológica general a la que denominan dimensión p. Dicho factor tendría mayor probabilidad de tener un desarrollo externalizante en el caso de los hombres mientras que sería más probable un estilo internalizante en el caso de las mujeres.

1.1.2.2. Intento de solución de la comorbilidad

Una cuestión controvertida, especialmente relevante en el caso de los trastornos emocionales, es el efecto de las reglas jerárquicas de exclusión del DSM. Dichas reglas fueron introducidas en la tercera edición del manual para minimizar el problema de la co-ocurrencia diagnóstica. Como resultado de la aplicación de los criterios de exclusión, resulta difícil diagnosticar trastornos de ansiedad en presencia de depresión significativa (Watson, 2005). De este modo, se puede estar limitando la comorbilidad de manera artificial ya que este tipo de reglas carece de suficiente justificación racional o empírica (Clark et al. 1995). Además, son vagas y difíciles de aplicar y dificultan el estudio de trastornos inferiores en la jerarquía diagnóstica (Widiger y Clark, 2000).

1.1.3. Otros problemas de los sistemas categoriales

Regier et al. (2013) ofrecen datos de un estudio multicéntrico sobre fiabilidad interjueces empleando la clasificación DSM. La fiabilidad se encontraba en un rango cuestionable para el TDM y el TAG (kappa promedio 0,28 y 0,20) y era inaceptable para el trastorno mixto ansioso-depresivo (kappa promedio -0,004). Los autores relacionan estos bajos niveles de fiabilidad con la heterogeneidad de los pacientes que reúnen los criterios diagnósticos de estos trastornos y la comorbilidad con otros diagnósticos. Otra investigación también cuestiona la fiabilidad, entre jueces y test-retest, de los diagnósticos emocionales con criterios categoriales (Chmielewski, Clark, Bagby, y Watson, 2015). A través de dos metaanálisis, Markon, Chmielewski y Miller (2011) obtuvieron que las medidas continuas de psicopatología son de media un 15% más fiables y un 37% más válidas que las medidas discretas (p.ej., categoriales).

Otras cuestiones controvertidas para el sostenimiento de los sistemas categoriales son el alto grado de inestabilidad diagnóstica a corto plazo para muchos diagnósticos, la falta de especificidad de la respuesta a los tratamientos y los límites difusos entre trastornos periféricos (entre ellos trastornos emocionales como la fobia social generalizada, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), distimia, trastorno por estrés agudo y trastornos propuestos en apéndices como trastorno mixto ansioso-depresivo, trastorno depresivo de la personalidad y trastorno depresivo postpsicótico) (Widiger y Samuel, 2005).

Brown y Barlow (2009) apuntan las siguientes limitaciones de la clasificación DSM: error de medida debido a operacionalizar y aplicar un punto de corte categorial a variables dimensionales como frecuencia, gravedad y duración de los síntomas; tasas distorsionadas de comorbilidad diagnóstica debidas a conjuntos de síntomas superpuestos y reglas de decisión diagnóstica; inadecuada cobertura de presentaciones subumbral y diferencias individuales en gravedad de los casos que superan el umbral. Insel et al. (2010), comentan los problemas documentados de las categorías diagnósticas consensuadas en el DSM y la CIE: fallan en ajustarse a los hallazgos de la neurociencia clínica y la genética; no han sido predictivas de la respuesta al tratamiento y, lo más

importante, no pueden capturar los mecanismos fundamentales subyacentes de la disfunción.

Lilienfeld y Treadway (2016) también revisan los problemas derivados de las clasificaciones psiquiátricas. Además de la comorbilidad y la heterogeneidad, los autores destacan las siguientes anomalías: puntos de corte científicamente arbitrarios, gran número de casos intermedios (no especificados), validez de tratamiento inadecuada y falta de especificidad genética y ambiental.

Kotov et al. (2017) destacan las siguientes limitaciones de los sistemas clasificatorios tradicionales:

- No recogen la evidencia a favor de la existencia de un continuum entre la normalidad y la patología. Lo cual conlleva una pérdida substancial de información y una inestabilidad diagnóstica.
- Fiabilidad interjueces limitada.
- Los diagnósticos son heterogéneos y comprenden múltiples procesos patológicos.
- Co-ocurrencia o comorbilidad.
- Gran cantidad de pacientes no cumple criterios de trastornos específicos a pesar de presentar un grado significativo de sufrimiento y necesitar ayuda.

Belloch (2012) y Sandin (2013) también destacan que los sistemas diagnósticos actuales dejan en un segundo plano las cuestiones etiológicas y teóricas y han relegado enfoques propios como el análisis funcional o el enfoque sistémico. Además, las categorías mutuamente excluyentes de estos sistemas no permiten considerar el sufrimiento como un todo, en términos sistémicos. De la adhesión a clasificaciones diagnósticas categoriales se derivan protocolos de tratamiento cognitivo conductual específicos para cada trastorno. La idea que subyace es la de que la concreción en un síntoma diana implicará una mayor eficiencia de la intervención. La utilidad y eficacia de las mismas técnicas para trastornos diferentes pone en entredicho esa asunción (Belloch, 2012). En definitiva, muchos autores concluyen que la naturaleza compleja de la psicopatología es incompatible con las taxonomías categoriales (Clark et al. 1995).

1.2. MODELOS DIMENSIONALES

La principal alternativa a los sistemas categoriales es la perspectiva dimensional. Desde esta perspectiva se puede estudiar y describir las variaciones psicopatológicas en términos de múltiples dimensiones de pensamiento, afecto y conducta (Krueger, Watson y Barlow, 2005). En cada dimensión, la sintomatología se evalúa en un continuo graduado de intensidad.

1.2.1. Características de los modelos dimensionales

1.2.1.1. Normalidad y patología

Entre los aspectos controvertidos de las clasificaciones DSM, se han señalado las dificultades para establecer límites significativos entre la normalidad y la patología (Widiger y Clark, 2000; Widiger y Samuel, 2005). La evidencia no apoya la existencia de discontinuidad entre la normalidad y la anormalidad (Hernández-Guzmán, Del Palacio, Freyre y Alcázar-Olán, 2011).

El DSM tiene dificultades para categorizar a pacientes con cuadros de síntomas (en muchos casos mixtos) en el extremo menos grave del espectro patológico. Un ejemplo de este problema es el alto porcentaje de pacientes clasificados en las categorías residuales: no especificados (Clark et al. 1995; Lilienfeld y Treadway, 2016; Widiger y Clark, 2000). El sistema diagnóstico ha abordado este problema con la proliferación de diagnósticos. La primera edición del manual contenía 106 trastornos mentales, mientras que la quinta edición (DSM-5, 2013) recoge ya 216 trastornos y ha incorporado entidades cuestionadas, como el trastorno disfórico premenstrual. Dichas entidades han suscitado críticas por la posibilidad de que contribuyan a la psicopatologización de las dificultades de la vida (Echeburúa, Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M., 2014; Ezama, Alonso y Fontanil, 2010). La distinción entre normalidad y psicopatología se basa en razones extrínsecas, pragmáticas, como incremento del riesgo de auto-agresión, no en una discontinuidad natural subyacente (Clark, 2005).

Desde la perspectiva dimensional se asume que existe una continuidad desde la normalidad a la psicopatología, sin una clara demarcación entre ambas. Este supuesto de continuidad se ha confirmado en investigación en población general incluso en el caso de experiencias psicóticas (p.ej. Johns y Van Os, 2001, Van Os y Reininghaus, 2016). Esto supone que personas no diagnosticadas presentan formas menos graves de las características disfuncionales propias de los trastornos. Estos casos subumbral serían también objeto de estudio. Widiger y Clark (2000), por ejemplo, apuestan por abandonar la pretensión de establecer una distinción cualitativa. Consideran que un objetivo más realista sería desarrollar puntos de corte cuantitativos (arbitrarios pero razonables y significativos) en distribuciones continuas. Proponen como modelo a considerar el diagnóstico del retraso mental para la demarcación del deterioro clínicamente significativo.

1.2.1.2. Ventajas de los modelos dimensionales

Los sistemas dimensionales ofrecen dos ventajas principales: reemplazan el elevado número de categorías diagnósticas por un número menor de dimensiones básicas y otorgan un mayor papel al factor crítico de la gravedad del trastorno (Clark et al. 1995; Sandín et al., 2012). Los sistemas dimensionales permiten entender y modelar la comorbilidad como un patrón específico de elevación a lo largo de dimensiones relevantes. Además, la heterogeneidad puede ser manejada aislando los correlatos de dimensiones específicas en modelos que controlen la influencia de otras dimensiones psicológicas. Asimismo, los datos pueden emplearse para conformar y refinar esas dimensiones de manera que se maximice su homogeneidad y se minimice su co-ocurrencia (Krueger, Watson y Barlow, 2005).

En la práctica clínica, la visión dimensional también ofrece importantes ventajas sobre los modelos categoriales. Los sistemas dimensionales son menos artificiales que los categoriales y conllevan una mayor cantidad de información (p.ej., parámetros de intensidad, gravedad, duración, deterioro, uso de servicios). En particular, proporcionan un modelo de gravedad de la disfunción, frente a la simple presencia o ausencia.

De esta manera, los modelos dimensionales permiten una formulación más completa de los casos y ayudan a seguir estrategias de tomas de decisiones clínicas más adecuadas (Hernández-Guzmán, 2011; Sandín, 2013; Sandín et al., 2012; Watson, 2005). Así, se pueden establecer puntos de corte significativos a lo largo de las dimensiones que ayuden en la toma de decisiones clínicas (Widiger y Samuel, 2005). La preferencia por modelos categoriales puede deberse a que parecen más fáciles de usar y muchos clínicos están más familiarizados con ellos. Una etiqueta diagnóstica puede transmitir una cantidad importante de información clínica útil de una manera vívida e instructiva. Sin embargo, imponer categorías a fenómenos dimensionales lleva a una substancial pérdida de informaciones clínicas potencialmente valiosas (Brown y Barlow, 2005; Sandin, 2013; Widiger y Samuel, 2005).

La evidencia indica que, para muchos trastornos, la fiabilidad y validez con que se pueden evaluar aumenta en la medida en que son tratados como dimensiones en vez de como categorías (Clark, 2005). En el ámbito de los trastornos emocionales, aunque la investigación es todavía limitada, los resultados disponibles tienden a apoyar la perspectiva dimensional. Así, los análisis taxométricos de la preocupación crónica y del estrés postraumático han respaldado la presencia de dimensiones continuas. Los análisis de depresión han llevado a resultados dispares, pero generalmente se ha llegado a evidencia a favor de continuidad frente a discontinuidad (Watson, 2005). Agudelo, Spielberger y Buéla-Casal (2007) propugnan el modelo dimensional para abordar aspectos de los trastornos depresivos como la vulnerabilidad o la cronicidad.

En una amplia revisión cuantitativa de estudios taxométricos, Haslam, Holland y Kuppens (2012) afirman que los avances en estas técnicas han conllevado una reorientación a favor de modelos dimensionales. La investigación más reciente ofrece un respaldo substancialmente menor a la perspectiva taxónica que la investigación más antigua y metodológicamente más débil. Los autores concluyen que la evidencia apoya la perspectiva dimensional en la mayoría de las áreas psicopatológicas. En concreto, en el área de los trastornos internalizantes, como humor y ansiedad, los hallazgos de taxones son escasos. Además, la mayoría de las variables latentes de interés para la

psicología clínica, como por ejemplo la sensibilidad a la ansiedad, serían dimensionales (Haslam et al., 2012).

Aguilar y Menchón (2005) recogen las siguientes razones fundamentales para la incorporación del enfoque dimensional en las clasificaciones actuales:

- Las categorías en los sistemas DSM y CIE son heterogéneos, sin diferencias cualitativas en muchos casos entre los diferentes trastornos incluidos, ni tampoco entre ellos y la población general.
- La etiología de los trastornos psiquiátricos es multifactorial. Varias causas pueden asociarse a un síndrome, y distintos síndromes pueden tener similares factores causales.
- La respuesta a los psicofármacos trasciende los límites de las categorías.
- Las dimensiones son más sensibles a los casos subclínicos y a los cambios longitudinales.
- Las categorías actuales son tipologías consensuadas entre expertos sin base empírica y sin correlato en fenómenos naturales.
- Las dimensiones pueden captar mejor la presencia natural de trastornos mentales para llegar a construir categorías más cercanas a las “clases” naturales.
- La investigación biológica ofrece una perspectiva fundamentalmente dimensional de los trastornos psiquiátricos.
- Las representaciones dimensionales predicen mejor que las categóricas el curso clínico y las necesidades de tratamiento.
- El uso de categorías facilita la pérdida de información clínica relevante y la falta de replicabilidad de la investigación biológica.

1.2.2. Modelos multivariados

Desde hace años diferentes autores han empleado técnicas multivariadas para examinar de manera sistemática los patrones de comorbilidad y de este modo elucidar la estructura, profunda y de amplio espectro, de la psicopatología fenotípica. En el campo de los trastornos del humor, los modelos multivariados ponen de manifiesto que

depresión y ansiedad se caracterizan tanto por aspectos comunes como por aspectos distintivos (Mineka et al., 1998). A continuación, se presentan algunos de los modelos multivariados más relevantes en el ámbito de los trastornos emocionales que constituyen el tema principal de la presente tesis doctoral.

1.2.2.1 Modelo afectivo de los dos factores

Tradicionalmente se ha propuesto un modelo bifactorial: The Two-Factors Affective Model, que pone énfasis en el rol de las dimensiones básicas del afecto. Las dos dimensiones generales son Afecto Negativo y Afecto Positivo (Tellegen, 1985; Watson y Clark, 1997; Watson y Tellegen, 1985). El Afecto Negativo es una dimensión general de estrés subjetivo e insatisfacción. Refleja en qué medida una persona está experimentando estados de ánimo como miedo, tristeza, ansiedad y culpa. En cambio, el Afecto Positivo refleja en qué medida se experimentan emociones positivas como alegría, entusiasmo, energía y activación.

Estos dos factores generales se relacionan de manera diferente con la depresión y la ansiedad. El Afecto Negativo es, en gran medida, el responsable del solapamiento/comorbilidad entre depresión y ansiedad, ya que se relaciona fuertemente con ambas. En cambio, el Afecto Positivo discriminaría más entre ansiedad y depresión ya que es un factor que presenta asociaciones (negativas) fuertes y consistentes con depresión mientras que no se relaciona con sintomatología de ansiedad (Mineka et al., 1998). Por tanto, en este modelo de dos factores, la afectividad negativa representa un factor inespecífico común a depresión y ansiedad mientras que la afectividad positiva es un factor específico que se relaciona principalmente con depresión (Mineka et al., 1998; Watson, Clark y Carey, 1988a).

En contra del supuesto de la especificidad de la afectividad positiva, Thibodeau, Carleton, Collimore y Asmundson (2013) sí que encontraron una relación entre el afecto positivo y un miedo fundamental subyacente a los trastornos de ansiedad. Este afecto estaría asociado particularmente con el miedo a la evaluación negativa. El afecto

negativo también se relacionó con ese miedo y, además, con la sensibilidad a la ansiedad y con la sensibilidad a la enfermedad/heridas.

1.2.2.2. Modelo tripartito

Clark y Watson (1991), tras revisar la evidencia relativa a la validez y fiabilidad de los diagnósticos de trastornos emocionales, propusieron una extensión del modelo anterior: el **modelo tripartito**. La nueva estructura consiste en un factor general de distrés (Afecto Negativo) y dos factores específicos: anhedonia o bajo afecto positivo y la hiperactivación fisiológica. Por tanto, la nueva aportación es este último factor que sería relativamente específico de los trastornos de ansiedad.

En este modelo se clasifica los síntomas de ansiedad y depresión en tres subgrupos básicos. Muchos síntomas son principalmente indicadores de la dimensión de distrés general; este grupo inespecífico incluye humor mixto ansioso-depresivo, así como otros síntomas (por ejemplo, el insomnio o las dificultades de concentración) que son frecuentes tanto en trastornos de ansiedad como en trastornos depresivos. Sin embargo, cada síndrome se caracteriza, además, por su propio grupo de síntomas. La tensión somática y la hiperactivación (por ejemplo, la dificultad de respirar, el mareo) son específicas de la ansiedad; mientras que la anhedonia/bajo afecto positivo (por ejemplo, la pérdida de interés y capacidad de disfrute) es específica de la depresión.

Esta clasificación se refleja en los factores de la escala *Mood and Anxiety Symptom Questionnaire* (MASQ). El modelo tripartito ha recibido respaldo empírico a partir de datos de este autoinforme (Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Strauss y McCormick, 1995a; Watson, Weber, Assenheimer, Clark, Strauss, y McCormick, 1995b) y también del análisis psicofisiológico de la actividad cerebral (Mineka et al., 1998).

1.2.3. Modelos integrativos jerárquicos

Los modelos jerárquicos, con factores temperamentales en diferentes niveles, tienen la virtud de explicar las tasas diferenciales de comorbilidad. El grado de comorbilidad entre dos trastornos indicaría en qué medida comparten factores generales subyacentes. Pero, además, explican la heterogeneidad en un determinado trastorno. Los trastornos heterogéneos se pueden analizar en sus componentes, permitiendo la delimitación de factores más específicos que distingan entre variantes psicopatológicas (Clark, 2005).

1.2.3.1. Modelo del grupo de Barlow

De acuerdo con el grupo de Barlow, los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son fundamentalmente trastornos emocionales y, por tanto, los modelos patológicos han de recoger los avances en las teorías sobre las emociones y en concreto, la evidencia a favor de la conexión cercana entre la ansiedad y la depresión (Barlow, 1991) porque comparten una misma diátesis (vulnerabilidad biológica y rasgos de personalidad). Estos autores respaldan el modelo tripartito (p.ej. Brown, Chorpita y Barlow, 1998) y relacionan los tres factores con tres emociones básicas: ansiedad, miedo y depresión.

El *Afecto Negativo* ocupa un lugar central en el modelo de *ansiedad* (aprensión ansiosa) de Barlow. Lo que caracteriza fundamentalmente a este factor es la sensación de incontrolabilidad e impredecibilidad (incapacidad percibida para influir sobre sucesos personalmente relevantes y sus consecuencias) (Barlow, 2006). Representa un factor crucial de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo más elaborados (Barlow, 2004). El Afecto Negativo y constructos relacionados (p.ej. neuroticismo) son hereditarios y temporalmente estables (Brown et al., 1998). Por otro lado, la anhedonia, el bajo Afecto Positivo y la desesperanza son indicadores de depresión (Chorpita, Albano y Barlow, 1998). El bajo afecto positivo podría actuar como un factor de vulnerabilidad específico de la depresión (Brown et al., 1998).

Según Barlow, la intensa *activación*, además de la fuerte tendencia a la acción, son expresión de *miedo/pánico*. El miedo (a diferencia de la ansiedad que implica

orientación al futuro) es una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente (Barlow, 2006). La activación sería un factor específico del trastorno de pánico/agorafobia. A diferencia del afecto positivo y el afecto negativo, desde este modelo el arousal no reflejaría un rasgo de vulnerabilidad (Brown et al., 1998).

Modelo jerárquico de los trastornos de ansiedad del grupo de Barlow

Para abordar el problema de la heterogeneidad de los trastornos de ansiedad, el grupo de Barlow propuso un modelo que introducía la noción de jerarquía (Zinbarg y Barlow, 1996). Se trata de un esquema jerárquico con factores en dos niveles: un factor general en el nivel superior y varios factores específicos en el nivel inferior. Cada trastorno de ansiedad contendría tanto el componente general compartido como su propio factor único y específico que lo distingue del resto de trastornos. En las versiones revisadas del modelo, el factor general de orden superior sería asimilable al Afecto Negativo del modelo tripartito (Mineka et al., 1998). Los factores del nivel inferior se corresponden en gran medida con los diagnósticos del DSM (Zinbarg y Barlow, 1996).

A partir de esta concepción de los trastornos emocionales, los autores del grupo de Barlow han desarrollado un tratamiento transdiagnóstico que ha demostrado su eficacia (Barlow et al., 2011a; Barlow et al., 2011b). En un ensayo clínico con pacientes con diversos trastornos de ansiedad se comparó la eficacia de su protocolo de tratamiento diagnóstico con tratamientos específicos para cada diagnóstico. Sus resultados indicaron equivalencia en eficacia hasta los seis meses de seguimiento y superioridad del tratamiento transdiagnóstico en probabilidad de completar el tratamiento y porcentaje de pacientes que dejaron de cumplir criterios de cualquier trastorno emocional (Barlow et al., 2017).

1.2.3.2. Modelo del grupo de Mineka

Mineka et al. (1998) apuestan también por una organización jerárquica de los trastornos emocionales al señalar que los trastornos de ansiedad y los trastornos

depresivos poseen tanto componentes comunes y compartidos como específicos y únicos. El componente compartido representa diferencias individuales en estrés general y Afecto Negativo; es un factor de orden superior y muy extendido que es común tanto a los trastornos de ansiedad como a los depresivos y es el principal responsable de la superposición entre dichos trastornos. Además, cada trastorno incluye también un componente único que lo diferencia del resto de trastorno. Por ejemplo, anhedonia, desinterés, y la ausencia de Afecto Positivo suponen el componente único y específico de la depresión (Mineka et al., 1998). Este modelo supone una revisión del modelo tripartito en tres aspectos importantes. En primer lugar, el peso de los factores del modelo tripartito difiere entre trastornos. En concreto, el TDM y el TAG contienen una gran cantidad del factor general de estrés. Mientras que otros trastornos se caracterizan en mayor medida por factores específicos y únicos del trastorno. En segundo lugar, dada la heterogeneidad de los trastornos de ansiedad, se abandona la consideración del arousal ansioso como característico de todos los trastornos de ansiedad para pasar a considerarlo un componente específico del trastorno de pánico. Por último, la baja afectividad positiva caracteriza a otros trastornos además de la depresión (entre ellos la fobia social).

1.2.3.3. Modelo de Clark

Por su parte, Clark (2005) propone un modelo comprehensivo jerárquico para explicar tanto la comorbilidad entre trastornos como la superposición de estos con rasgos de personalidad. El modelo, además, da cuenta de la comorbilidad diferencial debida a la especificidad dentro de cada clase de trastorno y la heterogeneidad dentro de cada trastorno. La autora cuestiona la distinción entre eje I y eje II del DSM y asevera que tanto la personalidad como la psicopatología se desarrollan a partir de dimensiones temperamentales subyacentes con base genética. Son tres las dimensiones bioconductuales innatas que plantea: las dos dimensiones del modelo de los dos factores de los trastornos emocionales (afectividad positiva y afectividad negativa) más desinhibición (un sistema regulatorio que se relaciona principalmente con trastornos externalizantes).

1.2.3.4. Modelo HiTOP

Un numeroso grupo de investigadores clínicos de todo el mundo, liderados por Kotov, Krueger y Watson, ha constituido un consorcio para desarrollar la Taxonomía jerárquica de psicopatología (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology, HiTOP). Su propósito es desarrollar un sistema de clasificación basado en los avances en la investigación cuantitativa, principalmente factorial, de la organización de la psicopatología (Conway et al., 2019; Kotov et al., 2017). Su propuesta consiste en agrupaciones psicopatológicas que se organizan jerárquicamente en niveles desde lo más específico a lo más amplio: componentes homogéneos de síntomas, rasgos desadaptativos, síndromes, subfactores, espectros y superespectros. La estructura jerárquica implica que cualquier causa o resultado de un trastorno mental derivaría de los efectos de las dimensiones de los diferentes niveles.

A pesar de que el modelo se define como dimensional, el HiTOP no se limita a dimensiones. El modelo contempla que, si la evidencia indica la existencia de límites naturales, dicha distinción cualitativa se incorpora al modelo también. Como se observa en la figura siguiente los seis espectros incluidos en el modelo HiTOP son: internalizante (o afectividad negativa), trastorno del pensamiento (o psicoticismo), desinhibición externalizante, antagonismo externalizante, desapego y somatoforme.

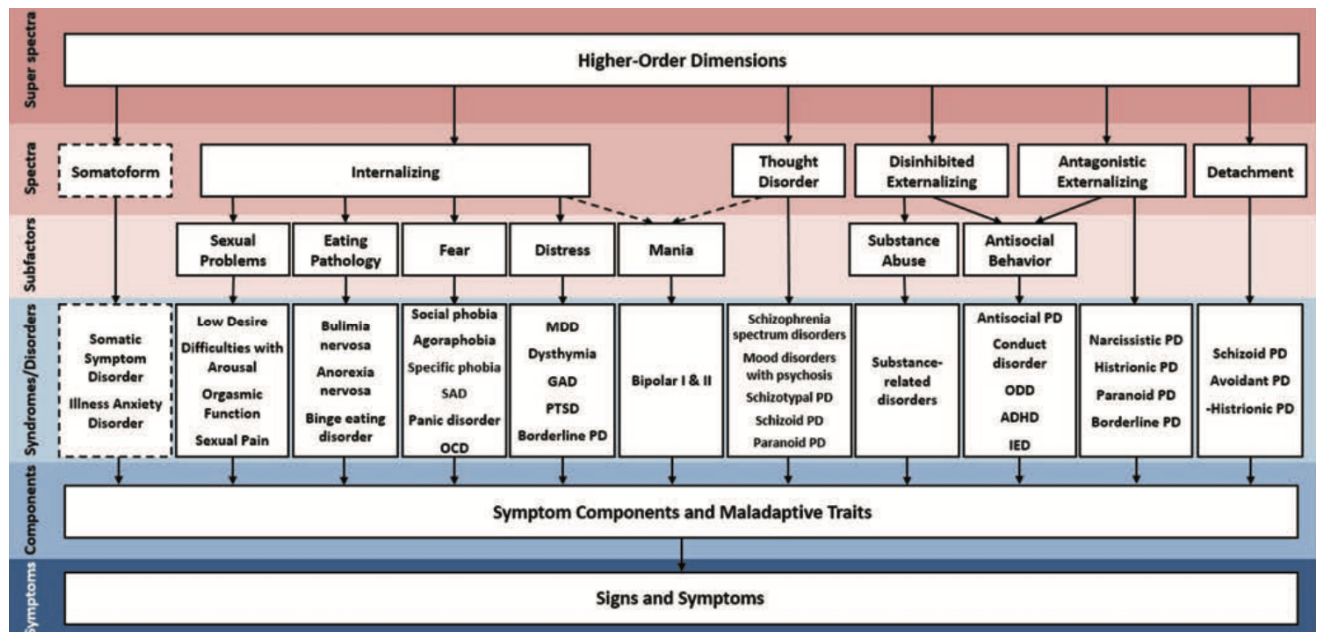


Figura 1. Modelo HiTOP (Kotov et al., 2017)

En el espectro internalizante proponen los siguientes componentes de síntomas y rasgos desadaptativos:

- Componentes de distrés: disforia, cansancio, anhedonia, insomnio, suicidabilidad, agitación, lentitud, pérdida de apetito, aumento de apetito, (bajo) bienestar, síntomas TAG, re-experimentación, evitación, hiperactivación, somnolencia, disociación, irritabilidad, obsesiones puras.
- Componentes de miedo: ansiedad interactiva, ansiedad de ejecución, lugares públicos, lugares cerrados, fobia a animales, fobia situacional, sangre-inyecciones-heridas, pánico fisiológico, pánico psicológico, limpieza, rituales, comprobación.
- Rasgos: ansiedad, labilidad emocional, hostilidad, perseveración, afectividad restringida, inseguridad por separación, sumisión, problemas de identidad, relaciones negativas, fragilidad, ineptitud, (baja) invulnerabilidad.

El grupo de investigación (Conway et al., 2019) muestra la utilidad del modelo con ejemplos de avances en investigaciones etiológicas y aplicaciones clínicas desarrollados desde la perspectiva HiTOP. Este modelo permite comprobar la importancia relativa de elementos de los diferentes niveles de la jerarquía en la emergencia y tratamiento de la psicopatología. Los autores concluyen que la evidencia

sugiere que en muchos casos la patología mental se conceptualiza mejor en términos de dimensiones transdiagnósticas.

1.2.4. Propuestas dimensionales de revisión del DSM

Desde los modelos dimensionales basados en la investigación empírica es posible revisar la organización en clústeres de las clasificaciones diagnósticas en función de similitudes y diferencias en las dimensiones definidas. La asunción plena de los presupuestos dimensionales implicaría la substitución de los diagnósticos individuales de las clasificaciones actuales por “una matriz ordenada de clústeres de síntomas, una tabla diagnóstica de los elementos que se usarían en combinación para describir la rica variedad de la psicopatología humana” (Widiger y Clark, 2000). No obstante, diferentes autores apuestan por modelos de transición desde las clasificaciones actuales.

Una opción menos drástica sería introducir **índices de gravedad dimensionales** a las categorías diagnósticas existentes y/o a los criterios de síntomas constituyentes. Según Brown y Barlow (2005) esta aproximación tendría la ventaja de ayudar a determinar la viabilidad de sistemas dimensionales más ambiciosos (p.ej. cuantificar dimensiones de orden superior). Sin embargo, un sistema dimensional de esta naturaleza no abordaría los problemas de fiabilidad diagnóstica insuficiente y alta comorbilidad. Un mayor avance implica tener en cuenta las dimensiones basadas en constructos obtenidos en los estudios multivariados para determinar hasta qué punto un conjunto dimensional apoya o refuta un conjunto de trastornos comunes (Sandín et al., 2012).

En ese sentido, y basándose en la evidencia empírica acumulada que respalda el modelo tripartito, Watson (2005) propuso un modelo de clasificación para revisar el DSM IV y substituir la organización según criterios racionales. Su propuesta es un modelo jerárquico cuantitativo con una clase general de trastornos emocionales que englobaría tres subclases: los trastornos bipolares (bipolar I, bipolar II, ciclotimia), los trastornos por distrés (depresión mayor, trastorno distímico, TAG y TEP) y trastornos por miedo (trastorno de pánico, agorafobia, fobia social y fobia específica). Los

mayores cambios en la estructura propuesta implican la introducción de la clase general y la transferencia del TAG desde su emplazamiento en el grupo de los trastornos de ansiedad para unirse a los trastornos afectivos unipolares en la subclase de los trastornos por distrés. Además de las razones estructurales antes mencionadas, Watson (2005) argumenta este último cambio con la similitud genética y fenotípica entre el TAG y los trastornos depresivos. Los trastornos bipolares quedarían en una tercera subclase por la falta de base empírica para asignarlos a las otras dos subclases. Quedaría por definir el emplazamiento del TOC y el trastorno por estrés agudo por las complejidades y problemáticas propias de estos trastornos.

Brown y Barlow (2009) dan un paso más hacia la organización dimensional al proponer un sistema alternativo a las clasificaciones categoriales para intentar minimizar las limitaciones de ese tipo de aproximaciones diagnósticas. Los autores desarrollan una propuesta etiológica acorde con las teorías y la evidencia que apuntan que la superposición en familias de trastornos (p.ej. comorbilidad y superposición de síntomas en trastornos de ansiedad y afectivos, trastornos externalizantes, etc.) puede deberse al hecho de que esos trastornos emergen de una vulnerabilidad genética y psicosocial compartida (Brown y Barlow, 2005). Así, su modelo daría mayor relevancia a las dos dimensiones subyacentes a los trastornos emocionales obtenidas en la investigación empírica: *neuroticismo/inhibición conductual* y *afecto positivo/activación conductual*; constructos que reflejan una vulnerabilidad general temperamental (Brown y Barlow, 2009). Proponen suprimir la distinción entre eje I y eje II (Brown y Barlow, 2005) y completar el sistema de clasificación DSM, categórica (prototípica) con un sistema dimensional que ayudase a ofrecer una representación más precisa de cada paciente. El perfil incluiría las siguientes dimensiones:

- Temperamento: Ansiedad/neuroticismo/inhibición conductual y Activación conductual/afecto positivo
- Humor: Depresión unipolar y Manía
- Foco de ansiedad: Ansiedad somática, Pánico y episodios autonómicos relacionados, Cogniciones intrusivas, Evaluación social, Traumas pasados.
- Evitación: Evitación conductual e interoceptiva y Evitación cognitiva y emocional.

Durante el proceso de revisión del DSM-IV-TR, los grupos de trabajo se plantearon la posibilidad de basar el sistema en dimensiones en vez de categorías (Widiger y Samuel, 2005). Sin embargo, el DSM-5 (APA, 2014) mantiene la visión categorial excluyente y la dimensionalidad se ha incorporado de manera muy tímida e irregular. El manual sólo ha introducido algunos espectros (autismo, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.), un nuevo enfoque híbrido (categorial-dimensional) para clasificar los trastornos de personalidad (pero como una propuesta alternativa, manteniendo la propuesta categorial del DSM-IV como la clasificación oficial) y un esquema de evaluación dimensional (evaluaciones transversales y sobre gravedad). En el caso de los trastornos emocionales no se ha aplicado la evidencia acumulada respecto a su carácter dimensional (Sandin, 2013).

1.2.5. Research domain criteria

Con el fin de intentar salvar la brecha que separa a la neurobiología y la fenomenología clínica se han propuesto los *Research Domain Criteria* (RDoC). Los RDoC son un proyecto creado por el *National Institute of Mental Health* (NIMH) para recoger los resultados en patofisiología, especialmente genética y neurociencia. Consiste en un marco sistemático para la investigación, organizado en cinco dominios, que espera informar en un futuro la práctica clínica. A diferencia de las clasificaciones DSM y CIE, que se caracterizan por signos, síntomas e historia natural distintivas; la perspectiva de RDoC de la psicopatología es la de entenderla como el producto de disfunciones en los circuitos neuronales. Se centra en endofenotipos, o fenotipos intermedios, que pueden ser comunes a varias categorías diagnóstica; por ejemplo, la sensibilidad a la ansiedad (Insel et al., 2010; Lilienfeld y Treadway, 2016; Stein, Lund y Nesse, 2013). Algunos clínicos encuentran desventajas al sistema por su complejidad; no confían en la pretensión de que la biología de los endofenotipos sea más clara, simple y específica que la de los trastornos y creen que los RDoC permanecerán en el ámbito de la investigación (Stein, Lund y Nesse, 2013).

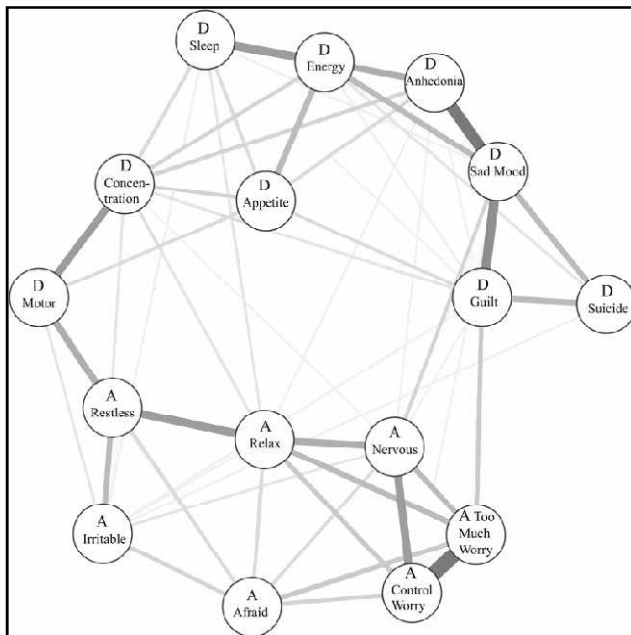
Desde una perspectiva psicológica, Fernández, Jazaieri y Gross (2016) proponen añadir la RE como un sexto dominio del RDoC. La RE sería la consecuencia funcional de patrones de interacción entre los cinco dominios existentes más moleculares.

1.3. TEORÍA DE RED DE SÍNTOMAS

Los modelos dimensionales comparten con los categoriales las limitaciones derivadas de explicar la co-ocurrencia de síntomas mediante el postulado de una variable, causa o esencia latente inobservable que produce la emergencia de aquellos. Según algunos autores, la idea de que la psicopatología observable sea el reflejo de entidades subyacente es empíricamente inadecuada (Hofmann, 2014; Kendler, Zachar y Craver, 2011; McNally et al., 2015). La teoría de red de síntomas constituye una nueva forma de conceptualizar los trastornos mentales. El aspecto central de esta aproximación es la interacción entre síntomas psicopatológicos. De acuerdo con esta teoría, no habría que buscar una causa común a los síntomas de un trastorno, sino que unos síntomas causan a otros. Los síntomas están conectados causalmente a través de miríadas de factores biológicos, psicológicos y mecanismos sociales. Si estas relaciones causales son lo suficientemente fuertes, los síntomas pueden generar un nivel de retroalimentación que haga que se mantengan por sí mismos. En tal caso la red de síntomas se atasca en un estado alterado. Así pues, los trastornos se entienden como estados estables de redes de síntomas interconectados que se originan por la propagación de la activación en dicha red. En tales redes los síntomas se entienden como nodos y las interacciones causales entre síntomas se asumen como conexiones entre dichos nodos (Borsboom, 2017). La comorbilidad entre dos trastornos (redes en términos del modelo) quedaría explicada mediante la conexión entre redes a través de síntomas puente que juegan un papel en ambas redes.

Las técnicas derivadas de esta teoría se están aplicando a diferentes constructos; incluyendo psicopatología emocional como depresión, trastornos de ansiedad, estrés postraumático y duelo patológico (Borsboom, 2017). Por ejemplo, Boschloo, Van Borkulo, Borsboom y Schoevers (2016) estudiaron las relaciones entre síntomas

depresivos y encontraron que la pérdida de interés/placer, el humor depresivo, la fatiga y los problemas de concentración son los factores de riesgo más importantes ya que ocupan el lugar central en la red de síntomas depresivos. Con una gran muestra de pacientes de un programa de hospitalización parcial, Beard et al. (2016), examinaron mediante un análisis de red la relación entre síntomas de TAG y TDM en el momento de la admisión. En la figura adjunta se refleja la estructura que encontraron.



Como se puede observar, los síntomas se relacionaban más dentro de los ámbitos de la depresión y la ansiedad que con los síntomas del otro ámbito.

Entre las conexiones más fuertes, sólo se encontraba una transdiagnóstica a través del síntoma motor (que no distingue entre agitación y retardo). La tristeza y la preocupación fueron los síntomas más importantes de la red.

Figura 2. Red de síntomas TAG y TDM (Beard et al., 2016)

La estructura de la red fue estable entre la admisión y el alta. La fuerza de la asociación entre síntomas aumentaba en el alta a pesar de la disminución de la gravedad de los mismos.

1.4. **MODELOS TRANSDIAGNÓSTICOS**

El modelo transdiagnóstico ha emergido recientemente como un nuevo enfoque científico prometedor, dando lugar a una nueva frontera en el avance de la psicología clínica (Sandín et al., 2012). Se centra en buscar las comunales a través de los

trastornos mentales bajo la premisa de que se basan en un rango de procesos etiopatogénicos causales y/o mantenedores de la mayor parte de ellos (Fernández-Álvarez, Díaz, González, Botella y García, 2017; Sandín et al., 2012); especialmente aquellos que son altamente comórbidos y comparten sintomatología (Fernández et al., 2016).

El enfoque transdiagnóstico puede concebirse como un paso adelante en la consideración dimensional de los trastornos (Belloch, 2012). Aunque se basa en una concepción dimensional de la psicopatología consiste más en una integración entre ambos enfoques que en un rechazo del enfoque categorial puesto que supone asumir la existencia de algún sistema de diagnóstico (Sandín et al., 2012). Aporta a la perspectiva taxonómica los fundamentos del empirismo y la etiopatogenia psicológica. Mantiene las categorías diagnósticas (división) mientras trata de identificar las dimensiones subyacentes de funcionamiento patológico (aglutinado) (Aldao, 2016). Así pues, podemos decir que la propuesta transdiagnóstica pretende recoger las cualidades de los dos enfoques: dimensional y categorial.

1.4.1. Procesos transdiagnósticos

Mansell, Harvey, Watkins y Shafran (2009) propusieron criterios tentativos para determinar qué procesos psicológicos pueden ser considerados “transdiagnósticos”. Estos criterios requieren que se puedan evaluar tanto en muestras clínicas como no clínicas y que estén presentes en, al menos, cuatro trastornos. Es importante aclarar que un proceso dado puede ser transdiagnóstico para dos condiciones, pero específico en relación con otros. Por lo tanto, la etiqueta transdiagnóstico ha de ser entendida en términos relativos, no absolutos (Aldao et al., 2016).

Harvey, Murray, Chandler y Soehner (2011) distinguen entre constructos que son “descriptivamente transdiagnósticos” y los que son “mecánicamente transdiagnósticos”. En este segundo caso, además de la presencia en varios trastornos, se propugna que el proceso constituye un mecanismo causal. Los procesos mecánicamente transdiagnósticos forman parte de una teoría sobre el desarrollo y

mantenimiento de un grupo de trastornos. Representan un núcleo común que subyace a los trastornos y explican la co-ocurrencia a través de vulnerabilidad compartida. Se puede decir que estos son los procesos propiamente transdiagnósticos, y las intervenciones que se dirigen a modificar los mecanismos compartidos constituyen los tratamientos transdiagnósticos en sentido estricto (Sauer-Zavala et al., 2017). Estos autores ilustran la categoría de procesos sólo descriptivamente transdiagnósticos con el ejemplo de la autoestima y los ataques de pánico y la de los procesos mecánicamente transdiagnósticos con la sobrevaloración del peso y de la figura o la rumiación.

La aproximación transdiagnóstica puede facilitar la identificación de patrones de continuidad y discontinuidad en la expresión sintomática. Específicamente puede ayudar a elucidar mecanismos subyacentes a la equifinalidad, la multifinalidad y la continuidad heterotípica (Aldao et al., 2016). Los procesos transdiagnósticos de los trastornos se caracterizan por dar cuenta de más varianza que las características específicas de cada trastorno, y dichas comunales se han hallado en todos los dominios de la psicopatología, incluyendo los dominios genético, biológico, de personalidad, social, emocional, conductual y cognitivo (Clark y Taylor, 2009). Desde una perspectiva biológica, se proponen circuitos neurales comunes que sustentan múltiples procesos cognitivos relacionados. Los déficits en dichos procesos a su vez provocarían los distintos síntomas (Buckholtz y Meyer-Lindenberg, 2012). Por ejemplo, Goodkind et al. (2015) identifican, a través de una revisión metaanalítica de estudios de neuroimagen, substratos neurobiológicos comunes a los trastornos mentales del eje I.

Volviendo al ámbito psicológico, Clark y Taylor (2009), apuntaron, sin intención de ser exhaustivos, la siguiente lista de variables transdiagnósticas: afectividad negativa (neuroticismo), incontrolabilidad e imprevisibilidad percibidas, atención auto-focalizada, supresión del pensamiento, pensamiento negativo repetitivo (p.ej. preocupación, rumiación), inhibición/evitación conductual, búsqueda de seguridad, evitación experiencial, creencias metacognitivas desadaptativas, contenido cognitivo negativo, intolerancia a la emoción negativa, conflictos no resueltos sobre el control, respuestas de afrontamiento desadaptativas y constructos cognitivos como atención

selectiva, sesgos de memoria explícita, sesgos interpretativos y razonamiento emocional.

Belloch (2012) clasifica las aportaciones de la investigación transdiagnóstica en tres grupos en función del tipo de proceso subyacente propuesto para explicar las confluencias sintomáticas:

- Dimensiones o factores comunes: Aquí se incluiría el modelo tripartito de Clark y Watson (Clark y Watson, 1991) y el sistema de clasificación del grupo de Barlow (Brown y Barlow, 2009) antes mencionados.
- Dimensiones específicas: además de estrategias de RE, se incluyen la sensibilidad a la ansiedad, la ira, la rumiación, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre o las intrusiones mentales.
- Dimensiones de procesos mentales y comportamentales básicas como la atención selectiva o la evitación. Aquí se recoge la revisión de Harvey, Watkins, Mansell y Shafran (2004) que concluye que son comunes a los trastornos tanto modalidades de procesamiento (sesgos atencionales, de memoria y de razonamiento), procesos y productos de pensamiento específicos (pensamientos negativos recurrentes, creencias metacognitivas disfuncionales), comportamientos concretos (de evitación y de búsqueda de seguridad) y supresión de cogniciones.

Mansell et al. (2009), por su parte, distinguen entre aproximaciones que se basan en: procesos múltiples que se aplican universalmente; procesos múltiples que están limitados en el rango de trastornos cubiertos; aportaciones basadas en síntomas y aportaciones de procesos simples y universales (p.ej. evitación experiencial y auto-absorción). Bird et al. (2013) muestran las ventajas de un modelo con un factor latente a los procesos de preocupación, supresión y evitación experiencial. Dicho factor indicaría la incapacidad percibida para controlar el pensamiento negativo. Éste sería un mecanismo compartido por la rumiación y la preocupación y estaría presente en un rango de trastornos del Eje I. A su vez en el origen del pensamiento recurrente podría estar implicada la afectación del control atencional.

1.4.2. Ventajas de los modelos transdiagnósticos

Adoptar el enfoque transdiagnóstico basado en una concepción dimensional tendría ventajas sobre los sistemas de clasificación actuales (Belloch, 2012; Harvey et al., 2004; Kring, 2008):

- ayudaría a dar cuenta de las altas tasas de comorbilidad y a mejorar las categorías diagnósticas.
- posibilitaría la construcción de instrumentos fiables y estandarizados para dimensiones de síntomas o grupos de síntomas concretos.
- mejoraría el diagnóstico individual con un cuadro más completo del caso.
- permitiría avanzar en la comprensión de factores etiológicos comunes.
- se podrían diseñar programas específicos de tratamiento para cada paciente individual.
- se podrían desarrollar y evaluar estrategias de tratamiento transdiagnóstico aplicables a un rango amplio de trastornos y en formato grupal (algo especialmente útil en contextos de alta demanda y/o presión asistencial y escasos recursos sanitarios).
- podrían ser útiles para el diseño de programas de detección y prevención temprana de trastornos.
- presumiblemente disminuiría o atenuaría el riesgo de recaídas y los abandonos.
- permitiría integrar la psicopatología en los nuevos modelos de redes.

1.4.3. Limitaciones de los modelos transdiagnósticos

Belloch (2012) plantea que el modelo transdiagnóstico aplicado a la psicopatología y el diagnóstico tiene limitaciones derivadas de los difíciles retos a los que se enfrenta en su desarrollo. Así sería necesario determinar cuál es el número mínimo de dimensiones necesarias para perfilar el cuadro de cada paciente. Tales dimensiones deberían estar firmemente asentadas en supuestos teóricos empíricamente sustentados. Además, es complicado establecer puntos de corte clínicos de cada

dimensión y habría que hacerse de manera compatible con la concepción multi-dimensional.

Algunos autores son abiertamente críticos con la alternativa transdiagnóstica. Fusar-Poli et al. (2019) revisan artículos que contienen la palabra transdiagnóstico en el título y concluyen que hasta el momento esta aproximación no ha proporcionado un cambio de paradigma creíble puesto que no demuestran una clara ventaja sobre las clasificaciones psiquiátricas. Desde su punto de vista los estudios revisados son de baja calidad, adolecen de sesgos conceptuales e inconsistencias metodológicas, se centran únicamente en trastornos depresivos y de ansiedad y presentan más redescubrimientos que innovaciones.

Para finalizar este apartado, parece indicado señalar la idea propuesta por Mansell et al. (2015). Estos autores afirman que la metodología en la investigación de la clasificación de la psicopatología ha experimentado avances comparables al cambio de paradigma que se produjo con la teoría darwiniana. Lo resumen en la siguiente tabla:

Tabla 1. Paralelismo entre enfoque científico de Darwin y Psicopatología

| <i>Enfoque científico de Darwin</i> | <i>Paralelismos en Psicopatología</i> |
|---|---|
| Diferentes especies comparten características | Diferentes trastornos mentales comparten síntomas. |
| Hay continuidades en las características entre las especies. | Los síntomas varían en grado/intensidad a través de los trastornos |
| Existe una variación individual importante en las características dentro de una especie. | Existe una importante variación individual entre personas con el mismo diagnóstico. |
| Las características de una especie típicamente tienen una funcionalidad, aunque ésta puede reducirse (vestigio) o ser simultáneamente disfuncional (compensación evolutiva) | Los síntomas a menudo indican procesos que tienen un propósito para el individuo, aunque esto puede ser, al mismo tiempo, desadaptativo (conflicto) |
| Las características cambian a lo largo de las generaciones. | Los diagnósticos cambian con el tiempo y la recuperación puede hacer que un diagnóstico deje de aplicarse |
| Una teoría unificadora (selección natural) explica el proceso de cambio. | Una teoría transdiagnóstica explica el mantenimiento de los síntomas/sufrimientos en los trastornos |
| La teoría es algorítmica, mecanicista y cuantitativa, permitiendo futuros modelos y pruebas. | La teoría debe ser algorítmica, mecanicista y cuantitativa, permitiendo futuros modelos y pruebas |

Como se ha podido constatar ningún modelo de clasificación está libre de limitaciones y desventajas. No obstante, se constata que la investigación en procesos transdiagnósticos, y más en concreto los relacionados con la RE, tienen la potencialidad de ofrecer aportaciones relevantes a la taxonomía psicopatológica.

2. REGULACIÓN EMOCIONAL

En esta sección se exponen brevemente las premisas y teorías sobre las emociones que dieron cabida al desarrollo del campo de la RE. A continuación, se introducen los conceptos y supuestos más importantes de los modelos de RE. Se describen especialmente el modelo procesual y los resultados de la investigación sobre comparación entre estrategias de RE. Asimismo, se dedica un apartado a las aportaciones más recientes que se han centrado en la selección de estrategias y la flexibilidad regulatoria desde una perspectiva contextual, de adaptación al entorno. Por último, se describe funcionamiento desadaptativo de la RE en el epígrafe de desregulación emocional que enlazará con el capítulo siguiente dedicado a la RE y la psicopatología.

2.1. EMOCIÓN

Tras un largo período histórico en el cual las emociones se han visto fundamentalmente como perturbadoras y desadaptativas, las teorías más modernas de la emoción han enfatizado su valor adaptativo y las importantes funciones que cumplen (Choliz, 2005; Gross, 1998b; Hervás, 2011; Kring, 2010).

La emoción, o la afectividad, es un proceso psicológico básico que confiere colorido, matiza y orienta el resto de dimensiones humanas. Los estados y tendencias emocionales se viven subjetivamente; influyen en toda la personalidad y conducta, comunican e influyen sobre otras personas a través de la expresión y son fundamentales para la supervivencia y la adaptación al medio. Las emociones están constituidas por tres componentes que se superponen e interaccionan entre sí: la conducta, la cognición y la fisiología.

Las teorías del appraisal se centran en el aspecto cognitivo. Su premisa básica es que las emociones son respuestas adaptativas que reflejan evaluaciones de aspectos del entorno que son significativos para el bienestar del organismo. Además, las teorías appraisal contemporáneas definen las emociones como procesos, en vez de como

estados (Moors, Ellsworth, Scherer, y Frijda, 2013). A pesar de las divergencias entre los modelos psicológicos sobre las emociones, Gross (2015) señala tres puntos clave de consenso:

- Las emociones implican cambios libremente asociados en los dominios de experiencia subjetiva, conducta y fisiología periférica.
- Las emociones se despliegan a lo largo del tiempo.
- Las emociones pueden ser tanto beneficiosas como perjudiciales dependiendo del contexto.

Desde la perspectiva de la RE, se incide en la segunda característica apuntada, y se recoge la tradición iniciada por W. James de concebir las emociones como tendencia de respuesta. Así, las emociones se entienden como secuencias flexibles de respuesta que son suscitadas cuando una persona evalúa que una situación ofrece importantes desafíos u oportunidades (Gross, 1998b). Esta definición destaca dos aspectos relevantes para la teoría procesual de RE: el origen y la plasticidad. En cuanto al origen, Gross (2014) recoge los supuestos de la teoría *appraisal* cuando afirman que la emoción surge con la atención a una situación y la evaluación (*appraise*) de la misma como relevante para una un tipo de objetivo activo. Respecto a la plasticidad, se pone especial énfasis en señalar que las tendencias de respuesta emocionales pueden ser moduladas y es esta modulación la que determina la forma final de la respuesta emocional (Gross, 1998b).

Un precedente relevante respecto al carácter procesual de la emoción y la posibilidad de su regulación es la distinción que hace Lazarus (1991) entre la respuesta emocional primaria y la respuesta emocional secundaria. Esta última hace referencia a la posibilidad de afrontar la respuesta inicial inmediata. Recogiendo ideas de modelos emocionales socio-cognitivos previos como el de N. Frijda (Frijda, 1986), los autores del modelo procesual de RE destacan tres características nucleares de la emoción (Gross y Thompson, 2007):

1. Las emociones se activan cuando al individuo le capta la atención una situación y la percibe como relevante para sus objetivos.

2. Las emociones son fenómenos globales y multidimensionales que implican cambios, sólo parcialmente aparejados, en los dominios de experiencia subjetiva, comportamientos y fisiología central y periférica.
3. Las emociones tienen cualidad imperativa, dirigen la conciencia cuando se activan, sin embargo, también son maleables. Como hemos dicho, pueden ser entendidas como tendencias de respuesta que pueden ser moduladas. Este rasgo de flexibilidad y maleabilidad sería el más crucial en el ámbito de la RE.

2.1.1. Funciones de las emociones

Como se ha señalado, las perspectivas funcionalistas contemporáneas enfatizan la importancia de los roles adaptativos que desempeñan las emociones. Las emociones adaptan el estilo cognitivo a las demandas situacionales y posibilitan un enfoque adecuado de las mismas, facilitan la toma de decisiones y aumentan la memoria para sucesos importantes. Asimismo, las emociones cumplen funciones motivacionales, ya que preparan al individuo para rápidas respuestas motoras e inciden sobre la intensidad y dirección de la propensión conductual. Además, cumplen también importantes funciones sociales. Los estados emocionales facilitan las interacciones interpersonales dado que nos informan sobre las intenciones de las otras personas, nos dan pistas sobre si algo es bueno o malo, guían nuestra conducta social y flexibilizan patrones complejos de comportamiento social (Choliz, 2005; Gross, 1998b; Gross, 1999; Gross y Thompson, 2007; Keltner y Haidt, 1999).

Las funciones de la emoción en personas con psicopatología son comparables a las que cumplen en personas sin psicopatología. Sin embargo, las alteraciones emocionales en psicopatología interfieren con la consecución de funciones relacionadas con la emoción, como la interacción social efectiva (Kring, 2010).

2.1.2. Modelo modal de emoción

Los autores del modelo procesual de RE sintetizan las características anteriores en el concepto de modelo modal de la emoción: las emociones implican transacciones persona-situación que implican atención, son significativas para un individuo en función de objetivos activos en la actualidad, y dan lugar a respuestas multisistema coordinadas, aunque flexibles, que modifican la transacción persona-situación en curso de una manera crucial (Gross y Thompson, 2007). Las tendencias de respuesta emocional se generan, desde esta perspectiva evolutiva, en una secuencia que, de manera simplificada, se representaría en la siguiente figura:

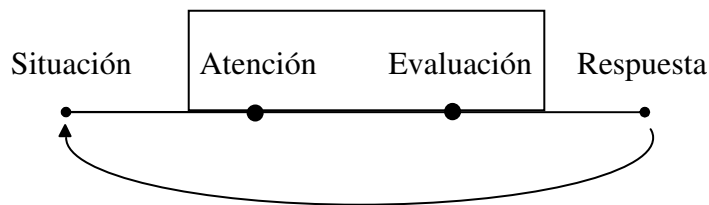
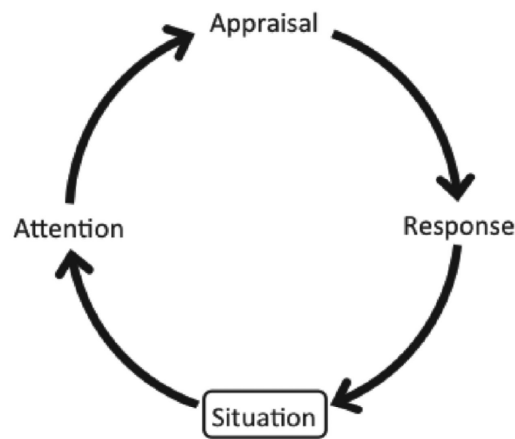


Figura 3. Fases de la generación de la emoción, modelo procesual (Gross y Thompson, 2007)

La secuencia se inicia con una **situación** relevante, externa o interna. En el organismo, representado con el rectángulo, se produciría la **atención** y evaluación. Con la **evaluación** hacen referencia a la valoración cognitiva. Los autores recogen en este punto las ideas de las aproximaciones dimensionales (Roselló y Revert, 2008) al contemplar evaluaciones como familiaridad, valencia y relevancia. La evaluación se realiza en relación con los objetivos individuales activos en ese momento. Esta evaluación basada contextualmente da lugar a cambios débilmente covariados en **respuesta** experiencial, conductual y psicofisiológica (Gross, 2015a). Con la flecha se introduce la retroalimentación y recursión. Siguiendo una aproximación cibernética, el modelo modal entiende el afecto como una serie de ciclos iterativos. La respuesta puede modificar la situación iniciando una nueva secuencia (Gross, Uusberg y Uusberg, 2019)

El mismo modelo puede representarse, para enfatizar el carácter cíclico, en formato circular y en espiral (Gross, 2015a):

Panel B



Panel C

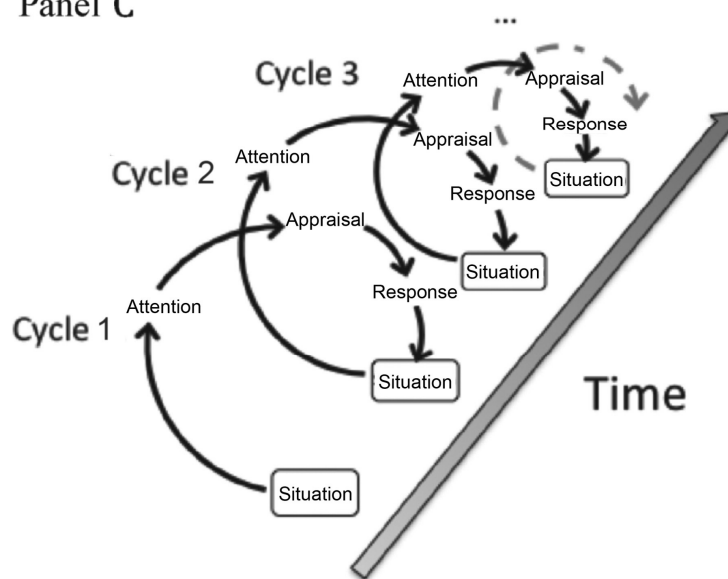


Figura 4. Generación emocional en formato circular y en espiral(Gross, 2015a)

Gross (2015), en la **versión extendida de su modelo procesual de RE**, ha revisado el modelo modal de las emociones en términos de valoración. En esta reformulación, Gross parte de la idea de que las emociones implican valoración. Con valoración se hace referencia a la discriminación “bueno para mí” versus “malo para mí”. La generación de emociones sería una versión específica del modelo general de valoración. Los sistemas de valoración (representados a continuación) establecen que el mundo (W) da lugar a percepciones (P). Tras la valoración (V), valoración positiva o negativa, se pasa a las acciones (A) que pueden alterar el estado del entorno. La generación de emociones como sistema de valoración toma una situación como input y

produce cambios experienciales, fisiológicos y conductuales como output (Uusberg, Uusberg y Gross, 2019).

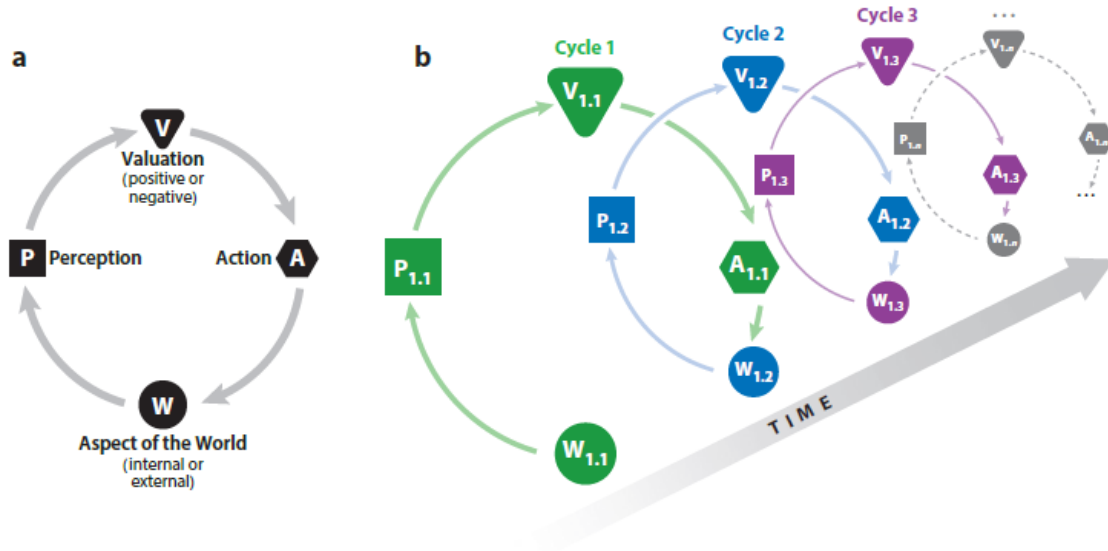


Figura 5. Generación de emociones, modelo procesual extendido(Uusberg, Uusberg y Gross, 2019).

El modelo modal (en sus representaciones circulares y cíclicas) se superpondría con los procesos básicos antes descritos. Así, el mundo sería la situación en el modelo procesual, la percepción sería la atención, la valoración se correspondería con la evaluación y la acción con la respuesta.

2.2. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE LA REGULACION EMOCIONAL

Las emociones pueden entenderse como respuestas a la necesidad de mantener el equilibrio entre las demandas contextuales y los objetivos o valores con esfuerzos reguladores actuando como (1) reguladores de otros procesos como cognición y conducta y (2) objetivo de esfuerzos reguladores por parte de esos otros procesos para modular la fuerza o debilidad de las respuestas (Mennin y Fresco, 2009). Centrándonos en el segundo aspecto, la evolución en el concepto de emoción permitió el desarrollo del campo de la RE. En las dos últimas décadas el número de publicaciones sobre RE han crecido exponencialmente (ver Gross, 2015a). Bloch, Moran y Kring (2010) revisan las diferentes definiciones de RE que diferentes autores e investigadores habían realizado hasta ese momento:

Tabla 2. Definiciones de RE (Bloch et al., 2010)

| Autores | Definiciones |
|--|--|
| Dodge (1989, p.340) | El proceso por el cual, la activación en un dominio de respuesta sirve para alterar, valorar o modular la activación en otro dominio de respuesta. |
| Cicchetti, Ganiban y Barnett (1991, p.15) | Los factores intra y extraorganísmicos por los cuales la activación emocional es redirigida, controlada, modulada y modificada para permitir a un individuo funcionar adaptativamente en situaciones activadoras de emociones. |
| Thompson (1994) | La RE consiste en procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorizar, evaluar y modificar reacciones emocionales, especialmente sus aspectos intensos y temporales para cumplir los propios objetivos. |
| Gross (1998b) | Aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos. |
| Eisenberg y Morris (2002) | La RE se define como los procesos de iniciación, mantenimiento, modulación o cambio de la ocurrencia, intensidad o duración de estados emocionales y procesos motivacionales y fisiológicos asociados a emociones. |
| Cole, Martin y Dennis (2004) | La RE hace referencia a cambios asociados con emociones activadas. Esto incluye cambios en la propia emoción o en otros procesos psicológicos (p.ej. memoria, interacción social). El término RE puede denotar dos tipos de fenómenos regulatorios: emoción reguladora (cambios que aparecen como resultado de la actividad emocional) y emoción regulada (cambios en la emoción activada). |
| Gratz y Roemer (2004) | La RE implica (a) consciencia en la comprensión de emociones, (b) aceptación de emociones, (c) habilidad para controlar conductas impulsivas y actuar de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimentan emociones negativas y (d) habilidad para usar flexiblemente estrategias de RE apropiadas a la situación para modular las respuestas emocionales como se desea para cubrir objetivos individuales y demandas situacionales |
| Campos, Frankel y Camras (2004) | La RE es la modificación de cualquier proceso en el sistema que genera emoción o su manifestación en la conducta. Los procesos que modifican la emoción provienen del mismo conjunto de procesos que aquellos que están implicados en la emoción en primera instancia. La regulación tiene lugar en todos los niveles del proceso emocional, en todos los momentos en que la emoción es activada, y es evidente incluso después de que la emoción se manifiesta. |

Una de las definiciones más influyentes es la de Gross (1998b). De acuerdo con esa concepción, los tres aspectos nucleares de la RE son: la activación de un objetivo regulador del proceso generativo de emociones, la puesta en marcha de procesos reguladores y la modulación de la trayectoria de la emoción. En la misma línea, Koole (2009) apunta que la RE puede ser definida como un conjunto de procesos a través de los cuáles las personas intentan redirigir el flujo espontáneo de sus emociones. Desde una perspectiva más amplia, Eisenberg y Spinrad (2004) definen la auto-regulación relacionada con la emoción como el proceso de iniciar, evitar, inhibir, mantener o modular la ocurrencia, forma, intensidad o duración de estados emocionales internos, la fisiología relacionada con las emociones, los procesos de atención, los estados motivacionales, y/o concomitantes conductuales de la emoción, al servicio de la realización de la adaptación social o biológica relacionada con los afectos o el logro de objetivos individuales.

Más recientemente Gross, Sheppes y Urry (2011) recalcan la utilidad de la distinción entre la generación y la regulación de emociones y afirman que ésta última se produce cuando se activa un objetivo de modificar el proceso generativo de la emoción, e implica el reclutamiento motivado de uno o varios procesos para influir en la generación de emoción. Además, consideran útil imaginar un continuo de posibilidades, en un extremo estarían los casos en que las opciones de regulación son claras y en el otro los casos en que el margen es demasiado estrecho como para pensar que los procesos de RE estén vigentes.

2.2.1. Regulación emocional y constructos relacionados

Para una mayor aclaración conceptual, se expone la relación entre el constructo de RE y otros limítrofes: inteligencia emocional, autorregulación, regulación del afecto, regulación del humor, afrontamiento y defensas psicológicas.

Inteligencia emocional

RE e inteligencia emocional son dos conceptos que se han desarrollado en dos tradiciones relativamente independientes. La segunda se ha centrado en las características de las personas que manejan efectivamente su vida emocional. La inteligencia emocional hace referencia a la capacidad para procesar adecuadamente la información emocional necesaria para reconocer, construir y regular las emociones en uno mismo y en los demás (Mayer y Salovey, 1995).

Desde la perspectiva de la inteligencia emocional se entiende que las personas que son capaces de reconocer sus experiencias emocionales, comprender su significado, utilizar su valor informativo y manejar su experiencia y expresión emocional de una manera apropiada al contexto, son más capaces de responder efectivamente a las demandas vitales. Las habilidades y aptitudes relacionadas con la inteligencia emocional se pueden organizar en cuatro grupos: percepción de la emoción; uso de emoción para facilitar el pensamiento; comprensión de la emoción y gestión de las emociones. La RE estaría incluida en este último grupo de capacidades (Mayer, Salovey y Caruso, 2004). El estudio de la inteligencia emocional enfatiza las diferencias individuales y, a diferencia de la RE, se centra más en los resultados adaptativos que en el proceso regulatorio (Peña-Sarrionandia, Mikolajczak y Gross, 2015).

Autorregulación

La RE es por definición un proceso de control. Como tal, pertenece a una familia mayor de procesos a través de los cuales las personas ejercen control sobre su propia conducta. La RE, por tanto, puede ser entendida como una forma de conducta autorregulada dirigida a metas (Koole y Aldao, 2016; Koole, Van Dillen y Sheppes, 2011).

Regulación del afecto

La regulación del afecto es concebida por los autores del modelo procesual como un concepto general en el que se incluirían todo tipo de tentativas de influir sobre respuestas valiosas. Este término englobaría a la RE junto con la regulación del humor

y, además, los constructos relacionados de afrontamiento y defensa psicológica (Gross y Thompson, 2007).

Regulación del humor

La RE y la regulación del humor se diferencian por el objetivo de las tentativas de regulación. Así, el estado de ánimo se diferencia de la emoción por la mayor duración y menor probabilidad de implicar respuestas a objetos específicos que las emociones. Además, la regulación del humor se centraría más exclusivamente en la experiencia emocional que en la conducta emocional (Gross, 1998b; Gross y Thompson, 2007). Lo cierto es que el término regulación del humor se emplea escasamente y en la literatura generalmente se emplea el de RE con un sentido más amplio de lo que indican los autores en las aclaraciones conceptuales.

Koole y Aldao (2016) explícitamente manifiestan que su definición de RE es amplia e inclusiva y subsume la regulación de todo tipo de respuestas que estén de una manera u otra emocionalmente cargadas, desde emociones específicas como la ira o el miedo hasta estados de ánimo globales, desde el estrés crónico de la vida hasta emociones de corta duración que duran sólo una fracción de segundo.

Afrontamiento

Dentro del campo de investigación del estrés, el afrontamiento se define como esfuerzos cognitivos y conductuales de manejar demandas internas y/o externas que la persona valora que agotan o exceden sus recursos (Lazarus y Folkman, 1984). Entre los estilos de afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1986), el concepto más cercano al de RE es el afrontamiento centrado en la emoción que tiene como objetivo la reducción de la experiencia emocional negativa.

Aunque los investigadores de la RE reconocen ser en gran medida herederos de la tradición del estudio del estrés y el afrontamiento, hay claros elementos que distinguen el afrontamiento de la regulación emocional. En primer lugar, la investigación sobre afrontamiento ha ido asociada al estudio del efecto de los acontecimientos vitales

estresantes, mientras que la regulación afectiva no pone el énfasis en sucesos estresantes, sino en las variaciones que sufre el estado de ánimo o el estado emocional independientemente de cuál sea su origen (Hervás y Vázquez, 2006). La RE es mucho más focalizada que el afrontamiento que pone el énfasis en períodos más prolongados de tiempo (p.ej. afrontar un duelo) (Gross, 2014; Gross y Thompson, 2007; John y Eng, 2014). En segundo lugar, el afrontamiento estudia el afecto negativo bajo la rúbrica general de estrés, mientras que la RE examina emociones específicas (Gross, 1998b; John y Eng, 2014). Por último, los investigadores de la RE enfatizan que tanto las emociones positivas como las negativas pueden ser reguladas y que tanto la expresión como la experiencia emocional pueden ser objeto de regulación (Gross, 1998b; Gross, 2014).

También hay autores que apuntan que existe una superposición sustantiva entre los constructos de estrés y regulación afectiva y defienden que es más productiva una concepción amplia de la RE. Desde esta perspectiva la RE haría referencia al manejo de todo tipo de estados cargados de emocionalidad, incluyendo emociones discretas, estados de ánimo, estrés y afecto (Koole, 2009).

Defensas psicológicas

Desde la tradición psicoanalítica la regulación de las emociones se ha entendido como una defensa del Yo. El estudio de los mecanismos de defensa se ha centrado en la regulación de impulsos agresivos o sexuales y su experiencia emocional negativa asociada, particularmente ansiedad. Los mecanismos de defensa son inconscientes y automáticos y se estudian normalmente como diferencias individuales estables (Gross, 1998b; Gross y Thompson, 2007). La RE, por el contrario, ha ampliado el foco de atención incluyendo procesos conscientes e inconscientes que incrementa o reduce la experiencia o expresión de emociones negativas o positivas (Gross, 1998b).

2.2.2. ¿Hasta qué punto son separables emoción y regulación emocional?

La diferenciación entre los términos emoción y RE plantea la cuestión de la relación entre la generación de emociones y su regulación. La conexión intrínseca entre ambos procesos es tan estrecha que el límite es borroso (Gross, 1998b). Raras veces la generación de una respuesta emocional en un adulto no va acompañada por alguna forma de regulación. Es decir, los procesos de generación y regulación de la emoción co-determinan qué emociones tenemos, cuándo las tenemos, con qué intensidad las tenemos, y cuánto tiempo duran (Rottemberg y Gross, 2003). En este apartado nos centraremos en las posibles diferencias y aspectos comunes de los procesos de generación y regulación de las emociones.

2.2.2.1. Aspectos neurológicos

Respecto a las bases neurológicas de la regulación, Gross (1998b) localiza la generación de las emociones en los centros límbicos y su regulación en centros corticales, en concreto en la corteza prefrontal y del cíngulo anterior; con conexiones bidireccionales entre ambas (Gross, 1998b; Ochsner; Silvers y Buhle, 2012; Silva, 2005). Sin embargo, los centros cerebrales de generación de emociones parecen estar tónicamente inhibidas por la corteza prefrontal (Knight y Stuss, 2002) y muchas de las estructuras cerebrales implicadas en la generación de emociones lo están también en su regulación (Ochsner et al., 2009). Davidson, Jackson y Kalin (2000) afirman que es difícil separar rigurosamente los procesos implicados en la producción y la regulación de una emoción. Considerando el hecho del procesamiento en paralelo en el cerebro, es probable que estos dos componentes de la respuesta emocional se revelen como procesos que, al menos parcialmente, se superponen. Además, dado que sistemas diferentes reflejan aspectos diferentes de la emoción y estos ocurren en cursos de tiempo variables, es probable que los procesos reguladores puedan influir más sobre ciertos sistemas que sobre otros y también que tales influencias puedan ocurrir con asincronía temporal.

Öner (2018) revisa la investigación con neuroimagen sobre los correlatos neuronales de la RE cognitiva y concluye que a la RE se llega tanto mediante mecanismos de abajo-arriba, subcorticales, como a través de mecanismos frontales de arriba-abajo. Los primeros actúan en las fases iniciales de generación de emociones, mientras que los segundos parecen influir sobre estructuras de orden superior para el cambio cognitivo y la modulación de las respuestas emocionales.

2.2.2.2. Modelos unitarios

Algunos teóricos plantean la RE como parte integrante e inseparable de la emoción (Davidson et al., 2000; Frijda, 1986; Kappas, 2011; Thompson, 2011). Desde su punto de vista, la emoción no regulada no es un concepto realista porque la emoción está siempre regulada en mayor o menor medida. La aproximación **relacional** al campo emocional también critica la distinción entre generación y RE por representar una visión instrumental e individualista de las emociones (Burkitt, 2018). Campos et al. (2004), por ejemplo, defienden un modelo unitario de la emoción y la RE. En contra de lo que denominan la aproximación de los dos factores argumentan que la RE es evidente incluso antes de que una emoción sea suscitada, y que los mismos procesos que generan emociones las regulan. En su opinión, ambos procesos no serían dos fenómenos separados sino diferentes facetas de un mismo conjunto de procesos. Estos autores emplean el término RE para referirse a las variaciones en lo que una persona puede hacer en diferentes contextos. El referente para ambos conceptos sería el mismo, el afrontamiento de un problema en el entorno (Campos et al., 2004).

Las relaciones sociales y los significados culturales conforman los contextos en los que las emociones son generadas, fortalecidas y atenuadas, de manera que la regulación queda descentralizada y concebida como un momento o un aspecto en el patrón relacional de la emoción. La experiencia de dos procesos diferenciados sería una ilusión que reflejaría en realidad una tensión, conflicto o ambivalencia entre varias emociones con objetivos diferentes (Burkitt, 2018).

Desde la aproximación **constructivista**, las emociones y la RE también se entienden como difícilmente distinguibles. Ambos procesos, generación y regulación, serían partes de la misma conceptualización de la situación. “Las emociones emergen, y la regulación ocurre, como consecuencia de un proceso constructivo continuo y continuamente modificado que aporta significado a inputs sensoriales”(Barret, Wilson-Medenhall y Barsalou, 2014). Así las estrategias de RE, como la reevaluación o la distracción, no serían procesos per se, sino cambios de un estado mental a otro. Ocurren cuando un estado mental desemboca en otro (y un estado físico pasa a otro) como cambios de significado (Barret, Wilson-Medenhall y Barsalou, 2014).

2.2.2.3. Modelos duales

En contraste con los modelos anteriores, otros autores defienden la necesidad de distinguir entre emoción y RE (p.ej. el modelo modal de Gross et al., 2011). Así, algunos autores, cuestionan la sugerencia de que toda emoción esté regulada por ser una aseveración no comprobable (Bloch, et al., 2010). Otros autores, dentro del mismo modelo, entienden que la RE co-ocurre con la emoción en todo momento, lo que varía es la cantidad y tipo de RE (Gross y Thompson, 2007). El principal argumento de los defensores del modelo modal es la utilidad de la distinción para el análisis académico. Por ejemplo, Gross (2014), desde la reformulación de su teoría de RE como sistemas de valoración, defiende la distinción como algo funcional. RE y emoción no se distinguirían a priori sino que depende de si se activa el objetivo de influir sobre el proceso de generación. Además, la diferenciación se considera vital para comprender la naturaleza de la psicopatología afectiva (Bloch et al., 2010).

Gross y Barret (2011), en una revisión sobre el tema, además de defender la distinción por su utilidad, vinculan las distintas posturas al respecto con la variedad de modelos teóricos sobre la emoción con distintos conceptos sobre la misma. Describen un posible continuo de aproximaciones teóricas en función de la viabilidad de la separación entre generación y regulación. La investigación en RE se ha desarrollado, según estos autores, en los modelos ‘básicos’ y de *appraisal* (en la que ellos se ubican). En cambio, la RE no tiene cabida en los modelos de constructivismo psicológico y,

especialmente, en el constructivismo social (como ya se ha apuntado antes). Se puede entender como una postura intermedia a la modal y unitaria, la de asimilar la RE con la respuesta emocional secundaria de modelos anteriores (Lazarus 1991). La reacción primaria (asimilable a generación), reflejaría la sensibilidad emocional que determina el inicio de la respuesta emocional. La reacción secundaria puede producirse sin esfuerzo regulatorio consciente, como en la habituación, o tomar las formas de RE más cognitivamente sofisticadas para aumentar, reducir o mantener la intensidad de la respuesta emocional (Koole, 2009; Koole y Aldao, 2016; Koole et al., 2011). La relación entre generación y RE desplegada en el tiempo se refleja en el siguiente gráfico:

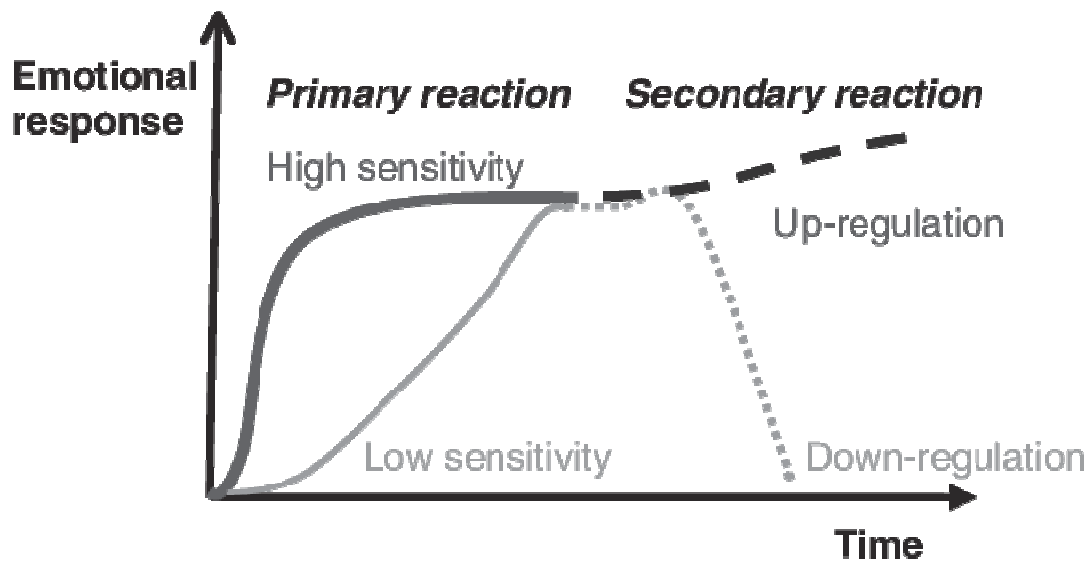


Figura 6. Secuencia de reacción emocional primaria y secundaria (Koole, 2009).

2.2.3. Regulación interna y externa

La RE ganó relevancia como constructo diferencial en la literatura evolutiva antes de hacerlo en el ámbito adulto (Gross y Thompson, 2007). Desde la investigación del desarrollo infantil, se había puesto el foco de atención en un rango más amplio de procesos al definir la RE como procesos que incluyen el efecto de influencias externas, como otras personas, sobre la propia regulación, es decir, la regulación externa (p.ej. Thompson 1994). Gross inicialmente afirmaba que la RE se centra principalmente en

cómo las personas influyen sus propias emociones, más que en cómo les influyen otras personas (Gross, 1999). Sin embargo, posteriormente asumió la posibilidad de la regulación externa (Gross 2015; Gross y Thompson, 2007).

La investigación ambiental permite concluir que los factores externos al individuo son claramente importantes. Sin embargo, el foco de la literatura se ha concentrado en la auto-regulación emocional o RE interna (Koole, 2009). Zaki y Williams (2013) aclaran que la regulación interpersonal puede ser tanto intrínseca como extrínseca en función de si el objetivo de regulación en el ámbito social parte de la propia persona o de otra persona que actúa como reguladora. Gross (2015b) en su modelo procesual extendido asume que la RE extrínseca implica interacciones entre sistemas de valoración de dos o más personas. Reeck, Ames y Ochner (2016) proponen un modelo de regulación social de las emociones que complementa el modelo procesual de Gross con las posibles etapas del ciclo que sigue la persona reguladora: identificación de las emociones de la persona objetivo, evaluación de la necesidad de regulación, selección de estrategias e implementación de las estrategias. Los autores indican también los sistemas neuronales subyacentes.

En el ámbito psicopatológico, Hofmann (2014b) propone un modelo interpersonal de RE de los trastornos depresivos y de ansiedad. Esta conceptualización puede ser útil para la comprensión de los síntomas e incluso las causas de los trastornos psicológicos porque, además de distinguir los procesos implicados en la RE, permite la consideración tanto de los déficits en el self como los déficits relacionados con la influencia de otras personas (Bloch et al., 2010).

2.2.4. Emociones reguladas: efectos de la RE

La RE tiene efectos sobre las dinámicas emocionales o la latencia, tiempo de incremento, magnitud, duración y desviación del origen de los dominios de respuesta conductual, experiencial o fisiológico (Gross y Thompson, 2007). Asimismo, la RE puede suponer un cambio en la cualidad de la emoción (p.ej., cómo se experimenta o expresa la emoción) (Peña-Sarrionandia et al., 2015). La influencia del proceso de RE

sobre el proceso de generación no sólo se ejerce sobre la magnitud de la emoción resultante sino también sobre otros aspectos del gradiente de salida como la coherencia, intensidad, consciencia y orientación a metas de la respuesta emocional (Koole, 2009). El impacto de la regulación puede incluir, también, un cambio en el grado en que los componentes de la respuesta emocional covarían a medida que la emoción se despliega (Gross, 2014). Pero con la regulación no sólo se influye sobre las dimensiones de las emociones inicialmente generadas, sino que puede implicar un cambio en la cualidad de las mismas (cambio de tipo de emoción) (Gross, 2015a). Aunque lo más habitual es que afecte a las dimensiones de temporalidad e intensidad y no a emociones discretas (Thompson, 1994).

Algunas conceptualizaciones de la RE enfatizan el control de la experiencia emocional (especialmente el control expresivo de emociones negativas) y la reducción del arousal. Por el contrario, otras enfatizan la naturaleza funcional de las emociones cuando sugieren que RE no es sinónimo de control emocional y, por tanto, su efecto no se limita a disminuir el afecto negativo (Gratz y Roemer, 2004). Con la RE se puede disminuir (*down regulation*), intensificar (*up regulation*) o mantener la emoción y las emociones reguladas pueden ser tanto positivas como negativas (Giuliani y Gross, 2011; Gross, 1998b; Gross y Thompson, 2007). Gross (1998b) considera importante distinguir las particularidades de los procesos de regulación de las distintas emociones que se refleja incluso en los circuitos neuronales que no se superponen completamente.

2.2.5. Consciencia e intencionalidad de la regulación

Gross (1998b, 1999) entiende que la RE puede desarrollarse automática o intencionadamente, puede ser consciente o inconsciente. Se pueden pensar actividades regulatorias de las emociones que ocurren sin plena consciencia, como cuando se automatizan rutinas ampliamente practicadas. Sin embargo, en Gross et al. (2019) se afirma que los intentos de RE son, por definición, intencionales aunque no necesariamente conscientes.

En una revisión del tema Mauss, Bunge y Gross. (2007) distinguen entre RE deliberada y automática. Definen ésta última como intentos de cambio, dirigido a metas, de cualquier aspecto de las emociones propias sin tomar una decisión consciente de hacerlo, sin prestar atención a los procesos de RE y sin ejercer un control deliberado. En otras palabras, la RE automática se basa en la implementación automática de la meta de alterar la trayectoria emocional. Además, señalan que este tipo de RE es la más habitual en la vida diaria y tiene consecuencias de mayor alcance sobre las emociones de los individuos. Dos ejemplos de regulación en ausencia de metas explícitas son la habituación y el mindfulness (Koole y Aldao, 2016). Los procesos de RE automática podrían ser más eficientes dado que puede evitar los costes cognitivos y fisiológicos asociados con los esfuerzos conscientes de la RE deliberada (Webb, Miles y Sheeran, 2012). Koole, Webb y Sheeran (2015) también revisan la cuestión de la RE implícita y señala tres vías a través de los cuales procesos implícitos pueden influir en la RE:

- la activación implícita de objetivos y la evaluación implícita de las respuestas emocionales
- el uso habitual de estrategias de RE
- RE bien ensayada y la formación en su aplicación.

En vez de suponer una estricta dicotomía, puede ser más correcto conceptualizar un continuum desde regulación explícita, consciente, esforzada y controlada hasta regulación implícita, inconsciente, fácil y automática (Gross, 1998b; Gross, 1999; Gross, 2014; Gross y Thompson, 2007; Koole, 2015).

Desde el modelo de inteligencia emocional, Mayer y Salovey (1995) realizan una descripción de los procesos a través de los cuales se construyen y se regulan las emociones en distintos niveles de consciencia. A un nivel no-consciente, se trata de los procesos fisiológicos básicos de la generación y mantenimiento de la emoción. En un nivel de baja-consciencia se encuentran los procesos de etiquetaje (*appraisal*) emocional y de la regulación por medio del despliegue atencional. Por último, en el nivel de alta consciencia se incluye la RE, por medio de actividades reflexivas, similares a las estrategias de regulación complejas.

Gyurak y Etkin (2014) y Etkin, Büchel y Gross (2015) hacen una clasificación de los tipos de RE en función del grado en que son implícitos versus explícitos y lo relacionan con una localización cerebral que supondría una diferenciación medial-lateral. Así, las formas de RE implícita (p.ej., regulación de conflictos emocionales) implican regiones prefrontales ventromediales y corteza cingulada ventral, mientras que formas paradigmáticas de regulación explícita (p.ej., reevaluación) implican principalmente red ejecutiva frontoparietal, la ínsula y la corteza motora suplementaria y pre-motora. Otras formas de RE que incluyen una mezcla de procesos implícitos y explícitos (p.ej., regulación incidental basada en lenguaje) implican la activación prefrontal tanto lateral como ventromedial. Asimismo, estos autores, afirman que la evidencia establece que las dificultades en RE en trastornos psiquiátricos abarcan tipos implícitos y explícitos. Específicamente, encuentran déficits conductuales y neuronales en formas explícitas de RE: adaptación emocional, habituación; y documentan déficits más sutiles, en gran medida neuronales, en formas más explícitas de regulación (etiquetado emocional y reevaluación siguiendo instrucciones).

2.2.6. Finalidad de la regulación

Respecto al aspecto motivacional subyacente a la RE, ésta puede responder a una motivación hedónica: evitar el sufrimiento y buscar el placer. En tal caso el objetivo es el de minimizar emociones displacenteras y aumentar el placer experimentado con emociones agradables. Sin embargo, la RE también puede dirigirse a facilitar el cumplimiento de las metas individuales (motivación propositiva). En tal caso, la RE cumple una función instrumental y puede implicar iniciar o incrementar emociones negativas o disminuir emociones positivas (regulación contrahedónica).

Los motivos para regular al alza emociones negativas pueden incluir promover una actitud analítica concentrada; fomentar una postura empática e influir sobre las acciones de otros. Por ejemplo, Tamir, Mitchell y Gross (2008), con un estudio experimental, demostraron que la motivación instrumental llevaba a los participantes a preferir actividades que regulaban al alza su ira cuando se preparaban para videojuego de confrontación. Los motivos para regular a la baja emociones positivas incluyen

mantener una actitud realista; ser consecuente con convenciones sociales o considerado con otros y ocultar las emociones propias a los demás (Gross, 2014; Du Pont, Welker, Gilbert y Gruber, 2016). Expresado de otro modo, lo que define a la RE es la activación del objetivo de influir sobre la trayectoria de la emoción. A veces este objetivo es por sí mismo el fin deseado. Sin embargo, en otras ocasiones el objetivo de regular las emociones es simplemente un medio para alcanzar otra finalidad valiosa (Gross, 2015a). Los intentos de RE no son predefinidos como funcionales o disfuncionales, buena o mala (Gross, 1998; Gross, 1999) (como podría entenderse en el caso de los mecanismos de defensa o las estrategias de afrontamiento). Serán más o menos adaptativos en función del contexto y de la compatibilidad entre los fines personales y los socialmente aceptables. Manejar flexiblemente objetivos regulatorios competidores (hedónicos e instrumentales) es, probablemente, una importante determinante de la adaptación saludable (Gross, 2014).

Gross (1997b) apunta que la RE puede responder a objetivos que varían en su nivel de abstracción desde específicos a generales y también en su nivel de consciencia desde objetivos claros y conscientes a objetivos menos focales, implícitos. Asimismo, señala que los objetivos de la regulación son a menudo específicos al contexto y están influidos por la cultura que influye en el nivel de regulación socialmente deseable para cada emoción. Koole et al. (2011) también apuntan que los procesos de RE, al igual que otros sistemas de autorregulación que se ordenan jerárquicamente, pueden oscilar desde el control de una conducta concreta a objetivos abstractos. En ese sentido la RE es un proceso de control arriba-abajo orientado por objetivos. La RE se relaciona estrechamente con las preferencias y valores de la persona sobre cada estado emocional, así como sus creencias sobre su utilidad y deseabilidad. Estas preferencias y valores se internalizan en contextos sociales y culturales concretos que establecen las normas emocionales. Los objetivos también cambiarían en función del momento del ciclo vital, su preeminencia respecto a otros valores aumentaría en la edad adulta tardía (Koole et al., 2011 y VonSheve, 2012)

En el mismo sentido Koole (2009), en su modelo, distingue tres tipos de funciones de la RE: satisfacer las necesidades hedónicas; facilitación de metas y tareas específicas

y optimización del funcionamiento de la personalidad. Este autor afirma que la motivación hedónica es adaptativa, porque permite conservar recursos dado que las emociones negativas consumen energías, y, además, a menudo, tiene una cualidad impulsiva. Sin embargo, la persona puede marcarse unas metas que la motiven a mantener o incrementar emociones negativas (p.ej., para mejorar el rendimiento). La aportación de Koole (2009) sería el concepto de funciones orientadas a la persona. Algunas funciones de la RE pueden ir más allá de las metas individuales. La RE puede permitir a las personas mantener la integridad del conjunto del sistema de personalidad realizando un balance entre múltiples objetivos, necesidades, motivaciones y otros aspectos propios. Las dos principales contribuciones de la RE para lograr estas finalidades son la promoción de la flexibilidad y la promoción de la coherencia y estabilidad a largo plazo. La RE orientada a la personalidad se caracteriza por su foco holístico, la sensibilidad contextual y la integración.

Tamir (2016), en un artículo de revisión de las diversas posibles motivaciones para la RE, propone una clasificación de los tipos de los distintos objetivos (motivos superordinados) que pueden motivar a una persona a pretender alcanzar un determinado estado emocional y presenta los estudios previos publicados de cada tipo de motivos.

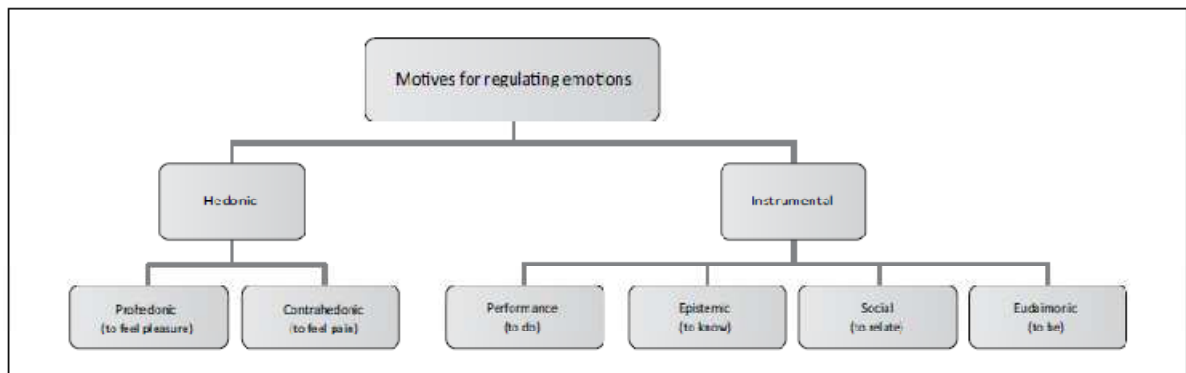


Figura 7. Clasificación de los tipos de los objetivos de RE (Tamir, 2016)

Como se puede observar en la figura, las dos categorías generales que establece son motivos hedónicos, que se dirigen a experimentar determinadas emociones, y motivos instrumentales, que buscan otros beneficios potenciales de las emociones. Los motivos hedónicos incluyen, además de los pro hedónicos, los contra hedónicos que

hacen referencia a la posibilidad de buscar emociones negativas, bien por preferirlas a otras más difíciles de tolerar o bien por placer. Los motivos instrumentales incluyen los conductuales, epistémicos (identificación con un estado emocional), sociales y eudaimónicos (autonomía y competencia). A las motivaciones recogidas en la figura, el autor añade los factores de inercia y habituación.

2.3. MODELO PROCESUAL DE REGULACIÓN EMOCIONAL

El modelo procesual de Gross (1998b) parte de una visión de la regulación como un proceso que ocurre dinámicamente a lo largo de diferentes puntos temporales en el proceso generativo de emociones. Como se ha indicado anteriormente, este modelo propone que la generación emocional es un proceso, lo cual significa que las emociones se desarrollan a lo largo del tiempo en vez de aparecer en toda su fuerza. Esto implica que hay muchas oportunidades para su modificación. Las acciones de RE pueden tener impacto en uno o más puntos diferentes en el proceso de RE (Gross, 1998b; Gross y Thompson, 2007). En concreto, se distinguen cinco tipos de procesos de regulación (familias de estrategias) en función de los puntos en el proceso de generación de la emoción en qué se modula la tendencia emocional:

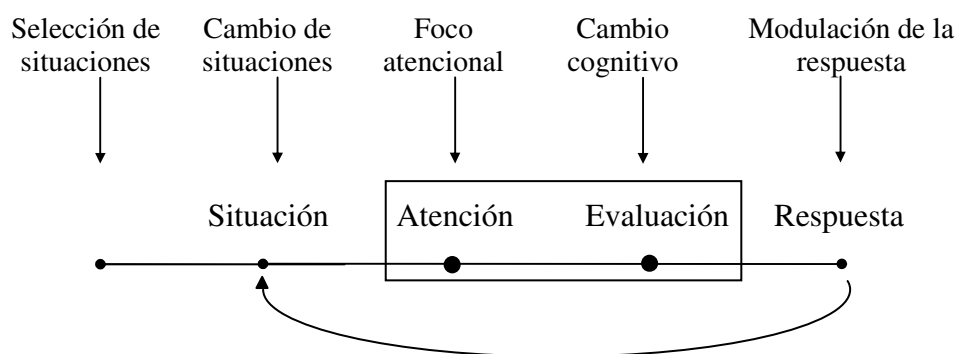


Figura 8. Modelo procesual de RE(Gross, 1998b).

Selección de situaciones

El acercamiento más previsor a la RE es la selección situacional. Este tipo de RE implica actuaciones que ejerce una persona para alterar la probabilidad de que acabe en una situación que espera que dé lugar a determinadas emociones (deseables o indeseables). Para que la selección sea efectiva requiere una apreciación adecuada de las características probables de situaciones remotas y de las respuestas emocionales esperables a esos rasgos. Dicho conocimiento es difícil de conseguir debido a sesgos retrospectivos y anticipatorios. Otra barrera a la efectiva selección de situación es la

dificultad de realizar un balance adecuado entre los beneficios de RE frente a los costes a largo plazo. Las dos formas básicas de selección de situaciones son la aproximación y la evitación. También se incluiría en este apartado la restricción de tentaciones (Uusberg et al., 2019).

Modificación de la situación

La modificación de la situación hace referencia a los esfuerzos por alterar directamente la situación de tal manera que cambie su impacto emocional. Este tipo de estrategias constituyen un potente modo de RE. Sería equivalente al afrontamiento centrado en el problema de la investigación del estrés. Debido a la vaguedad del término “situación”, a veces es difícil establecer el límite entre la selección y la modificación de la situación.

Focalización de la atención

Las situaciones incluyen muchos aspectos y la focalización atencional hace referencia a cómo las personas dirigen su atención, dentro de la situación, para influir sobre sus emociones. Se recurre a este tipo de procesos especialmente cuando se cree que no es posible cambiar o modificar la situación. Las dos estrategias principales de redirección de la atención son la distracción y la concentración. La *distracción* dirige la atención a aspectos de la situación diferentes de los que evocan la emoción que se desea disminuir, o bien retira la atención de todos los estímulos de la situación. La distracción incluiría también un cambio en el foco interno entre imágenes mentales, pensamientos, recuerdos, objetivos, etc. Por ejemplo, pensar en algo sin contenido emocional. La *concentración*, en cambio, centra la atención en aspectos emocionales de la situación. Se encuadrarían en este subtipo de estrategias la rumiación (atención auto-inmersiva dirigida a las propias emociones y sus consecuencias) (Treyner, González y Nolen-Hoeksema, 2003) y la preocupación. Desde la vertiente adaptativa, el mindfulness o consciencia plena concentrada en la propia persona, la emoción y el pensamiento también puede entenderse como una forma de despliegue atencional sin distracción (Bloch et al., 2010). También se incluirían otras formas de modificar la atención como la obstaculización física de la atención (como cuando se cubren los ojos o los oídos).

Cambio cognitivo

El cambio cognitivo implica seleccionar entre todos los posibles significados que podrían aplicarse a una situación, el que sea congruente con el estado emocional deseado, incluyendo entre las situaciones las internas. Una forma de cambio que ha recibido especial interés, como se verá más adelante, es la revaluación. Este tipo de cambio cognitivo implica modificar el significado de la situación de tal manera que se altere su impacto emocional. Ello puede realizarse tanto cambiando la manera de evaluar la situación como nuestra capacidad para manejar las demandas que implica (Gross y Thompson, 2007).

El cambio cognitivo suele emplearse para disminuir la respuesta emocional. Sin embargo, también puede ser empleado para magnificar la respuesta emocional e incluso para cambiar la propia emoción (p.ej. cambiar enfado por lástima) (Gross, 2002). El significado que resulte de esta fase dará lugar a unas tendencias de respuesta conductual, experiencial y fisiológica determinadas.

Modulación de la respuesta

La modulación de la respuesta ocurre tardíamente en el proceso generativo de la emoción puesto que en este punto las tendencias de respuesta, en sus tres componentes, experiencial, conductual y fisiológico, están ya ampliamente desarrolladas. En este momento se intenta influir, lo más directamente posible, sobre las tendencias de respuesta emocional para alterar la emisión final de respuestas. Se podrían entender como moduladores de la respuesta los intentos de reducir la activación fisiológica con fármacos o ejercicios de relajación. También se incluiría la regulación de la conducta expresiva mediante la supresión. En el gráfico siguiente se muestra cómo el modelo procesual puede entenderse como un proceso de decisiones sucesivas. En diferentes puntos se toman decisiones entre las diferentes vías posibles (Gross 1998b; Gross, 2015a).

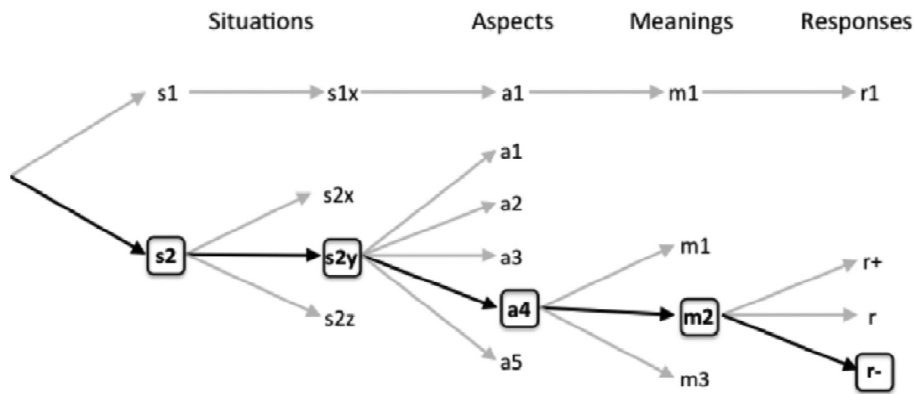


Figura 9. Modelo procesual de RE como proceso de toma de decisiones (Gross1998b).

Primero se selecciona la situación en la que estar presentes, después si modificarla o no y en qué sentido, después se elige qué aspectos de la situación se atienden, a continuación, se seleccionan los significados que se atribuyen a la situación entre todos los posibles y, por último, se elige entre modular la tendencia de respuesta manteniéndola, reduciéndola o incrementándola.

El modelo también puede representarse en formato circular:

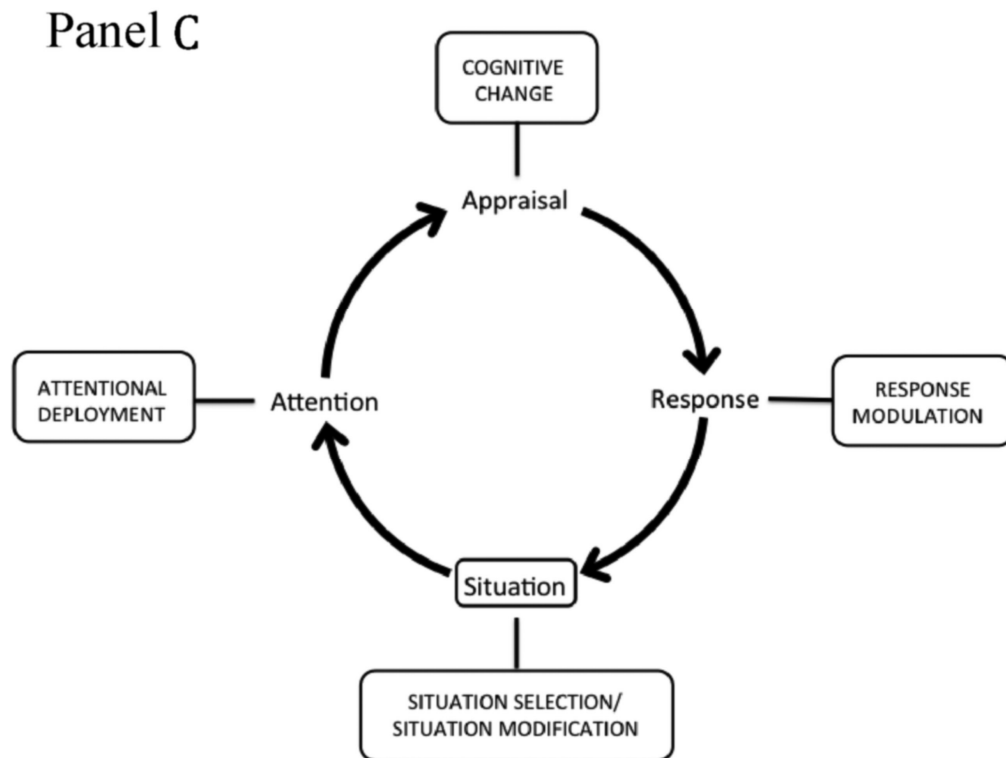


Figura 10. Modelo procesual de RE en formato circular(Gross1998b).

Tiempo y feedback

La generación es un proceso en marcha, no una tendencia lineal. Este aspecto dinámico queda representado en la flecha de feedback en la figura anterior desde la respuesta emocional hacia la situación. Esta flecha sugiere la naturaleza dinámica y recíprocamente determinada de la RE dado que ocurre en el contexto de una corriente en marcha de estimulación emocional y conducta respondiente. Flechas de feedback similares podrían dibujarse desde la respuesta emocional hacia los otros pasos en el proceso de generación de la emoción. Cada una de ellas influiría sucesivamente en las respuestas emocionales subsiguientes. En el lado de los antecedentes, qué emociones tengamos y cómo las expresemos son potentes inputs en un nuevo ciclo emocional. En el lado de la respuesta, parece probable que nuestro estado emocional actual influya sobre cómo decidamos modular las tendencias de respuesta emocional en proceso.

De un proceso a múltiples

La RE puede ocurrir también en paralelo en múltiples puntos del proceso de generación de emociones. Los procesos regulatorios son a menudo co-activos y se ajustan dinámicamente.

2.3.1. Versión extendida del modelo procesual

Basándose en teorías de sistemas cibernéticos o de control, la versión extendida del modelo procesual considera la RE en términos de interacciones entre sistemas de valoración (o valuación) y distingue tres etapas en las estrategias de RE: identificación, selección e implementación (Gross, 2015a; Gross, 2015b; Uusberg et al., 2019).

Interacciones entre sistemas de valoración

El núcleo de esta versión del modelo es la interacción de sistemas de valoración. Se parte de la reformulación del modelo modal de generación de emociones en términos de sistema de valoración que hemos presentado anteriormente. Este proceso constituiría un sistema de valoración de primer nivel. La RE se produce cuando un sistema de valoración (sistema de valoración de segundo nivel) toma otro sistema (la generación) como objeto y lo evalúa positiva o negativamente, activando impulsos de acción dirigidos a modificar la actividad en el sistema de valoración de primer nivel. Esto es, una respuesta emocional es juzgada como buena o mala y esta segunda respuesta afectiva motiva un esfuerzo por modificar la primera respuesta afectiva (Gross, 2014).

Como se muestra en la siguiente figura, en este segundo nivel (el de la RE) el “mundo” (W) lo constituiría la generación de emociones entendida como un sistema de valoración de primer nivel:

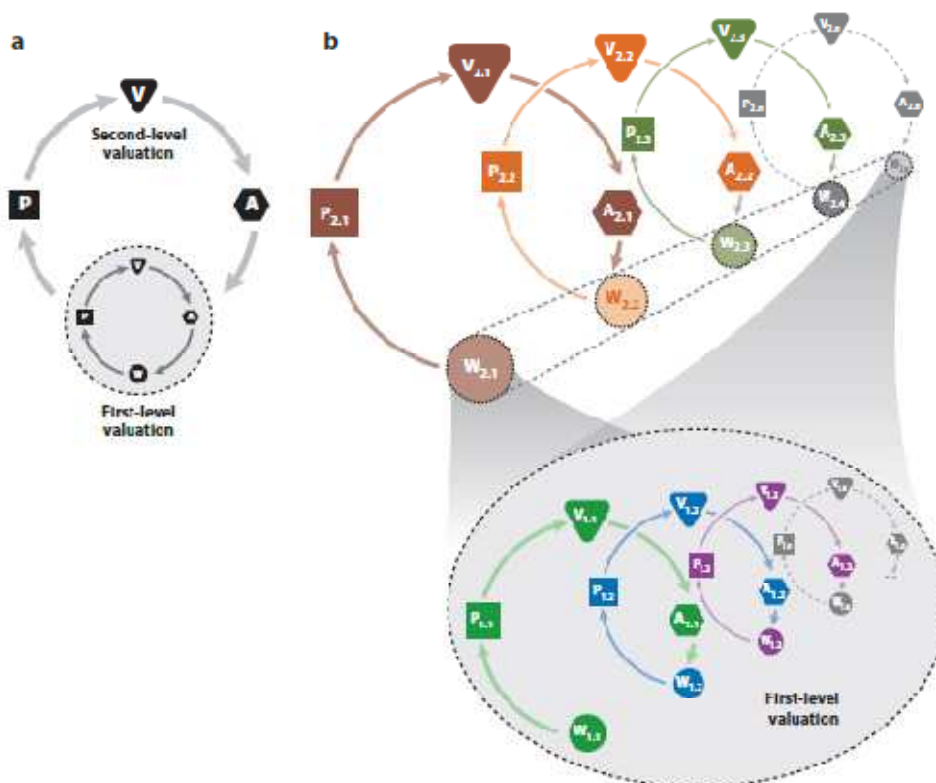


Figura 11. RE como sistema de valoración de segundo nivel (Gross, 2015a).

Las acciones en el segundo nivel, el de RE, van dirigidas a influir sobre el primer nivel. Las acciones, estrategias, se pueden clasificar en función del punto del primer nivel sobre el que pretenden actuar. La clasificación se corresponde con la reformulación de las fases del proceso de generación en términos de sistema de valoración. Así el despliegue atencional se dirige a la percepción, el cambio cognitivo a la valoración, la modulación de la respuesta a las acciones y la selección y la modificación de la situación al mundo:

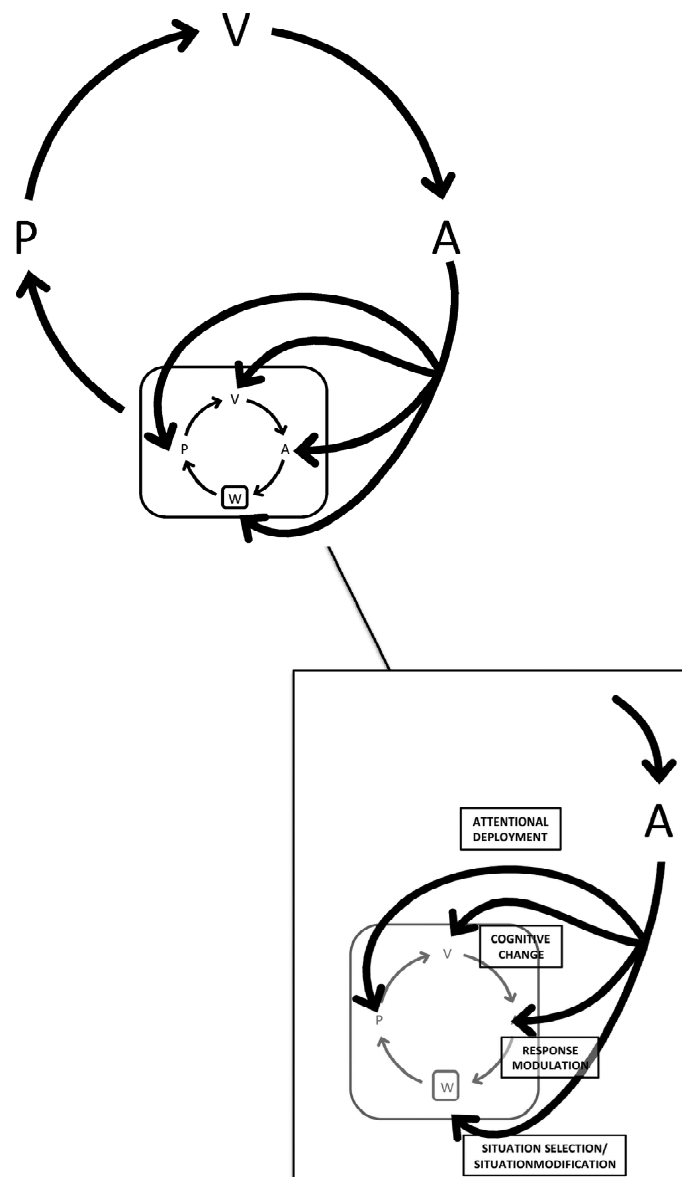


Figura 12. Acciones regulatorias sobre las fases de generación emocional (Gross, 2014).

Etapas del ciclo de RE

Gross (2015a) divide el ciclo de RE en tres etapas: identificación, selección e implementación. La *etapa de identificación* se ocupa de decidir si se realiza o no una RE. En la *etapa de selección* se dedica a elegir la estrategia que se empleará. En la *etapa de implementación* se ejecuta la táctica concreta adaptada a la situación presente. Cada etapa supondría un sistema de valoración distinguible en que el resultado de las acciones de un sistema lleva a la fase siguiente:

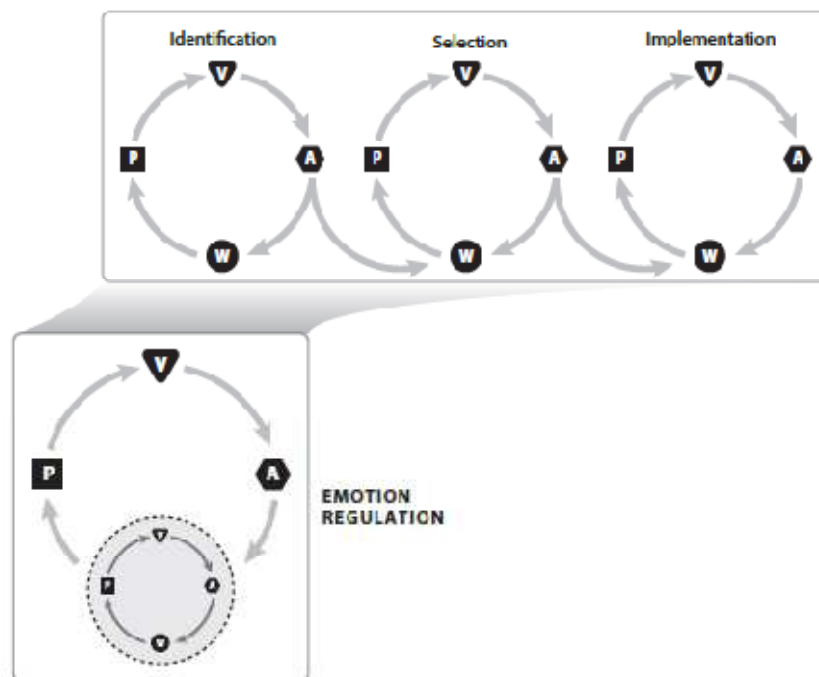


Figura 13. Etapas del ciclo de RE (Gross, 2015a).

En el bucle de identificación se toma el estado emocional actual como input y se produce una meta emocional como output. En el bucle de selección el input es la meta junto con la emoción actual, y el output resultante es una estrategia de RE. Por último, en el bucle de implementación se toma la estrategia como input y se revela una táctica específica. Las tareas a realizar en cada subfase son las siguientes:

Tabla 3. Tareas en las subfases del ciclo de RE (Gross, 2015a).

| | SUBFASES | | | |
|--------------|-----------------------|--|---|---|
| | PERCEPCIÓN | VALUACIÓN | ACCIONES | |
| FASES | IDENTIFICACIÓN | Detectar la emoción. | Determinar si el valor dado a la emoción es suficientemente negativo o positivo para activar la RE. | Activar el objetivo de regular la emoción. |
| | SELECCIÓN | Se representan las estrategias de RE potenciales. | Se evalúan las estrategias en función de factores contextuales como recursos cognitivos y fisiológicos disponibles y tipo y fuerza el impulso emocional | Activación del objetivo de usar una estrategia particular |
| | IMPLEMENTACIÓN | Se representan aspectos relevantes del mundo y varias maneras de implementar la estrategia elegida | Se evalúan varias tácticas (dentro de la estrategia general) y se selecciona la más prometedora | Se implementan las tácticas elegidas. |

Uusberg et al. (2019) presentan los aspectos dinámicos y estructurales de la RE con los siguientes gráficos:

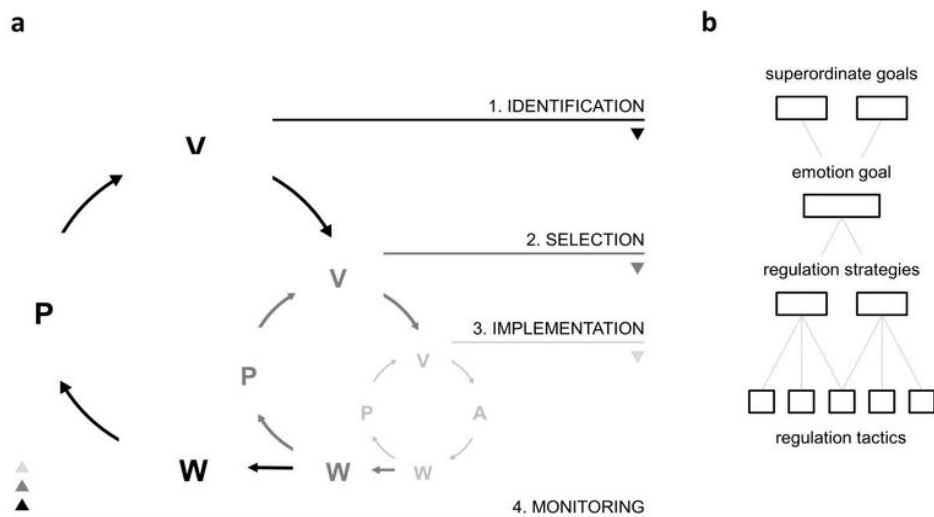


Figura 14. Aspectos dinámicos y estructurales de la RE (Uusberg et al., 2019).

La regulación surge de bucles anidados de control de retroalimentación (panel a) que monitorean distintos aspectos de la emoción actual (W) en relación con los diferentes niveles de objetivos relacionados con la regulación (panel b). El bucle de *identificación* activa una meta emocional para alinear la emoción actual con una meta supraordinada. El bucle de *selección* activa una estrategia de RE para acercar el estado actual en la emoción a la meta emocional. El bucle de *implementación* activa una táctica específica de la estrategia de RE para cambiar el estado actual de un paso de la generación de emociones. El funcionamiento de cada bucle da lugar a las etapas correspondientes de RE seguidas de una etapa de Monitoreo que comprende iteraciones posteriores de todo el sistema.

Bases neurológicas del modelo de valoración

Ochsner y Gross (2014b) revisan desde la perspectiva del modelo de valoración las funciones de los centros cerebrales. Estos autores destacan que algunos de los centros prefrontales implicados en la RE también están involucrados en el control de formas no afectivas de la conducta. Postulan sistemas neuronales para la valoración y el control. Distinguen tres tipos de sistemas de valoración (nuclear, contextual y conceptual) y presentan el papel de las diferentes regiones cerebrales en tres tipos de estrategias de RE: despliegue atencional, cambio cognitivo y modulación de la respuesta.

Dinámicas de procesos: mantenimiento, cambio y detención

Un sistema de valoración de segundo orden que se ha iniciado en RE opera a lo largo del tiempo. Las tres fases de RE se extienden en el tiempo y están funcionalmente vinculadas:

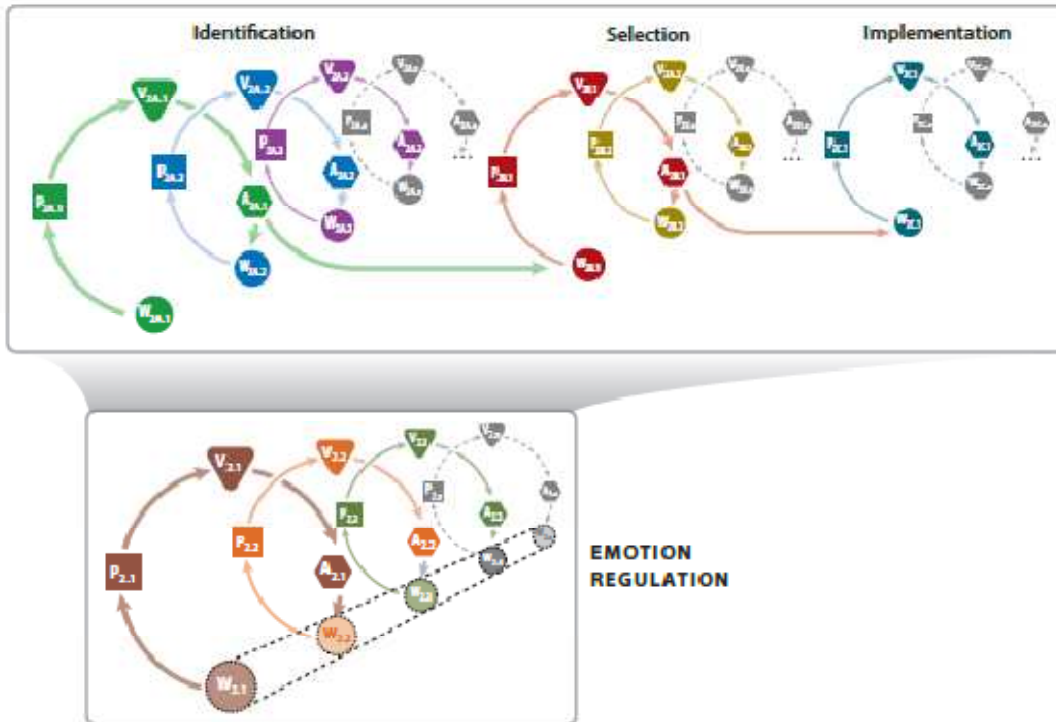


Figura 15. Dinámica de procesos de RE (Gross, 2015a).

El resultado de un ciclo de RE es un nuevo estado emocional que a su vez es el input del siguiente ciclo. Cuando los resultados de las acciones de las tres fases de RE son muy similares entre ciclos, hablamos de *RE mantenida*. El *cambio (switching)* en la RE se produce cuando el objetivo de regular sigue activo, pero el medio que se estaba empleando para alcanzarlo se ha ajustado ante los resultados previos desfavorables. Cuando en la fase de identificación de un ciclo se comprueba que la alteración emocional ha alcanzado el umbral pretendido o que los repetidos esfuerzos son infructuosos, el objetivo de regular la emoción puede ser desactivado. Esto constituye la *detención* en la RE. La fase de monitoreo tiene la función adaptativa del mantenimiento, cambio o detención de la RE de una manera flexible y, por tanto, sensible al contexto (Uusberg et al., 2019).

2.4. TAXONOMÍAS DE ESTRATEGIAS DE RE

Se pueden emplear métodos empíricos para clasificar las estrategias de RE como análisis factoriales exploratorios y análisis clúster de ítems. Sin embargo, estos intentos conllevan dificultades para su interpretación y los resultados han sido poco consistentes. Por ese motivo la aproximación más habitual ha sido la de combinar propuestas teóricas con contrastes empíricos (Koole, 2009). Koole (2009) combina su tipología de funciones (necesidades, metas y persona) con la variable diana de la RE para obtener una clasificación dual de las estrategias de RE. Las dianas que propone son tres tipos de respuestas emocionales: atención, conocimiento (p.ej. reevaluación) y manifestaciones corporales (p.ej. expresiones faciales y respuestas psicofisiológicas). El resultado de la mezcla de ambas variables ofrece la siguiente tabla (clasificación diana x función) de estrategias de RE con ejemplos:

Tabla 4. Clasificación de las estrategias de RE (Koole, 2009).

| | | <i>Función psicológica</i> | | |
|--|--|--|---|---|
| | | <i>Orientadas a necesidades</i> | <i>Orientadas a metas</i> | <i>Orientadas a persona</i> |
| <i>Sistema de generación de emoción</i> | <i>Atención</i> | Distracción hacia información positiva Evitación atencional | Distracción con esfuerzo Supresión de pensamiento | Contrarregulación atencional Mediación Entrenamiento en mindfulness |
| | <i>Conocimiento</i> | Sesgos interpretativos Reducción de la disonancia cognitiva Razonamiento motivado Mecanismos de defensa | Reevaluación cognitiva | Escritura expresiva Especificación de la experiencia emocional Activación de las redes almacenada de conocimiento emocional |
| | <i>Manifestaciones corporales</i> | Ingesta, ejercicio físico o búsqueda de proximidad inducidos por estrés | Supresión expresiva Exageración de la respuesta Ventilación | Respiración controlada Relajación muscular progresiva |

Según Koole, la revaluación y la supresión comparten la función dirigida a metas, y difieren en la diana del sistema en la generación de las emociones.

Para su revisión metaanalítica, Webb et al. (2012) elaboraron previamente una taxonomía de las estrategias basándose en el contenido de las instrucciones que se daba a los participantes de los estudios revisados. De esta manera clasificaron los diferentes modos en que los investigadores han operacionalizado las estrategias definidas teóricamente en el modelo de Gross. Su clasificación se muestra a continuación:

Tabla 5. Taxonomía de las estrategias de RE (Webb et al., 2012)

| Procesos | Estrategias | Subtipos |
|----------------------------|---------------|---|
| Despliegue atencional | Distracción | Distracción positiva activa |
| | | Distracción positiva pasiva |
| | | Distracción neutral activa |
| | | Distracción neutral pasiva |
| | Concentración | Concentración en sentimientos |
| | | Concentración en causas e implicaciones |
| Cambio cognitivo | Revaluación | Revaluación de la respuesta emocional |
| | | Revaluación de los estímulos emocionales |
| | | Revaluación vía toma de perspectiva |
| | | Revaluación mixta |
| Modulación de la respuesta | Supresión | Supresión de la expresión de la emoción |
| | | Supresión de la experiencia de la emoción |
| | | Supresión de pensamientos sobre el evento inductor de emoción |
| | | Supresión mixta |
| Condiciones de control | | No instrucciones |
| | | Instrucciones de no regular de una manera específica |
| | | Instrucciones de intensificar emociones |
| | | Instrucciones de experimentar naturalmente |
| | | Control mixto |

2.5. REGULACIÓN CENTRADA EN LOS ANTECEDENTES VS. REGULACIÓN CENTRADA EN LA RESPUESTA

El modelo procesual distingue dos formas principales de RE en función del momento del proceso de generación emocional en el que se producen: centrada en los antecedentes y centrada en la respuesta. La regulación centrada en los antecedentes hace referencia a aquello que nosotros u otros hacen antes de que la emoción comience y que condiciona si una emoción dada ocurrirá o no. La regulación centrada en la respuesta llega relativamente tarde en el proceso de generación de la emoción. En este punto, el programa de la emoción ya ha sido activada y el individuo modula (p.ej. disminuye o aumenta) las tendencias de respuesta que han sido generadas (Gross y Muñoz, 1995). Los autores del modelo postulan que la RE es más efectiva en el momento de los antecedentes dado que en el momento de la respuesta ya no se puede reducir la experiencia emocional subjetiva negativa, tan sólo modular su expresión. En términos de balance entre costes y beneficios, las estrategias que intervienen temprano en el ciclo de generación de afecto pueden proporcionar un poderoso alivio del estado afectivo, pero esto puede darse a costa de un aprendizaje limitado (Gross et al., 2019).

En el modelo procesual extendido, se apunta que dentro de cualquier ciclo de valoración de primer orden que está generando la emoción, una persona puede intentar alterar en un paso relativamente temprano en el ciclo de valoración (regulación centrada en los antecedentes), o puede intentar alterar en pasos relativamente tardíos en el ciclo de valoración (regulación centrada en la respuesta) (Gross, 2015b). La mayor parte de las investigaciones enmarcadas en este modelo se han centrado en las dos estrategias que consideran mejor definidas y más características de cada fase: la reevaluación en el punto de los antecedentes y la supresión en el punto de la respuesta (John y Gross, 2004).

2.5.1. Supresión

La supresión expresiva, que es un tipo de modulación de la respuesta, se define como la inhibición consciente de la tendencia de respuesta expresiva emocional (Gross, 1998a; Gross, 2002). La supresión, debido a que aparece tardíamente en el proceso generativo emocional, tan sólo modifica el aspecto conductual de las tendencias de respuesta emocionales. Por tanto, sólo sería efectiva para modificar la expresión conductual y no respecto al componente experiencial (Gross y John, 2003).

2.5.2. Revaluación

La revaluación, que es un tipo de modificación cognitiva, se define como la interpretación de una situación potencialmente inductora de emociones en términos no emocionales (Gross, 2002) o de manera que disminuya su relevancia emocional (Gross, 1998a). La revaluación cognitiva implica cambiar el significado de una situación potencialmente inductora de emoción con el fin de alterar la emoción subsiguiente. Está estrechamente relacionada con las habilidades que se entrenan en intervenciones para trastornos depresivos y de ansiedad (Giuliani y Gross, 2009).

De acuerdo con la teoría, la revaluación, dado que se produce en un momento temprano en el proceso emocional, centrada en los significados, actúa antes de que las tendencias se hayan generado plenamente. Por tanto, puede alterar efectivamente toda la trayectoria de la emoción subsiguiente, consiguiendo reducir los componentes experienciales y conductuales de la emoción negativa. Se pueden diferenciar dos variantes, o tácticas, de revaluación: el distanciamiento y la reinterpretación (Denny y Ochsner, 2014; Ochsner y Gross, 2008).

El *distanciamiento* implica cambiar la concepción propia de un suceso emocional mediante el incremento de la distancia psicológica respecto a él. Esto se puede intentar de diferentes modos: cambiando la cercanía física o temporal percibida del suceso; viéndolo desde la perspectiva de una tercera persona observadora o adoptando el punto de vista de un observador objetivo e imparcial. La idea general sería la objetividad y la

separación emocional. Kross y Ayduk (2011), a partir de la paradoja de la auto-reflexión, revisan aspectos teóricos e investigación sobre la estrategia de distanciamiento contraponiendo su valor adaptativo amortiguador del estrés, a los efectos negativos de la rumiación.

La táctica de *reinterpretación* supone cambiar mentalmente el significado de las acciones, contexto y/o resultados implicados en un estímulo (p.ej. imaginar que el evento representado no es tan malo como parecía en un principio o que las personas afectadas estarán bien y la ayuda está en camino).

En el mismo sentido reinterpretativo, algunos autores hacen referencia a la *revaluación positiva* o ‘encontrar beneficios’, como una forma de revaluación que se centra en aspectos positivos de la situación y/o posibles beneficios que podrían obtenerse de la misma (Shiota y Levenson, 2012). Desde la investigación del afrontamiento del estrés, más en concreto el estrés de cuidadores, Folkman y Moskowitz (2000) hacen referencia a la revaluación positiva, como un tipo de mecanismo de afrontamiento que permite experimentar emociones positivas en situaciones de estrés crónico. Las formas de revaluación positiva incluyen descubrir oportunidades para el crecimiento personal, percibir el crecimiento personal que ya se ha producido y observar cómo los esfuerzos propios pueden beneficiar a otros. A través de este proceso, se cambia el significado de una situación de manera que la persona puede experimentar emociones positivas y bienestar.

De acuerdo con Denny y Ochsner (2014), la táctica de distanciamiento puede aplicarse sin variaciones a diferentes situaciones mientras que las reinterpretaciones han de generarse específicamente para cada estímulo. Esto facilitaría la generalización de la primera, mientras que el alcance del efecto de la segunda sería más limitado. También McRae, Ciesielski y Gross (2012) desarrollaron un sistema para codificar las tácticas de revaluación en ocho categorías. Además del distanciamiento incluían siete tipos que pueden entenderse como formas de reinterpretación: explícitamente positivo, cambio de circunstancias presentes, desafío de realidad, cambio de consecuencias futuras, agente de cambio, técnica-analítica-resolución de problema y aceptación. Webb et al. (2012),

en su clasificación de las estrategias, distinguen cuatro tipos de reevaluación: reevaluación de la respuesta emocional, reevaluación de los estímulos emocionales, reevaluación vía toma de perspectiva y reevaluación mixta. Se podría asimilar la toma de perspectiva con distanciamiento y la reevaluación de los estímulos con reinterpretación. La reevaluación de respuesta emocional habitualmente hace referencia a aceptación: entender la experiencia emocional como no problemática. La aceptación es un aspecto nuclear del mindfulness (Brown, Ryan y Creswell, 2007) y ha sido tratada por otros autores como una estrategia diferente a la reevaluación (Wolgast, Lundh y Viborg, 2011). Wolgast et al. (2011) sugieren que la aceptación, a diferencia de la reevaluación, tiene elementos centrados tanto en antecedentes como en respuesta emocional ya que, a diferencia de la reevaluación, disminuye la probabilidad de que el resultado de una emoción negativa conlleve una tendencia a la evitación posterior.

2.6. RESULTADOS DE INVESTIGACIÓN DE COMPARACIÓN DE ESTRATEGIAS

Las estrategias de investigación empleadas para contrastar las consecuencias de los dos tipos de RE son de dos tipos. Por un lado, los **estudios experimentales**, en que se manipula explícitamente la reevaluación y la supresión mediante instrucciones previas a estímulos inductores de emociones. Por otra parte, los estudios **correlacionales de diferencias individuales**, en los que se emplean cuestionarios que miden el uso habitual de reevaluación y supresión (RE como rasgo). Los resultados de la investigación sobre las consecuencias afectivas, cognitivas y sociales de ambas estrategias confirman el efecto diferencial de ambos tipos de regulación (Gross, 2002; Gross y John, 2003; John y Gross, 2004).

2.6.1. Resultados de investigación experimental

Se han comparado ampliamente las consecuencias a corto plazo del empleo de la supresión y la reevaluación. Gross (1998a) estableció el modelo de este tipo de

investigación con un estudio en que se evaluaban las respuestas experienciales, cognitivas y fisiológicas en respuesta a escenas de películas. Las instrucciones de reevaluación implicaban intentar adoptar una actitud impasible y distanciada durante el visionado. En la condición de supresión se pedía a los participantes que hiciesen lo posible por no mostrar sus emociones. Se comprobó que, a diferencia de la reevaluación, la supresión no afecta a la experiencia subjetiva e incrementa ciertos aspectos de la respuesta psicofisiológica (Gross, 1998a).

2.6.1.1. Supresión

Gran número de estudios han replicado el resultado de la eficacia de la **supresión** en la reducción de la expresión emocional en la mímica facial con escaso efecto sobre la medida autoinformada de emoción subjetiva (Marino, Silva, Luna y Mesas, 2014; Webb et al., 2012). En un estudio precursor, Gross y Levenson (1993) obtuvieron que la supresión no tenía efecto sobre la experiencia subjetiva. Frente a la visión sin instrucción de regulación, la supresión reducía la conducta expresiva y producía un estado fisiológico mixto caracterizado por actividad somática disminuida y aumento de tasa cardíaca e incremento del parpadeo que indicaban incremento de actividad del sistema nervioso simpático.

La supresión también resulta menos efectiva que la distracción, representante al igual que la reevaluación de la regulación centrada en los antecedentes, en la reducción de la experiencia emocional negativa provocada por imágenes de alta intensidad. La diferencia no aparece con las de baja intensidad. En el estudio de potenciales evocados se observa que la distracción supera a la supresión en la reducción de la amplitud del potencial positivo tardío, un índice del éxito regulatorio, tanto con imágenes de alta como de baja intensidad (Li et al., 2017). La supresión, además de ser menos efectiva para la reducción de la experiencia subjetiva negativa tiene varios efectos indeseables no buscados. Aunque el propósito sea regular la emoción negativa, también afecta la expresión de emoción positiva (p.ej. diversión). En estudios en que se emplea también la inducción de emoción positiva se ha observado una asimetría: Este fenómeno consiste en que mientras que suprimir emociones negativas deja intacta la experiencia de la emoción negativa, suprimir emociones positivas decrece la experiencia de estas

emociones (Gross y Levenson, 1997). Además, esta estrategia, para inhibir el impulso por expresar, requiere del individuo un esfuerzo continuado de auto-observación y auto-corrección. Este empeño se traduce en un aumento de la respuesta fisiológica e implica un consumo de recursos cognitivos y un empeoramiento de la memoria debido a que quedan menos recursos disponibles para el procesamiento de la información del entorno.

Las demandas cognitivas de la supresión se han demostrados en estudios de memoria social. Se constató que aquellos participantes a quienes se les pidió que suprimieran la expresión emocional en respuesta a un fragmento de película con contenido negativo tenían un peor rendimiento en tareas de memoria (Richards y Gross, 1999; Richards y Gross, 2000). También se ha obtenido el resultado de peor ejecución en tareas de memoria con diseño intra-sujetos (Robinson y Demaree, 2007). En un artículo posterior, los mismos autores mostraron que el recuerdo de la escena empeoraba también con la supresión espontánea (Richards y Gross, 2006). En conclusión, la supresión, y no la reevaluación, interfiere con la memoria de información social adquirida mientras los participantes regulan sus emociones (Richards y Gross, 2000). No obstante, algunos autores defienden que, en algunas situaciones (por ejemplo, en trabajadores de servicios de emergencia), dicha afectación de la memoria lejos de ser un resultado indeseable puede resultar ventajoso para la calidad de vida emocional (Dunn, Billotti, Murphy y Dalgleish, 2009).

Desde el punto de vista fisiológico, los sujetos que utilizan la supresión muestran una actividad del sistema simpático intensificada, tanto en índices cardíacos como en medidas de conductancia de la piel (Silva, 2005). La supresión aumenta la respuesta electrodermal y la tensión arterial y reduce la amplitud del pulso en el dedo, la temperatura en el dedo y los períodos entre pulsos (Gross, 2002); en el electrocardiograma acorta el periodo de pre-eyección (PEP) y decrece el intervalo entre pulsos EDR (Demaree, Schmeichel, Robinson, Pu, Everhart, y Berntson, 2006; Robinson y Demaree, 2007); reduce la respuesta de parpadeo al asombro y reduce la actividad del músculo corrugado (Jackson, Malmstadt, Larson y Davidson, 2000). No se ha encontrado la asociación esperada con RSA (arritmia sinusal respiratoria) ni con

otros parámetros respiratorios (Demaree et al., 2006). Las diferencias individuales de variabilidad cardíaca en reposo es un factor que condicionaría los efectos de la supresión. La asociación positiva con afecto negativo sólo se produciría en participantes con baja variabilidad cardíaca (Geisler y Schröder-Abé, 2015).

En cuanto al SNC, estudios con resonancia magnética funcional en general recogen los hallazgos predichos por el modelo procesual. Goldin, McRae, Ramel y Gross (2008), en un estudio con inducción de asco, encontraron la dinámica temporal hipotetizada: la latencia de actividad prefrontal de la supresión fue mayor que la de la reevaluación. En el mismo estudio se comprobó que la supresión incrementa las respuestas de la amígdala y la ínsula mientras que la reevaluación las reduce. La reevaluación redujo en mayor medida la experiencia emocional.

El trabajo fisiológico durante la supresión puede asimilarse a la inhibición activa que requiere la reserva de hechos traumáticos (teoría de la inhibición). En cambio, cuando las personas hablan o escriben sobre experiencias perturbadoras, experimentan una mejoría en su estado de salud y calidad de vida (Pennebaker, 2013; Pennebaker y Chung, 2007). Todo ese sobreesfuerzo interferiría con el funcionamiento en contextos sociales. La supresión expresiva dificulta la interacción social. Butler, Egloff, Wilhelm, Smith, Erickson y Gross (2003) demostraron que la supresión genera estrés en los interlocutores y dificulta la comunicación y el establecimiento de relación. En otro estudio experimental se encontraron resultados similares, ya que los participantes de la condición de supresión fueron percibidos por sus interlocutores como hostiles e introvertidos, y sus parejas respondieron con expresiones de hostilidad hacia ellas.

También existen estudios que presentan resultados contrarios a la hipótesis desadaptativa de la supresión. Dunn et al. (2009) encontraron que la supresión llevó a una reducción de la experiencia subjetiva de miedo y no alteró la respuesta electrodermal ni la frecuencia cardíaca. Sin embargo, habría que tener en cuenta que el concepto de supresión que manejan los autores es amplio e incluye la experiencia interna. De hecho, las instrucciones que se emplearon en el estudio en la condición de supresión pueden implicar una reevaluación de las escenas presentadas. Por otra parte,

podría cuestionar la desventaja de las estrategias centradas en la respuesta, la efectividad para la generación y RE de técnicas como la respiración controlada y la relajación muscular progresiva (Koole y Aldao, 2016; Koole et al., 2011; Philippot, Chapelle y Blairy, 2002).

En definitiva, los estudios experimentales que respaldan el carácter desadaptativo de la supresión apuntan principalmente a su escasa eficacia para la reducción de la emoción negativa y a efectos indeseables como la reducción del afecto positivo, un aumento de la activación fisiológica, afectación de la memoria e interferencia en relaciones interpersonales. No obstante, también hay datos que cuestionan ese supuesto.

2.6.1.2. Revaluación

La estrategia de revaluación se ha mostrado efectiva para regular a la baja emociones negativas en medidas experienciales, fisiológicas y neuronales de la respuesta afectiva. Este tipo de RE no sólo reduce tanto la expresión como la experiencia de la emoción negativa, sino que, además, aumenta la experiencia y la expresión de emociones positivas (Denny y Ochsner, 2014). En un estudio que incluía tanto imágenes negativas como neutrales y medidas subjetivas y de actividad muscular facial, Ray, McRae, Ochsner y Gross (2010) encontraron que la revaluación modulaba ambos tipos de respuesta en el sentido esperado tanto con instrucciones de regulación al alza (*up regulation*) como a la baja (*down regulation*).

Wolgast et al. (2011) compararon los efectos de la revaluación y la aceptación, empleando vídeos con contenido de tristeza, miedo y asco. Respecto al grupo control sin instrucciones específicas, los participantes de ambas estrategias reportaron menor incomodidad subjetiva, mostraron menores respuestas fisiológicas (actividad del músculo corrugado y conductancia de la piel) y manifestaron menor evitación conductual (rechazo a ver de nuevo el vídeo). La revaluación se mostró superior a la aceptación sólo en las escenas de asco.

En otro estudio de comparación de reevaluación con aceptación, Troy, Shallcross, Brunner, Friedman y Jones (2018) emplearon un diseño intragrupo y la inducción de tristeza mediante escenas de películas. La reevaluación, respecto a la aceptación, se asoció con mayor reducción de emoción negativa y mayor incremento en emoción positiva tanto durante el visionado como en el período de recuperación. Sin embargo, la aceptación se percibió como menos difícil de implementar y fue más efectiva para el cambio de la respuesta fisiológica (conductancia de la piel).

También con la inducción de la emoción de ira la estrategia de reevaluación se ha mostrado superior a la supresión y la aceptación en la regulación a la baja de la experiencia emocional (Szasz, Szentagotai y Hofmann, 2011). En dos estudios experimentales en que se pidió a los participantes que recordaran una experiencia autobiográfica que les provocase enfado; Ray, Wilhelm y Gross (2008) comprobaron la superioridad de la estrategia de reevaluación sobre la rumiación. Reevaluar el suceso desde el punto de vista de un observador imparcial produjo una reducción de la ira respecto al recuerdo inicial. En cambio, la rumiación llevó a mayor experiencia de ira, mayor perseveración del pensamiento y mayor activación del sistema nervioso simpático tanto durante la inducción como en el período de recuperación. Kalisch et al. (2005) mostraron que la estrategia de distanciamiento reducía la ansiedad anticipatoria previa al dolor, tanto en medidas subjetivas como fisiológicas, y la reactividad al propio dolor.

Kim y Hamann, (2012) encontraron que, cognitivamente, la reevaluación no perjudica la memoria inmediata; o incluso la mejora (sólo en hombres). Sin embargo, Keng, Robins, Smoski, Dagenbach y Leary (2013) creen que la reevaluación empleada para reducir emociones negativas no está libre de costes cognitivos. Estos autores compararon un grupo entrenado en esta estrategia con otro entrenado en mindfulness y un grupo control en sesiones con inducción de tristeza con recuerdos autobiográficos. Las dos estrategias fueron igual de efectivas, pero, la reevaluación interfirió en mayor medida en una aplicación subsiguiente de Stroop test. Además, en la misma muestra el rasgo mindfulness, y no la reevaluación habitual, predecía mayores reducciones en tristeza.

Los estudios de revaluación de emociones positivas son más escasos. Krompinger, Moser y Simons (2008), en un estudio en que se emplearon imágenes valoradas como placenteras y se evaluaron los potenciales evocados encontraron que los potenciales se atenúan con instrucciones de aminorar su respuesta emocional y no variaban con instrucciones de incrementarlas. Giuliani, McRae y Gross (2008) entrenaron mediante feedback a participantes para que revaluaran al alza y a la baja la emoción inducida por escenas divertidas. De esta manera variaron en la dirección buscada tanto la experiencia de esta emoción positiva, como la expresión facial y la activación fisiológica autónoma (tasa cardíaca, tensión arterial, conductancia de la piel, tensión arterial).

En un estudio que comparaba a fumadores con no fumadores, Wu, Winkler, Wieser, Andreatta, Li y Pauli (2015) concluyen que para ambos grupos la revaluación es una manera efectiva de regular tanto emociones negativas como positivas. La diferencia entre ambos tipos de emociones estaría en que los cambios en valencia (de altamente positivo a altamente negativo) y activación emocional reportados como resultado de la revaluación es congruente en el contexto de imágenes negativas, pero es incongruente en el contexto de imágenes positivas. En este último caso la revaluación reduce el agrado, pero aumenta la activación.

Para estudiar los efectos de la aplicación de estrategias con posterioridad a la primera respuesta a los sucesos que provocan la respuesta emocional (“*on line regulation*”), Sheppes y Meiran (2007) compararon la revaluación con la distracción dando las instrucciones en diferentes momentos del visionado de vídeos inductores de tristeza. La revaluación fue menos efectiva que la distracción cuando la estrategia se inicia tardíamente, lo cual sugiere a los autores que la revaluación puede tener un punto de no retorno. Además, la revaluación tardía redujo la fluencia de recuperación de recuerdos autobiográficos felices. Además, el esfuerzo que supone el intento tardío de revaluación provocaría un aumento de la activación simpática (conductancia de la piel aumentada y temperatura del dedo disminuida) (Sheppes, Catran y Meiran, 2009). Sin embargo, en un estudio similar, Urry (2009) no encontró diferencias del efecto de la

revaluación en función del momento de comunicación de las instrucciones (previa frente a en el cuarto segundos de visionado).

En cuanto al tipo de revaluación, McRae (2016), en una revisión, concluye que algunos estudios indican que reevaluar para generar positividad puede ser más efectivo y adaptativo que reevaluar sólo para volver a un punto neutro. Sin embargo, la revaluación positiva tiene un perfil psicofisiológico diferente, indicando mayores niveles de activación fisiológica que reevaluar para disminuir la emoción negativa.

Shiota y Levenson (2012) compararon los efectos de dos tipos de revaluación: el distanciamiento y la revaluación positiva, en un estudio experimental con vídeos inductores de tristeza y asco. Los resultados reflejaron que sólo el distanciamiento condujo a una reducción significativa en la intensidad emocional subjetiva. Hombres y mujeres ofrecieron perfiles de respuesta fisiológica diferenciados. En los hombres se redujo la actividad sin diferencias entre tipos. Entre las mujeres, el distanciamiento tendió a reducir la reactividad cardíaca a los vídeos mientras que la revaluación positiva tendió a incrementarla. En cuanto a la expresividad facial, la revaluación provocó su reducción, siendo mayor el efecto en el caso del distanciamiento. Los autores concluyen que el distanciamiento tiene el efecto de reducir globalmente la respuesta emocional mientras que la revaluación positiva puede mejorar el balance emocional hacia el afecto positivo.

Denny y Ochsner (2014) demostraron que la revaluación puede ser entrenada rápidamente en personas sanas. Los autores compararon las tácticas de distanciamiento y reinterpretación y encontraron que con ambas se consigue regular a la baja las emociones negativas en mayor medida que lo esperable por habituación (grupo control). La táctica de distanciamiento se generalizó, además, a ensayos sin instrucciones y se asoció a efectos en la vida cotidiana de los participantes: disminución del estrés percibido. Estos resultados son compatibles con la suposición de que el distanciamiento supone una estrategia más flexible y global que la reinterpretación y, por tanto, más fácilmente aplicable a una variedad de situaciones diferentes a las incluidas en el entrenamiento.

Gross (2015), en una revisión del campo, concluye que cuando se emplea en regular a la baja emociones negativas, la reevaluación disminuye los niveles de la experiencia de emoción negativa, no tiene impacto sobre, o incluso decrece, respuestas del sistema nervioso simpático (al menos en situaciones con una intensidad baja o moderada); y conlleva menor activación en regiones cerebrales implicadas en la generación de emociones como la amígdala y el estriado ventral.

En una revisión de los estudios de neuroimagen, Ochsner y Gross (2005) concluyen que la reevaluación comparte con el control de la atención una arquitectura funcional que incluiría áreas corticales prefrontales y de la corteza cingulada anterior. La reevaluación activa regiones de control cognitivo incluyendo la prefrontal dorsomedial, dorsolateral y ventrolateral, así como la corteza temporal lateral y parietal posterior (Buhle et al., 2013; Gross, 2015a; Ochsner et al., 2012). Esta red regula la actividad de regiones emocionales, incluyendo la amígdala, la ínsula y el estriado ventral (Gross, 2015a; Koole, 2009). Según Buhle et al. (2013) sólo la amígdala bilateral.

Las instrucciones de reevaluación se asocian con una reducción de potenciales evocados positivos tardíos. Este indicador permite trazar la efectiva regulación a la baja de la respuesta emocional usando la reevaluación cognitiva, tanto cuando la reevaluación se realiza online (instrucciones al mismo tiempo que el estímulo) como en anticipación de un estímulo afectivo. A diferencia de la distracción, la reevaluación tiene impacto en exposiciones subsiguientes al estímulo (Proudfit, Dinning, Foti y Weinberg, 2014). La reducción en la activación de la amígdala con reevaluación, estudiada con neuroimagen, también perdura en la re-exposición una semana después (Denny, Inhoff, Zerubavel, Davachi y Ochsner, 2015).

En cuanto a análisis de la tasa cardíaca, se ha hallado que la estrategia de reevaluación (siguiendo instrucciones experimentales) se asocia con un incremento de la variabilidad de dicha tasa. En un estudio con mujeres universitarias e inducción de emociones negativas, Butler, Wilhelm y Gross (2006) compararon dicha estrategia con

supresión y un grupo control. La inducción consistió en conversar con otra persona sobre la bomba de Hiroshima. El grupo de reevaluación mostró el mayor incremento en la alta frecuencia, un índice de actividad parasimpática, seguido por el de supresión. En el grupo control no se hallaron cambios. Además, los autores encontraron que las diferencias individuales en reposo en variabilidad cardíaca predecían la reactividad negativa durante la inducción. En otro estudio experimental con una muestra similar, Denson, Grisham y Moulds (2011) indujeron ira mediante el visionado de defensores de posturas contrarias a las de las participantes y hallaron un incremento significativo en el grupo de reevaluación. No se encontró esa asociación en el grupo control. A diferencia del estudio anterior, en la condición de supresión tampoco hubo un incremento significativo del índice de alta frecuencia y no encontraron una correlación significativa entre variabilidad en reposo e ira. El efecto de la reevaluación sobre la variabilidad cardíaca se incrementa si se entrena a los participantes en dicha estrategia (Christou-Champi, Farrow, y Webb, 2015).

Se puede concluir que la reevaluación, respecto a la supresión, tiene efectos más saludables de tipo afectivo, cognitivo y social. Afectivamente, la reevaluación tiene un efecto positivo (reduce la experiencia emocional negativa) mientras que la supresión tiene un efecto negativo (reduce la experiencia emocional positiva). Cognitivamente, la supresión perjudica la memoria para información social. En el área social, además, la supresión compromete el funcionamiento social. La reevaluación no tiene esos efectos negativos cognitivos ni sociales (John y Gross, 2004).

2.6.2. Resultados de estudios correlacionales

En los estudios de rasgo se compara a individuos que informan de uso habitual en su vida cotidiana de reevaluación, con los que manifiestan que emplean predominantemente la supresión. Cuando se ha realizado ese tipo de comparaciones, se ha comprobado que existen diferencias individuales en el uso habitual de las dos estrategias. Se ha constatado también que los hombres reportan mayores niveles de uso

de supresión que las mujeres, y las personas de culturas asiáticas reportan mayores niveles de supresión que las occidentales (John y Eng, 2014).

En cuanto a las consecuencias de las diferencias individuales en diferentes aspectos de la RE se presentan los efectos de la tendencia individual a usar la reevaluación y del rasgo de supresión. En un tercer epígrafe, se indican otras variables personales relevantes.

2.6.2.1. Rasgo de reevaluación

El uso habitual de la reevaluación se asocia con un patrón más saludable de afecto, funcionamiento social y bienestar que el uso de la supresión. La reevaluación como rasgo se vincula con un afecto positivo, tanto experimentado como expresado, mayor y menor emoción negativa. Socialmente, se relaciona con mayor probabilidad de compartir sus emociones, relaciones de amistad más estrechas y mayor popularidad entre sus pares. Con respecto al bienestar, los “evaluadores” tienen menos síntomas depresivos, mayor auto-estima, satisfacción con sus vidas y calidad de vida en las distintas áreas evaluadas. Así como mayor grado de salud mental (Schmitt, 2018). En una muestra de adolescentes, Verzeletti, Zammuner, Galli y Agnoli (2016) hallaron que el autoinforme de reevaluación cognitiva se asoció con satisfacción vital, afecto positivo y apoyo social percibido. La preferencia por supresión, en cambio, se asoció con menor afecto positivo, satisfacción vital, cercanía y apoyo social y mayor afecto negativo y depresión.

Sin embargo, también hay autores críticos con la visión excesivamente optimista sobre la reevaluación. Koole et al., (2011) cuestionan el supuesto de que la reevaluación, por el hecho de que tenga como objetivo modificar la evaluación, intervenga necesariamente en las fases iniciales del proceso emocional, actúa temprana o tardíamente dependiendo de las circunstancias. Ford y Troy (2019) defienden que la reevaluación no sólo aporta beneficios, sino que también puede tener costes significativos dependiendo de cómo y cuándo se usa. Las personas a menudo son incapaces de emplear la reevaluación con éxito y, cuando se emplea correctamente, no siempre es funcional. La reevaluación puede no ser exitosa por factores centrados en el

individuo como la falta de competencia o de recursos cognitivos. Los factores también pueden ser situacionales, por ejemplo, si la situación es altamente intensa u ofrece posibilidades limitadas de reevaluación.

En un estudio con autorregistro diario de emociones y estrategias de RE, se encontró que la reevaluación se usaba más a menudo que la supresión. La diferencia fue mayor con emociones positivas que con negativas. En cuanto a la efectividad, el uso de reevaluación positiva se asoció con un afecto positivo aumentado, sin embargo, la reevaluación negativa no se relacionó con la experiencia afectiva. Suprimir la expresión de emociones positivas tuvo efectos adversos sobre el afecto positivo y negativo. La supresión de emociones negativas sólo se relacionó con el afecto negativo no activo (Nezlek y Kuppens, 2008). Otros autores han presentado datos que señalan que la reevaluación no es la mejor opción cuando la emoción a controlar es intensa, inmediata y generada en la percepción (frente a generada conceptualmente) (McRae, 2016).

Entre los motivos por los que la reevaluación puede no resultar funcional, también se pueden encontrar factores centrados en el individuo como cuando de la emoción negativa reducida se derivan sentimientos de inautenticidad. Asimismo, hay factores centrados en la situación, por ejemplo, la habilidad para reevaluar se ve afectada por el estrés agudo. En un estudio de laboratorio, Raio, Orederu, Palazzolo, Shurick y Phelps (2013) demostraron que la exposición previa a estrés hacía que los participantes no se beneficiasen de un entrenamiento en reevaluación. La reevaluación tampoco sería adecuada cuando la situación es controlable y la emoción negativa puede motivar acciones útiles en la situación (McRae, 2016). En relación con esto, se ha demostrado que en los niveles socio-económicos más bajos, que conllevan menor control sobre el ambiente, la habilidad para la RE efectiva es particularmente importante. En concreto la reevaluación cognitiva es más beneficiosa en los estatus sociales más bajos ya que se asocia con menos síntomas depresivos. En los estatus más elevados no hay relación entre habilidad y depresión (Troy et al., 2017). En cambio, en un contexto de opresión, la reevaluación puede tener consecuencias negativas. En un estudio se demostró que, entre latinoamericanos de Estados Unidos con creencias personales de elevada

discriminación sufrida por su grupo étnico, la reevaluación se asociaba con mayores niveles de síntomas depresivos y menor satisfacción vital (Pérez y Soto, 2011).

2.6.2.2. Rasgo de supresión

El uso crónico de la supresión se relaciona con estado de ánimo negativo, menor bienestar y mayores niveles de psicopatología (Gross y John, 2003; Moore, Zoellner y Mollenholt, 2008). Los “supresores”, experimentan y expresan menos afecto positivo y también experimentan más afecto negativo. La expresión de afecto negativo, aunque proporcionalmente es menor al afecto experimentado, en términos absolutos no se diferencia de las personas que usan menos la supresión. Cognitivamente, la supresión se relaciona con memoria mermada para información socialmente relevante. Además, puntúan peor en rasgos meta-afectivos (atención, claridad y reparación) y en mayor medida en rumiación.

En cuanto a las consecuencias sociales, las personas que habitualmente emplean la supresión no sólo comparten menos con los demás sus emociones negativas sino también las positivas. La supresión se asocia también con un apoyo social más pobre; un menor empleo de apoyo instrumental y emocional para el afrontamiento y menor aprecio. Además, sus pares les perciben como emocionalmente menos cercanos. Otro inconveniente de la supresión en el ámbito social es que, si se consigue ocultar la emoción a las otras personas, se impiden las consecuencias positivas de la expresión sobre el apoyo social. En cuanto a medidas de bienestar, tienen menor calidad de vida en el área social, reportan menores niveles de autoestima y satisfacción vital y más síntomas depresivos (Denollet, Nykliček y Vingerhoets, 2008; Gross y John, 2003).

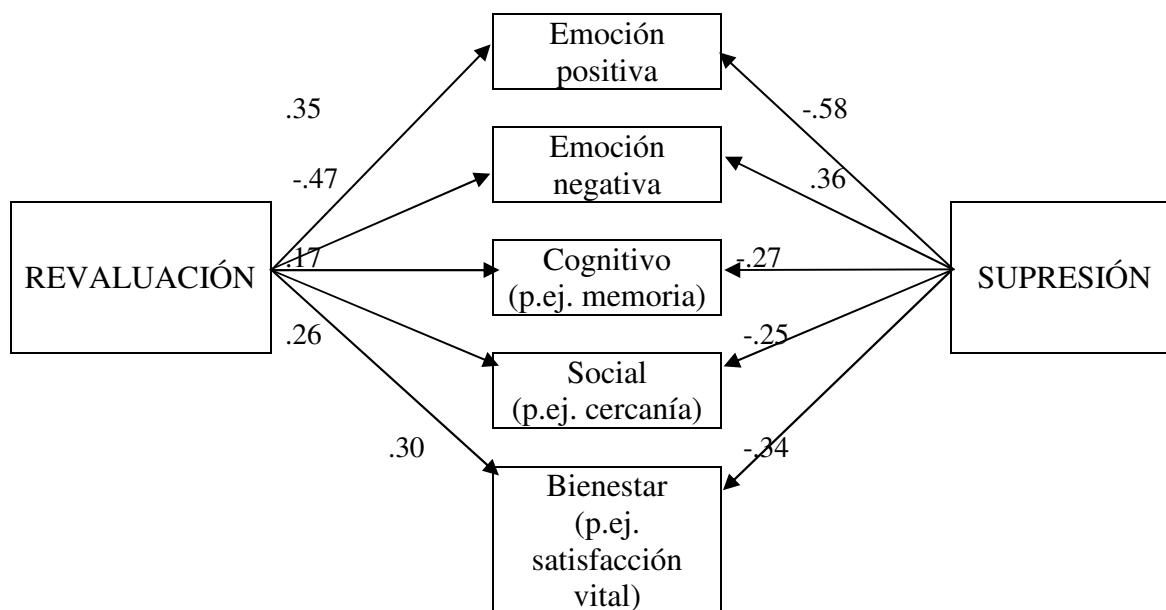


Figura 16. Relación entre diferencias individuales en reevaluación y supresión e indicadores de adaptación saludable con índices de correlación. (Adaptación de John y Eng (2014) de los resultados de John y Gross, 2004 y John y Gross 2007)

La relación entre el uso habitual de supresión y el pobre funcionamiento social está mediada por el constructo: inautenticidad subjetiva. Cuando las personas emplean la supresión emocional no se sienten auténticas porque se produce una “disonancia expresiva”, es decir, una discrepancia entre el estado emocional interno y la expresión conductual externa. La supresión expresiva, al igual que la exageración, pueden crear a menudo esa disonancia (Robinson y Demaree, 2007). Esta discrepancia lleva a emociones negativas hacia uno/a mismo/a y a una conducta interpersonal que es distraída, limitada y evitativa, impidiendo así el desarrollo de relaciones emocionalmente cercanas (English y John, 2013; John y Eng, 2014). Aldao, Nolen-Hoeksema y Schwizer (2010), en su revisión, llegaron a la conclusión de que la supresión correlaciona con un incremento de síntomas psicopatológicos. Además, la supresión, como otras formas de RE dirigidas a no expresar las emociones, tanto conscientes como inconscientes –en este último caso a menudo denominadas represión– pueden tener también efectos adversos sobre la salud física, Asimismo, puede tener

efectos adversos sobre la salud el fallo en la utilización de estrategias adaptativas como la reevaluación (Denollet et al., 2008).

Los efectos negativos de la supresión de la expresión podrían estar mediados por valores culturales. Butler, Lee y Gross (2007) confirmaron la influencia de la cultura comparando mujeres con valores culturales occidentales con mujeres con valores biculturales euro-asiáticos. Los autores obtuvieron que las mujeres con un mayor predominio de valores europeos informaron de menores niveles de supresión habitual. Además, para las mujeres con altos valores europeos, la supresión se asoció con más objetivos autoprotectores y altos niveles de emoción negativa. Sin embargo, esta asociación no se daba entre mujeres con valores biculturales. En cuanto a la respuesta de interlocutores a la manipulación con instrucciones de supresión, también se demostró la mediación de la variable cultural. En la condición de supresión, las mujeres biculturales fueron percibidas como menos hostiles e introvertidas que las mujeres con valores europeos (Butler et al., 2007). Asimismo, pueden cuestionar el carácter desadaptativo de la supresión, los estudios que relacionan las expresiones faciales de emoción y el curso de duelos conyugales. Contrariamente a lo que apuntaría la hipótesis expresiva, la expresión de emoción negativa, en particular ira, seis meses después del fallecimiento predice la pena a los 25 meses (Bonanno y Keltner, 1997).

2.6.2.3. Otras diferencias individuales

En cuanto a la regulación de emociones positivas, las personas que promueven más afecto positivo cuando experimentan sucesos positivos son las que usan habitualmente la estrategia del saboreo, la de centrar la atención en el momento presente y la rumiación positiva. La estrategia que se asocia con satisfacción con la vida es comunicarlo a otras personas. En cambio, amortigua el efecto sobre la emoción positiva la distracción y reduce la satisfacción con la vida centrarse en detalles negativos y la rumiación negativa (Quoidbach, Berry, Hansenne y Mikolajczak, 2010).

Cuando se consideran las diferencias individuales en RE, es útil hacer una distinción entre frecuencia de RE, autoeficacia en RE, habilidad o (capacidad) de

RE(Gross, 2015a) y tendencia (p.ej., identificación y selección de estrategias) (Doré, Silvers y Ochsner, 2016).Troy y Wilhelm (2010) ponen de relieve la importancia de la habilidad de RE, además de la frecuencia de uso, en el ajuste al estrés. Se trataría de dos constructos distintos con valor discriminante ya que contribuyen por separado a la moderación de los efectos del estrés. McRae, Jacobs, Ray, John y Gross (2012) evaluaron la habilidad de reevaluación de los participantes en su estudio con una tarea experimental. La habilidad se operativizó como el promedio de reducción en emoción negativa con instrucción de reevaluación en comparación con el visionado sin instrucción de RE. Posteriormente se relacionaron con diferencias individuales en variables afectivas y cognitivas. Observaron una relación positiva entre la capacidad de reevaluación y la frecuencia. Asimismo, la habilidad de reevaluación se asociaba a bienestar, capacidad de memoria de trabajo (contextos neutros y emocionales), y costes en tiempo de reacción en una tarea de clasificación. No observaron relaciones significativas con frecuencia de supresión, inhibición de respuesta o capacidad verbal.

Tull y Aldao (2015) proponen una relación bidireccional entre las habilidades y el uso de estrategias de RE. Por un lado, las habilidades de RE se pueden considerar un proceso de orden superior que influye sobre el tipo de estrategias de RE que un individuo emplea en una situación determinada. Por otro lado, el uso de estrategias de RE adaptativas puede fomentar una aceptación y comprensión de emociones y de las situaciones que las inducen o aumentar la autoeficacia para regular emociones.

Las diferencias en variabilidad cardíaca, como indicador de flexibilidad autónoma, se asocia con el uso de de estrategias adaptativas de regulación y afrontamiento (Appelhans y Luecken, 2006). Los individuos con mayor habilidad de RE han mostrado unos niveles más elevados de variabilidad en reposo. Además, durante el desempeño exitoso de tareas de RE la variabilidad se incrementa (Thayer, Åhs, Fredrikson, Sollers y Wager, 2012).En cambio, una reducida variabilidad se asocia con desregulación emocional, un procesamiento atencional rígido de amenaza y psicopatología depresiva y de ansiedad. Los datos sugieren la posibilidad de que una flexibilidad autonómica disminuida pueda constituir un factor causal subyacente a los trastornos emocionales (Appelham y Luecken, 2006; Fonfría et al., 2011).

2.6.3. Relación entre autoinformes y resultados experimentales

Memedovic, Grisham, Denson y Moulds (2010) examinaron el efecto de rasgo de reevaluación y supresión sobre la respuesta emocional subjetiva y la presión arterial durante provocación de ira mediante insultos. Los participantes con rasgo de reevaluación elevado mostraron una ira y una tensión arterial atenuadas en respuesta a la inducción, incluso cuando se controló el efecto de las diferencias individuales en emocionalidad negativa. El rasgo de supresión no predijo el resultado de los participantes. En otro estudio de la influencia de rasgos de RE sobre la respuesta a la inducción de ira, Mauss, Cook, Cheng y Gross (2007b) compararon en el laboratorio la respuesta emocional de personas con elevada y baja reevaluación cognitiva según la puntuación en esa subescala del ERQ. Los participantes altamente reevaluadores se caracterizaron por menor experiencia de ira, menos emoción negativa y más emoción positiva. Asimismo, se obtuvo una respuesta cardiovascular más adaptativa (mayor gasto cardíaco y contractibilidad ventricular junto con menor resistencia periférica global).

Sin embargo, algunos estudios han presentado resultados sorprendentes en la relación entre estrategias habituales y resultados experimentales. Marino et al. (2014) afirman que el uso autoinformado de reevaluación como estrategia de RE habitual no se corresponde con una mayor habilidad efectiva para regular a la baja emociones negativas (componente subjetivo) siguiendo instrucciones experimentales. En su estudio experimental de comparación de las estrategias de reevaluación y aceptación, Wolgast, et al. (2011) encontraron que, en contra de su hipótesis, las diferencias individuales en reevaluación, medida con el ERQ, y en evitación experiencial (baja aceptación) no interaccionaban con las instrucciones experimentales. La relación esperada entre uso habitual de estrategias y reacción emocional sólo apareció en el grupo control de visionado. Resultados similares respecto a la aceptación obtuvieron Shallcross, Troy, Boland y Mauss. (2010) quienes sugieren que las personas con alta tendencia a la aceptación experimentan menor emoción negativa en el contexto experimental de visionado de vídeos con carga emotiva negativa. Johnson, Gooding, Wood, Taylor y Tarrier (2011) encontraron que el alto uso de reevaluación (evaluado con ERQ) predecía

una mayor percepción de fracaso, tristeza y afectos negativos, en situaciones experimentales que podrían inducir a la persona al error en determinadas tareas conductuales. Estos autores proponen que las discrepancias entre los datos podrían explicarse por un problema en el instrumento utilizado, sugieren que el ERQ podría estar evaluando rumiación, en lugar de reevaluación.

2.6.4. Revisiones de resultados

Gross (2014) resume los resultados de los estudios sobre la RE mediante supresión y reevaluación, clasificando por áreas (afectiva, cognitiva y socialmente) y según tipos de estudios (experimentales y correlacionales).

Tabla 6. Resumen de resultados de comparación de supresión y reevaluación (Gross, 2014).

AFECTIVAMENTE:

| | SUPRESIÓN | REVALUACIÓN |
|---------------|---|---|
| Experimental | Disminuye la experiencia de emoción positiva pero no de emoción negativa. Aumenta las respuestas del sistema nervioso simpático Mayor activación en regiones cerebrales generadoras de emociones como la amígdala | Disminuye la experiencia de emoción negativa e incrementa la experiencia de emoción positiva. No tiene impacto o incluso decrece las respuestas del sistema nervioso simpático. Menor activación en regiones cerebrales generadoras de emociones como la amígdala y el estriado ventral |
| Correlacional | Menos experiencia de emoción positiva y más emoción negativa, incluyendo dolorosos sentimientos de inautenticidad y síntomas depresivos. | Experimenta y expresa más emoción positiva y menos emoción negativa, incluyendo menos síntomas depresivos Menor activación en regiones relacionadas con la emoción como la amígdala. |

COGNITIVAMENTE:

| | SUPRESIÓN | REVALUACIÓN |
|---------------|--|--|
| Experimental | Peor memoria | No tiene impacto o mejora la memoria |
| Correlacional | Peor memoria para interacciones emocionales. | Memoria comparable o incluso aumentada |

SOCIALMENTE:

| | SUPRESIÓN | REVALUACIÓN |
|---------------|---|---|
| Experimental | Menor agrado por parte de compañero de interacción y aumento de tensión arterial del interlocutor. | Consecuencias adversas sobre afiliación social |
| Correlacional | Evitación de relaciones cercanas menos relaciones positivas con otros. Pares reportan relaciones menos emocionalmente cercanas. | Mayor probabilidad de compartir emociones y relaciones más cercanas con amigos. Pares reportar mayor agrado. |

Webb et al. (2012) realizaron una revisión de la efectividad de las estrategias derivadas del modelo de proceso de RE. Para ello realizaron un metaanálisis de 190 estudios con un total de 306 pruebas estadísticas. La revisión metaanalítica fue comprehensiva incorporando todas las categorías de la clasificación que elaboraron a tal efecto. Exploraron la significatividad y el tamaño del efecto de cada tipo de RE sobre los diferentes tipos de respuesta emocional: experiencial, conductual, fisiológica y global. Respecto a la comparación entre los procesos que agrupan a las estrategias, los autores concluyen que los procesos de cambio cognitivo (estrategias que implican reevaluación) tiene un tamaño del efecto de pequeño a medio ($d_+ = 0.36$) sobre las respuestas emocionales. Este resultado es significativamente mayor que las estrategias englobadas en los otros dos procesos: el despliegue atencional no mostró un efecto significativo ($d_+ = 0.00$) y el tamaño del efecto de la modulación de la respuesta fue pequeño ($d_+ = 0.16$).

En cuanto a las conclusiones respecto a la comparación entre estrategias específicas, el resultado cero del despliegue atencional parece explicarse mejor cuando se comparan los subtipos de RE de la atención. La concentración y la distracción son dos estrategias divergentes y con resultados contrarios: la concentración tiene un efecto negativo mientras que la distracción tiene un efecto positivo. Dentro de la concentración, la focalización en las causas e implicaciones ($d_+ = -0.37$) tiene efectos aún más negativos que la focalización en los sentimientos ($d_+ = -0.15$). En cuanto a los subtipos de distracción, la distracción activa (dar la instrucción de centrarse en algo no relacionado con los estímulos emocionales) tiene un efecto mayor ($d_+ = 0.47$ positiva y $d_+ = 0.38$ neutral) que la distracción pasiva (ofrecer a los participantes materiales o tareas distractores sin indicarles la estrategia) ($d_+ = 0.18$ positiva y $d_+ = 0.23$ neutral).

Dentro de la categoría de cambio cognitivo, la reevaluación de estímulos emocionales o la toma de perspectiva fueron las que mostraron un tamaño del efecto mayor ($d_+ = 0.36$ y $d_+ = 0.45$ respectivamente) y las diferencias de la primera con la estrategia de reevaluación de la respuesta emocional ($d_+ = 0.23$) fueron estadísticamente significativas.

Los distintos tipos de modulación de la respuesta también presentaron resultados diversos. En el conjunto de todos los tipos de respuesta emocional, la supresión de la expresión fue efectiva ($d_+ = 0.32$) mientras que no lo fueron ni la supresión de la experiencia ($d_+ = -0.04$) ni la de los pensamientos ($d_+ = -0.12$). Tal como postula el modelo procesual, los efectos de supresión de la expresión se debieron a los efectos sobre las medidas de respuesta conductual ($d_+ = 0.97$), los efectos sobre la experiencia emocional fueron muy pequeños ($d_+ = 0.10$) y sobre las respuestas fisiológicas negativas ($d_+ = -0.22$). En definitiva, las estrategias específicas que mostraron una mayor eficacia fueron reevaluación de los estímulos emocionales, toma de perspectiva y distracción activa. Webb et al. (2012) también revisaron los factores estudiados como posibles moderadores de la efectividad de las instrucciones de RE, con los resultados que se muestran en la siguiente tabla. Los autores destacan, respecto a la emoción focal, que el tamaño del efecto tiende a ser mayor cuando la emoción a regular es positiva frente a emoción neutral o negativa.

Tabla 7. Moderadores de la efectividad de las instrucciones de RE (Webb et al., 2012).

| Moderadores | Coef. de regresión | Error estándar |
|--|---------------------------|-----------------------|
| Factores relacionados con la emoción a ser regulada | | |
| Naturaleza de la emoción focal (ausente, presente) | | |
| Cualquier tipo de emoción negativa | -.063 | .064 |
| Cualquier tipo de emoción positiva | .287** | .106 |
| Enfado | -.137 | .086 |
| Ansiedad | -.069 | .075 |
| Tristeza | .222** | .077 |
| Asco | .037 | .087 |
| Diversión | .501*** | .138 |
| Presencia de inducción de emoción (ausente, presente) | .174* | .083 |
| Métodos de inducción de emociones (ausente, presente) | | |
| Imágenes | .250*** | .077 |
| Vídeo | .123* | .053 |
| Verbal o escritura | .036 | .104 |
| Experiencia pasada o pensamiento de relevancia personal | -.088 | .064 |
| Retroalimentación de fallos | -.242** | .084 |
| Tareas estresantes | -.088 | .108 |
| Especificidad de la inducción de emoción (general, emoción específica) | .075 | .051 |
| Temporalidad de las instrucciones (antes de la inducción, después de la inducción) | -.039 | .058 |
| Factores relativos a la estrategia de regulación | | |
| Estrategias empleadas para regular hedónicamente (no, sí) | -.436*** | .106 |
| Número de intentos de regulación (rango 1-72) | .006* | .003 |
| Factores del diseño | | |
| Naturaleza de la condición de comparación (ausente, presente) | | |
| Instrucciones experimentales alternativas | .042 | .056 |
| No instrucciones | -.159** | .050 |
| Instrucciones de no regular de una manera específica | -.226* | .105 |
| Instrucciones de incrementar emociones | .092 | .101 |
| Instrucciones de experimentar las emociones naturalmente | .348*** | .075 |
| Control mixto | .075 | .277 |
| Diseño (intra-participantes, entre-participantes) | -.225*** | .067 |
| Participantes informados de que eran observados (no, sí) | .130* | .057 |
| Características del estudio | | |
| Porcentaje de mujeres participantes (rango 0%-100%) | .004** | .001 |
| Edad de los participantes (rango 8-81 años) | .002 | .004 |

Nota. Cuando una variable es codificada como “ausente, presente”, ausente fue codificada como 0 y presente fue codificada como 1, por tanto, un coeficiente de regresión positivo indica que los estudios en que la variable está presente tuvo mayores tamaño del efecto, y coeficientes de regresión negativo indican que los estudios en que esa variable estaba presente tuvieron menores tamaños del efecto.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Los estudios que incluyen la inducción de una emoción exhiben mayores efectos de las estrategias de RE que aquellos que no lo incluyen. El tipo de inducción que se regulan en mayor medida son las imágenes y los vídeos, y los participantes son menos capaces de regular inducciones personalmente más relevantes como, por ejemplo, feedback de errores. La temporización de las instrucciones no influye en los tamaños del efecto. En cuanto a los factores relativos a la estrategia de regulación, los tamaños del efecto tienden a ser mayores cuando los participantes regularon contrahedónicamente comparado con hedónicamente.

Por lo que respecta a los aspectos de diseño de los estudios, tres tipos de condiciones de comparación influyeron sobre el tamaño del efecto. Las estrategias de RE tuvieron unos efectos menores cuando se compararon con una condición sin instrucciones o con la instrucción de no regular de ninguna manera específica y, por el contrario, tuvieron efectos mayores cuando se compararon con instrucciones de experimentar las emociones naturalmente. Los estudios que usaron diseños intra-participantes encontraron efectos mayores que los estudios que adoptaron diseños entre-participantes. Las estrategias de RE también tuvieron mayor tamaño del efecto cuando los participantes fueron informados de que iban a ser observados. Finalmente, la característica de la muestra que se mostró relevante fue el sexo. Los estudios con mayor proporción de mujeres exhibieron mayores efectos que los que tenían muestras con más hombres. La edad no influyó en el tamaño del efecto.

Koole (2009), en su revisión, afirma que la hipótesis de que las estrategias cognitivas son más efectivas que las estrategias corporales de RE ha tenido sólo un soporte parcial. Se puede ver su clasificación en el apartado de taxonomías de estrategias de RE. De acuerdo con este autor, en el dominio de la RE dirigida a metas la reevaluación, representante de las estrategias cognitivas, se muestra más efectiva que las estrategias corporales como la supresión, la exageración o la ventilación. Sin embargo, el panorama es diferente con respecto a la RE orientada a necesidades y orientada a la persona. En el ámbito de estas dos funciones no se da la ventaja de las estrategias cognitivas.

2.7. REGULACIÓN EMOCIONAL CONTEXTUALIZADA

A pesar de que las diferentes estrategias de RE tienen consecuencias diferentes, ninguna estrategia particular es consistentemente beneficiosa o desadaptativa. Bonanno y Burton (2013) denominan a esa premisa errónea la falacia de la eficacia uniforme.

En este punto son relevantes postulados de las teorías funcionalistas de las emociones (Gross y Thompson, 2007):

- Las alternativas de respuesta adaptativas pueden variar en diferentes situaciones. Por tanto, la respuesta no es adaptativa ni desadaptativa per se sino en relación con su contexto inmediato.
- Para evaluar las diferencias individuales en capacidades de RE debería incluirse la consideración de los contextos en los que las emociones son expresadas y las potenciales consecuencias adaptativas de esas emociones.
- Los valores culturales son significativos para determinar qué constituye “alternativas de respuesta adaptativas” de expresión emocional para una persona con unas características determinadas, p.ej. la edad.

Al igual que ocurrió con el campo de las emociones, en el ámbito de la RE, como afirma Sheppes (2014), nos encontramos en una segunda generación de estudios que, a diferencia de la primera, tiene en cuenta que las estrategias de RE tienen diferentes consecuencias en diferentes contextos. Es necesario considerar las demandas de la situación y los objetivos del individuo cuando se evalúa la adecuación de la RE, dado que ésta sólo puede ser evaluada dentro de un contexto específico. Desde el modelo procesual extendido, se postula la sensibilidad contextual como una característica de la RE. Así, las interacciones entre sistemas de valoración que constituyen la RE son altamente sensibles a la evolución del contexto en que operan. La RE según el modelo extendido se ve influido por las interacciones interpersonales y otros aspectos del ambiente que se despliegan dinámicamente. Se entiende que las acciones que se toman en contextos particulares sirven a objetivos contextualmente definidos. Por tanto, una estrategia de RE no es beneficiosa o dañina independientemente del contexto en el que se despliega. El valor adaptativo de las diferentes opciones conductuales es ponderado

por el sistema de valoración en función de las oportunidades situacionales y los objetivos individuales (Gross, 2015b; Uusberg et al., 2019).

El perfil de resultados que es mejor en un caso particular dependerá de los detalles de la persona, la situación y los objetivos que la persona tiene en esa situación (Gross, 2015a) y de las influencias socio-culturales sobre la RE (Mesquita y Albert, 2007).

Doré et al. (2016) proponen un marco contextual para estudiar qué estrategias son más beneficiosas para una persona concreta, en una situación dada. Parten de considerar la RE como una interacción de persona, situación y estrategia, y ejemplifican algunos factores de cada ámbito:

- Persona: edad; género; genética; personalidad; cultura; consciencia emocional y conocimiento y motivación regulatorios.
- Situación: valencia; intensidad; modificabilidad; contexto social; frecuencia de recurrencia y evento pasado, presente o futuro.
- Estrategia: etapa de la generación de la emoción a regular; implícita o explícita; demanda cognitiva y social o personalmente guiada, motivada e implementada.

Variables individuales

Aldao y Tull (2015) organizan los conocimientos sobre las características del individuo regulador relevantes en las siguientes categorías: etapa evolutiva, cultura y salud mental. Respecto a la etapa evolutiva, Doré et al. (2016) concluyen que en el paso de la infancia a la adolescencia y edad adulta, aumenta la consciencia meta-cognitiva de estrategias regulatorias, la tendencia a usar estrategias cognitivas y la capacidad regulatoria cognitiva. En cuanto a la evolución desde juventud hasta la edad avanzada recogen un declive de las regiones prefrontales y de las habilidades cognitivas asociadas con ellas; un aumento de la tendencia a emplear la distracción para regular emociones negativas; un incremento de tendencia a reevaluar y un descenso de la habilidad para reevaluar emociones negativas, pero un aumento de la habilidad para promover emociones positivas con reevaluación.

Brockman, Ciarrochi, Parker yKashdan (2017) recogieron datos diarios de una gran muestra para conocer la influencia sobre el estado emocional del uso de mindfulness, reevaluación y supresión. Los autores destacan que sus análisis pormenorizados muestran una gran variabilidad en la utilidad de las estrategias. La reevaluación no se relacionaba con una disminución del afecto negativo en la mitad de la muestra. La funcionalidad de la reevaluación dependía de la edad. Un uso más frecuente de reevaluación se relacionaba con más afecto negativo en la adolescencia, pero se asociaba con disminución del mismo en personas de mayor edad.

El género no parece influir en la efectividad de la reevaluación. Sin embargo, en resonancias magnéticas funcionales, se observan patrones diferentes, en función del género, en los patrones cerebrales de activación durante la RE mediante reevaluación (McRae, Ochsner, Mauss, Gabrieli y Gross, 2008). Respecto a la expresión emocional, variables individuales y sociales influyen en la utilidad de la expresión emocional o supresión de la misma (Consedine, Magai y Bonanno, 2002).Las personas con prejuicios experimentan una emoción más positiva bajo la instrucción de supresión cuando se encuentran ante estímulos estereotipados (Burns, Isbell y Tyler, 2008).Cuando se comparan personas de países con valores culturales diferentes, varía no sólo la frecuencia de empleo de supresión y reevaluación sino también la correlación entre ambas escalas (Matsumoto, Yoo y Nakagawa, 2008). Los valores biculturales euro-asiáticos hacen menos evidentes las consecuencias negativas de la supresión (Gross, 2015a).

Variables situacionales

Los beneficios de la reevaluación parecen estar moderados por el contexto. Por ejemplo, es menos adaptativo aplicar la reevaluación a estresores que pueden ser controlados, que hacerlo a estresores incontrolables. La reevaluación también puede ser desadaptativa cuando se emplea de manera que lleva a aumentar el riesgo que se asume, y decrece la sensibilidad a la probabilidad y magnitud de pérdidas potenciales (Gross, 2015a). Haines et al. (2016) probaron esta hipótesis en un estudio con registro ecológico. El mayor grado de bienestar se encontró en los participantes con una tendencia a utilizar la reevaluación en mayor medida en situaciones relativamente

incontrolables, y menos en contextos relativamente controlables. Así pues, puede ser desadaptativo cambiar una composición de lugar ajustada a la situación que compromete objetivos importantes, y en cambio puede ser mucho mejor esforzarse en cambiar la situación que reevaluar. En tal caso, dado el valor funcional de las emociones, la reevaluación impediría aprovechar una tendencia de respuesta que ayudaría a coordinar una respuesta adaptativa a la situación (Gross, 2002).

2.7.1. Flexibilidad regulatoria

Al igual que es desadaptativa una tendencia de respuesta emocional inflexible, también resulta inadecuado emplear un tipo de regulación de manera rígida e inflexible sin adaptarse a las demandas situacionales. Los investigadores han constatado que las distintas estrategias de RE tienen sus propias relaciones costes-beneficios que las hacen más indicadas en función de determinadas características del estado afectivo, del individuo y del contexto (Gross et al., 2019). Dado que ninguna estrategia es “la mejor” en términos absolutos y la RE habilidosa implica combinaciones y secuencias de esfuerzos regulatorios, las personas maximizarán su bienestar y sus probabilidades de éxito en la consecución de sus propios objetivos ideográficos si ajustan dinámicamente las estrategias de RE que emplean a través de las situaciones (Gross, 2015; Quidbacht al., 2010). Lo que parece esencial es poseer una rica paleta de opciones de respuesta regulatorias emocionales que puede ser empleada de manera flexible, con una clara apreciación de los costes y beneficios relativos de usar cada estrategia de regulación en una situación particular (Gross, 2002).

Así pues, la RE adaptativa implica flexibilidad en la selección de estrategias de regulación de manera que se pueda responder a las diferentes demandas situacionales (Aldao y Tull, 2015; Birk y Bonanno, 2016; Gratz y Roemer, 2004; Mennin y Farach, 2007; Sheppes, 2014; Sheppes y Levin, 2013; Sheppes, Scheibe, Suri y Gross, 2012; Troy, Shallcross y Mauss, 2013). Además de la selección flexible, dos aspectos más parecen claves en la RE inteligente: la prontitud para modular las emociones en el punto de su generación más incipiente posible y la flexibilidad para regular las emociones sólo

lo necesario (Peña-Sarrionandia et al., 2015). A este respecto, Tull y Aldao (2015) recuerdan que en ciertas situaciones una estrategia adaptativa de RE puede ser la que facilite o no interfiera con la experiencia natural, la expresión o la resolución de una emoción.

Fresco, Mennin, Heimberg y Ritter (2013), congruentemente con el modelo temporal de Gross, consideran que la RE óptima ha de iniciarse con el empleo de capacidades menos elaboradas en primer lugar, seguida por capacidades de creciente elaboración si es necesario. La elaboración hace referencia a la mediación verbal requerida. Así, primero se recurriría a la flexibilidad atencional y sólo si esto no fuese suficiente habría que emplear estrategias más elaboradas que incluirían aceptación y tolerancia, distanciamiento y descentramiento metacognitivo y cambio cognitivo. Shallcross, Troy y Mauss (2015), por su parte, defienden que, ante acontecimientos estresantes, la mejor opción para la resiliencia no es optar entre la aceptación o la reevaluación sino combinar ambas empezando por la aceptación. De esta manera la aceptación aumentaría las probabilidades de éxito de la reevaluación.

Bonanno y Burton (2013), en su artículo de revisión, enfatizan su visión de la flexibilidad regulatoria como diferencia individual y proponen un modelo con tres componentes secuenciales de dicho constructo: sensibilidad contextual, repertorio y respuesta al feedback. Siguiendo su modelo, los mismos autores han desarrollado una escala (*Flexible Regulation of Emotional Expression*, FREE) que mide la habilidad percibida de la persona para exagerar o suprimir la emoción expresada a través de una serie de contextos hipotéticos. La puntuación en la escala predecía el rendimiento de los participantes en tareas de laboratorio (Bonanno y Burton, 2015). En línea con la idea de flexibilidad, cuando se aplica la escala FREE a población general se observa que la habilidad de supresión se asocia negativamente con síntomas de depresión y ansiedad. Por otra parte, la habilidad de exagerar predice la satisfacción con la vida, pero sólo cuando la habilidad de supresión es también elevada (Chen, Chen y Bonanno, 2018).

Por otra parte, estudiando la variabilidad de la tasa cardíaca, en concreto la arritmia sinusal respiratoria (RSA), como indicador de flexibilidad regulatoria, se

comprobó el que el rasgo de supresión de pensamientos negativos mediaba los efectos de la rumiación frente a la distracción. Entre los supresores, la rumiación aumentaba su flexibilidad, mientras que entre los no supresores el efecto era el contrario (McGreevy, Bonanno y D'Andrea, 2015).

En un estudio longitudinal con estudiantes, Bonanno, Papa, Lalande, Westphal y Coifman (2004) habían demostrado que la flexibilidad en función de las demandas contextuales, en vez de una determinada estrategia, predecía la evolución del distrés. La flexibilidad entendida como capacidad de exagerar y suprimir las emociones en una tarea de laboratorio con imágenes según las instrucciones experimentales predijo (negativamente) el distrés dos cursos después. Completando este estudio, Westphal, Seivert y Bonanno (2010) demostraron que la habilidad de la flexibilidad expresiva es estable tras tres años y actúa como factor protector frente al estrés. La flexibilidad expresiva es limitada entre personas viudas en duelo (Gupta y Bonanno, 2011).

Una elección de estrategias de RE rígida y desadaptativa puede estar relacionada con varias formas de psicopatología (Sheppes, 2014). Levin et al. (2014) consideran que la inflexibilidad es un proceso transdiagnóstico ya que, en una muestra de universitarios, encontraron que esa variable se relacionaba con trastornos de ansiedad y depresivos actuales y a lo largo de la vida. Los participantes con comorbilidad entre trastornos de ansiedad y depresivos eran aún más inflexibles. Asimismo, la inflexibilidad se relacionaba con trastornos por uso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria. Levy-Gigi et al. (2015) demostraron la función protectora de la flexibilidad en la elección de estrategias de RE; dado que media la relación entre la exposición traumática repetida y los síntomas de estrés postraumático. Se eligió una muestra de bomberos y se operativizó la flexibilidad como la capacidad de pasar a distracción ante imágenes de alta intensidad emocional y elegir reevaluación ante imágenes de baja intensidad emocional. Como predecían, encontraron una relación positiva significativa entre exposición traumática en el desempeño de su trabajo y síntomas postraumáticos en individuos con baja flexibilidad regulatoria. En cambio, no había relación entre exposición y síntomas en individuos con elevada flexibilidad. Sin embargo, en contra de lo hipotetizado, en un estudio con universitarios, la flexibilidad

no predijo el nivel de salud mental (Schmitt, 2018). En un modelo sobre la RE saludable alternativo al de flexibilidad, se enfatiza (además del repertorio amplio de estrategias adaptativas) los beneficios de la persistencia en una estrategia de RE a pesar de que inicialmente no esté consiguiendo cambiar la emoción objetivo. Sus datos indican que la persistencia se relaciona positivamente con responsabilidad, y negativamente con neuroticismo y síntomas de TLP y depresivos (Southward, Altenburger, Moss, Cregg y Cheavens, 2018).

En el mismo sentido, Koole y Aldao (2016) defienden que la RE orientada a la persona puede evitar que las personas se vean atrapadas en estados motivacionales-emocionales específicos que responden únicamente a las demandas de la situación. La flexibilidad contextual se contrabalancearía así con la promoción de una coherencia global en el funcionamiento de la personalidad y el crecimiento personal.

2.7.2. Selección de estrategias

La selección de determinadas estrategias de RE frente a otros depende de factores específicos del contexto, como el tipo e intensidad de la emoción que hay que regular. Por ejemplo, la gente prefiere estrategias complejas como la reevaluación sobre la distracción cuando la intensidad de la emoción es baja, pero prefiere distracción a reevaluación cuando la intensidad de la emoción es alta, quizás porque a altos niveles de intensidad la reevaluación es menos efectiva (Gross, 2015a; Sheppes et al., 2011; Sheppes, Scheibe, Suri, Radu, Blechert y Gross, 2014).

El marco teórico del grupo de Sheppes que recoge los determinantes y mecanismos que guían la selección de estrategias parten de la idea de que, debido a la limitación de la capacidad cognitiva, se produce una competición constante entre los procesos de generación y regulación de las emociones para dominar sobre la conducta. La RE implica reclutar mecanismos de control ejecutivo deliberado que tratan de modificar la naturaleza del procesamiento en dos etapas cognitivas principales: selección atencional temprana y etapas posteriores de significado semántico (Sheppes y Levin, 2013).

2.7.2.1. Revisión del modelo procesual: hipótesis temporal específica al proceso

En un desarrollo del modelo procesual, Sheppes y Gross (2011) introducen una nueva hipótesis respecto a la relación entre la intensidad de la emoción negativa incipiente y la efectividad diferencial de las estrategias en función de la etapa del proceso generativo sobre la que inciden. Previamente se entendía que la RE se ejecutaba más fácil y efectivamente a niveles bajos que a niveles altos de intensidad emocional. Estos autores denominan a esta propuesta como la hipótesis temporal genérica. Los autores pretenden refinar estos postulados. En primer lugar, distinguen, dentro de las estrategias centradas en los antecedentes, las que operan en una etapa inicial (*estrategias de selección temprana*) con la distracción como representante y las estrategias que operan en una etapa posterior (*estrategias de selección tardía*) con la reevaluación como representante.

La información emocional entrante se puede regular en una etapa temprana de procesamiento, la de selección de atención, haciendo una desconexión de esa información antes de que se realice un procesamiento detallado en la memoria de trabajo. Una estrategia clásica de selección temprana es la distracción. El compromiso con la información emocional entrante que pasa la etapa de selección de atención temprana, todavía se puede regular en una etapa tardía de procesamiento de significado semántico antes de que determine el comportamiento. Una estrategia clásica de regulación tardía es la reevaluación. En la reevaluación, la evaluación emocional original funciona como la base de la reinterpretación, y como tal, ambas son semánticamente dependientes y están en conflicto directo.

Los autores hipotetizan que cuanto más tarde ocurre el proceso de RE más probablemente se verá afectado por el nivel de intensidad emocional. De este modo, las estrategias tempranas deberían estar relativamente inafectadas por el nivel de intensidad emocional porque reemplazan la información entrante con un mínimo esfuerzo. En cambio, las estrategias de selección tardías estarían afectadas por el nivel de intensidad emocional porque requieren un esfuerzo para modificar la información existente y entrante.

Esto sería así debido a que podría producirse un conflicto semántico en que el proceso generativo y el proceso de RE competirían entre sí. La distracción prevendría que el significado afectivo de un estímulo fuese procesado al bloquearlo por medio de un potente filtro temprano de selección. En cambio, la reevaluación aplica un análisis semántico tardío que requeriría más recursos cognitivos cuanto mayor fuese la intensidad emocional.

La hipótesis temporal específica al proceso predice también que los factores que fortalecen la selección tardía, que se produce con la reevaluación, moderarán los efectos de la alta intensidad emocional. Por ejemplo, se espera que la reevaluación tenga más potencia si se aplica prolongadamente (pero no tanto tiempo como para producir fatiga).

De acuerdo con este marco conceptual, las características subyacentes de la distracción y la reevaluación dan como resultado un balance diferencial entre costo y beneficio en los ámbitos emocional, cognitivo y emocional. Específicamente, el bloqueo emocional de la información afectiva antes de que recoja la fuerza mediante la distracción puede modular la información de alta intensidad con más éxito, en comparación con la reevaluación. Cognitivamente, el proceso de generación en la distracción es más simple que generar reevaluaciones, donde las reinterpretaciones neutrales están en conflicto directo con las evaluaciones emocionales. Motivacionalmente, la distracción no permite que los eventos emocionales sean atendidos y provistos de una explicación adecuada, que sí provee la reevaluación y resulta beneficiosa en muchos eventos emocionales en los que la adaptación a largo plazo requiere procesamiento emocional (Sheppes y Levin, 2013). Así pues, la distracción aventaja a la reevaluación en beneficios emocionales y costes cognitivos. En cambio, motivacionalmente, la reevaluación es la que permite un procesamiento, evaluación y recuerdo de información emocional para objetivos a largo plazo y en pos de la adaptación (Sheppes, 2014). Las personas sanas son sensibles a los costes y beneficios asociados con la implementación de cada opción regulatoria bajo diferentes contextos (Sheppes, 2014).

Los extremos de esta teoría han recibido soporte empírico de estudios conductuales y eletrofisiológico (Sheppes, 2014). Con una serie de tres experimentos, Sheppes et al. (2011) estudiaron los determinantes emocionales, cognitivos y motivacionales de la elección entre distracción y reevaluación. Respecto a la intensidad de la emoción a regular, demostraron la tendencia a reevaluar estímulos de intensidad emocional relativamente baja y a distraerse de estímulos de alta intensidad. En cuanto al aspecto cognitivo, sus resultados mostraron que facilitando la generación de estrategias de RE con descripciones de las mismas, se reduce la complejidad de la reevaluación y se aumenta la preferencia por esta estrategia. Los determinantes motivacionales se reflejaron en el incremento de la selección de la reevaluación cuando se activaron objetivos a largo plazo, refiriéndose a la expectativa de tener que volver a exponerse al estímulo sin aplicar estrategias de RE. En el mismo artículo, Sheppes et al. (2011) presentaron otros tres estudios que demostraron que la selección de estrategias se basa en un balance deliberado de las consecuencias de ambas estrategias.

Con otros estudios experimentales, Sheppes et al. (2014), además de confirmar la influencia de la intensidad de la emoción a regular, investigaron factores cognitivos y motivacionales de la selección del tipo de RE y comprobaron que la activación de objetivos a largo plazo promueve la reevaluación. En un estudio de laboratorio del grupo de Sheppesse realizaron registros electroencefalográficos tanto en la implementación durante la exposición a imágenes como en la anticipación del visionado. Frente a imágenes de alta intensidad (no baja), la distracción, respecto a la reevaluación, resulta en una mayor modulación de la experiencia negativa, procesamiento neuronal menor, con evidencias sugestivas de menor esfuerzo cognitivo. La anticipación de la regulación de estímulos de alta intensidad resultó, como en estudios previos, en una preferencia por la distracción. En cambio, a la espera de estímulos de baja intensidad se prefiere la reevaluación. Cuando se esperan estímulos intensos se producen manifestaciones neuronales de preimplementación de RE anticipatoria aumentada en la condición de reevaluación (la estrategia no preferida). Lo cual es congruente con la hipótesis de la mayor demanda cognitiva de la reevaluación (Shafir, Schwartz, Blechert, y Sheppes, 2015).

Birk y Bonanno (2016) publicaron los resultados de dos estudios que, además de confirmar la preferencia por la distracción frente a la reevaluación ante emociones negativas intensas, demostraban que la sensibilidad a la retroalimentación interna y el cambio frecuente de estrategia predecía el bienestar. La decisión de mantener o cambiar de estrategia dependería en parte de señales corporales, pero dicha guía sería más importante en el cambio de reevaluación a distracción que a la inversa. Suri, Whittaker y Gross (2015), en cambio, en un estudio de laboratorio no encontraron influencia de la intensidad de las imágenes en la elección entre reevaluación o distracción. Contrariamente a lo esperado por los autores, los participantes optaron por reevaluar sólo en una pequeña fracción de los ensayos. Tampoco influyó significativamente ayudar con guías a la reinterpretación. Sólo aumentó la reevaluación cuando el visionado sin RE dejó de ser la opción por defecto.

Otra variable importante para la elección de la reevaluación es la dificultad percibida por el individuo en función de las posibilidades de reevaluación que cree que le ofrece la situación (Suri et al., 2018). La distracción puede ser más efectiva que la reevaluación si el tiempo disponible para reevaluar está severamente limitado. Reevaluar, requiere más tiempo para generar posibles evaluaciones alternativas, seleccionar entre ellas, implementar la reevaluación seleccionada y evaluar el resultado (McRae, 2016). McRae (2016) concluye respecto la relación entre las características de la emoción y la elección entre reevaluación y distracción, que la RE óptima a veces implica dos pasos. Cuando el tiempo es escaso, o una emoción es de alta intensidad, la distracción puede ser una estrategia mejor a corto plazo para disminuir la emoción negativa. Después, cuando la persona tiene más tiempo y más recursos cognitivos a su disposición, o la intensidad inicial de una experiencia ha disminuido, la reevaluación puede ser una buena elección para asegurar efectos duraderos de una RE a la baja duradera.

Bigman, Sheppes y Tamir (2017) descubrieron que, contrariamente a lo que pudiera parecer, disponer de más de una opción de estrategia de regulación de emociones negativas, tiene como resultado menor eficacia regulatoria que si se da una sola alternativa. La finalidad de la RE también guía la selección de estrategias, cuando

las personas están motivadas a disminuir la intensidad emocional, tienden a seleccionar estrategias como la distracción mientras que si la meta es incrementar la intensidad emocional tienden a seleccionar estrategias apropiadas para ello como la rumiación (Millgram, Sheppes, Kalokerinos, Kuppens, y Tamir, 2019).

2.7.2.2. Selección de estrategias en situaciones reales

English, Lee, John y Gross (2017) estudian la influencia de factores contextuales y motivacionales sobre la elección entre distracción, reevaluación y supresión en la vida cotidiana. Sus resultados indican que la distracción y la reevaluación se emplearon más por motivos hedónicos, aunque también se usaron por objetivos instrumentales, como realizar el trabajo. La supresión se empleaba con mayor probabilidad para una regulación contra-hedónica, con objetivos instrumentales, especialmente interpersonales (por ejemplo, evitar conflictos) y se asocia a aspectos sociales del contexto: se empleaba más cuando estaban presentes otras personas, especialmente poco conocidas. En adolescentes, una investigación de la RE diaria recogió que la aceptación fue la estrategia más empleada, seguida por la solución de problemas, la rumiación, la distracción, el apoyo social, la evitación, la supresión y la reevaluación. El uso de todas las estrategias aumentaba con la negatividad del suceso, excepto la aceptación que decrecía y la reevaluación que no se asociaba con la intensidad. La intensidad también hacía más probable la combinación de varias estrategias. Respecto a la eficacia reguladora, la solución de problemas, la reevaluación y la aceptación fueron más exitosas que la rumiación. Además, el uso de la rumiación y la búsqueda de apoyo social se asociaban con síntomas depresivos (Lennarz et al., 2018).

En otra investigación del uso de estrategias en la vida cotidiana se exploró la dinámica temporal en episodios emocionales. La supresión y la rumiación ocurrieron más al principio del episodio. Hacia el final del episodio se usaron la reevaluación y la distracción. En cuanto a la relación entre la selección de estrategia y la intensidad de la emoción, se encontró una asociación negativa con el uso de reevaluación y distracción y una asociación positiva con el uso de rumiación. La asociación entre el uso de reevaluación negativa e intensidad emocional fue menos fuerte al final del episodio que al principio del mismo (Kalokerinos, Résibois, Verduyn y Kuppens, 2017).

La primera evaluación que realiza el individuo de la situación estresante puede guiar la selección del tipo de RE cognitiva posterior. En un estudio fueron predictoras

de la estrategia empleada en situaciones reales casi todas las subescalas de la Cognitive Appraisal Rating Scale: amenaza, centralidad, controlabilidad, compromiso, injusticia y expectativa (Sakakibara y Endo, 2016).

Otra variable contextual importante puede ser la percepción de apoyo social (Gross, 2015a). En un estudio con parejas estables, se comprobó que la RE interpersonal (cuando elige la estrategia el otro miembro de la pareja) era más efectiva para reducir el estrés que la RE intrapersonal. La RE interpersonal era más efectiva a mayor habilidad para comprender el punto de vista de la pareja (Levy-Gigi, E. y Shamay-Tsoory, 2017).

2.7.2.3. Diferencias individuales en la selección de estrategias

Otro tipo de factores que gobiernan la selección de estrategias se derivan de diferencias individuales estables a través de situaciones. Por ejemplo, la edad se asocia con una RE más efectiva. En una revisión, Urry y Gross, (2010) apuntan que las personas de edad avanzada aventajan a las jóvenes en efectividad de la selección situacional y de la reevaluación positiva y emplean la supresión menos frecuentemente. Con la edad aumenta la preferencia por la distracción frente a la reevaluación. Además, en personas de edad avanzada, y no en jóvenes, la preferencia relativa por la distracción predice un mayor bienestar emocional (Scheibe, Sheppes y Staudinger, 2015). En un estudio con participantes varones, la edad sólo influyó en la regulación de emociones positivas. Los hombres mayores se distraían menos ante dichos estímulos (Martins, Sheppes, Gross y Mather, 2016).

También son relevantes las creencias sobre la maleabilidad de las emociones (incremental beliefs) frente a inmutabilidad (entity beliefs). Las personas que tienen teorías emocionales que implican inmodificabilidad, tienen una menor autoeficacia respecto a la RE y usa menos la reevaluación cognitiva (Tamir, John, Srivastava y Gross, 2007). En una investigación experimental se comprobó la influencia causal de las creencias acerca de la maleabilidad de las emociones sobre la selección de las estrategias de la regulación de emociones provocadas por recuerdos personales. Los

participantes a los que se les proporcionaron datos para que vieran las emociones como fijas utilizaron en menor medida dos de las siete estrategias estudiadas: auto-inculpaación y toma de perspectiva. En cambio, el grupo al que se dio información que respaldaría la maleabilidad de las emociones recurrieron más a la aceptación (Kneeland, Nolen-Hoeksema, Dovidio, y Gruber, 2016). Mantener una visión maleable de las emociones se asocia con mayor motivación por la RE, esfuerzos de RE más activos, más centrados en los antecedentes, y menores niveles de distrés patológico (Kneeland, Dovidio, Joormann y Clark, 2016).

En un estudio experimental se manipuló el grado de autoeficacia proporcionando información falsa sobre los efectos de un fármaco placebo. Los participantes con la autoeficacia aumentada, a diferencia del grupo control, consiguieron una regulación más efectiva de sus reacciones emocionales a estímulos negativos (más emociones positivas y menos emociones negativas) (Bigman, Mauss, Gross y Tamir, 2016). Otros factores personales podrían estar también implicados en la elección de estrategias como la capacidad de la memoria de trabajo (Gross, 2014). Las elecciones regulatorias dependen también de la autoestima (Shafir, Gaurino, Lee y Sheppes, 2017). Las personas con baja autoestima, en una situación de espera de feedback tras un discurso, muestran una preferencia por la distracción frente a la reevaluación si perciben que su desempeño ha sido pobre. A los participantes con elevada autoestima les afecta menos la percepción de pobre desempeño en su elección de estrategia.

Las diferencias culturales podrían explicar la elección, con mayor probabilidad de la reevaluación de los indios frente a los estadounidenses para regular emociones inducidas por imágenes, especialmente las de mayor intensidad (Mehta, Young, Wicker, Barber y Suri, 2017). Incluso la ideología política condiciona la elección de la estrategia cuando se afrontan imágenes con contenido de víctimas de conflictos armados debido a la intensidad emocional diferencial que provocan (Pliskin, Halperin, Bar-tal y Sheppes, 2018).

2.8. DESREGULACIÓN EMOCIONAL

Frente a la regulación eficaz que se daría cuando se posee la capacidad de activar estrategias de regulación adaptativas y se usan de manera eficaz, se ha propuesto el concepto complementario de desregulación emocional. La desregulación podría ser enunciada como la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos (Hervás y Vázquez, 2003; Hervás y Vázquez, 2006).

La desregulación emocional, de acuerdo con Gross y Jazaieri (2014), hace referencia a patrones problemáticos de emoción debidos tanto a fallos en la RE como a RE desadaptativa (emotion misregulation). Se producen fallos en la regulación afectiva cuando la RE no se activa con éxito para contrarrestar una generación emocional desadaptativa. La emoción insana se debe a la RE desadaptativa cuando la regulación afectiva agrava la situación cambiando el afecto en una dirección desadaptativa (Gross et al., 2019). La regulación desadaptativa incluiría también conductas como el consumo de alcohol y otras sustancias, o de forma aún más evidente, las conductas autolesivas que podrían encajar en la definición aportada por Gross (1999) como estrategias de RE, ya que son realizadas con el objetivo de reducir la experiencia emocional negativa (Gratz, 2003). Ambas formas de desregulación emocional pueden aumentar el riesgo de padecer un trastorno mental y comprometer el bienestar psicológico (Gross et al., 2019).

En el ámbito clínico, algunos autores diferencian dos constructos vinculados con la deficiente RE: la desregulación emocional y los problemas en RE (Cicchetti et al., 1995). La desregulación emocional haría referencia a la implementación desadaptativa de estrategias de RE, permaneciendo intacta la habilidad para implementar dichas estrategias. El término problemas en RE, en cambio, haría referencia a la ausencia de, o los déficits en, estrategias regulatorias, estando la habilidad para implementar estrategias afectada. Otros autores, en cambio, no creen necesaria la distinción entre RE y desregulación (Bloch et al., 2010). Desde su punto de vista es más productivo adoptar la aproximación evolutiva y procesual que incorpora ambos componentes inherentes a la RE: adoptar el conjunto de aptitudes relevantes e implementar el conjunto de

aptitudes apropiadamente dependiendo del contexto. Consideran que el término desregulación supone una tendencia a patologizar la RE.

Desde las perspectivas que defienden el valor funcional de las emociones, se sugiere que las deficiencias en la capacidad para experimentar (y diferenciar) el rango completo de emociones y responder espontáneamente puede ser tan desadaptativo como las deficiencias en la habilidad de atenuar y modular emociones negativas intensas (Gratz y Roemer, 2004). Estos autores consideran que la RE implica una serie de habilidades: consciencia y comprensión de las emociones, aceptación de las mismas, habilidad para controlar conductas impulsivas y habilidad para usar estrategias de RE situacionalmente apropiadas flexiblemente para modular las respuestas emocionales como se desea para alcanzar las metas individuales y demandas situacionales. La relativa ausencia de alguna o todas estas habilidades implicaría la presencia de dificultades en RE, o desregulación emocional.

Los esfuerzos de control emocional potencialmente pueden tener efectos paradójicos desregulatorios. Este sería el caso de la evitación, la preocupación o la rumiación excesivas. En este sentido, algunos autores expresan la RE como el equilibrio entre dos extremos; por un lado, el polo de la desregulación afectiva que daría lugar a una excesiva labilidad emocional o a una inercia afectiva desmesurada (Linehan, 2003); y, por otro lado, el polo del excesivo autocontrol emocional que ahogaría la experiencia del afecto (Taylor y Bagby, 2004). Sin embargo, la investigación muestra que ambos polos están relacionados, ya que un excesivo autocontrol emocional aparece asociado a elevados niveles de ansiedad, reactividad emocional y depresión entre otros resultados (Taylor y Bagby, 2004).

Tamir (2016) apunta que el carácter disfuncional de la RE puede estribar en las motivaciones por las que se realiza. La psicopatología puede resultar de motivaciones insanas o inflexibles. También puede deberse a la asociación desadaptativa entre motivos y objetivos emocionales, es decir, expectativas falsas sobre el resultado de una emoción sobre la motivación del individuo. Por otra parte, la funcionalidad o disfuncionalidad de la RE depende también de lo adaptabilidad de las conductas

motivadas por la emoción regulada. La utilización de determinadas estrategias puede influir en la probabilidad de emitir conductas de evitación, conductas de control cognitivo como solución de problemas y conductas de aproximación como agresión, asunción de riesgos y negociación (Aldao y Christensen, 2015).

De la revisión de la literatura científica sobre RE se puede extraer la conclusión de que se trata de un campo en rápida y constante evolución, en el que la complejidad de la realidad hace necesarias reformulaciones de los supuestos teóricos y los métodos de estudio. Lo interesante es que en ese proceso se van acumulando conocimientos que van orientando los pasos siguientes.

3. REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA

En este apartado se revisa la aplicación de los conocimientos sobre RE al ámbito de la psicopatología. Después de esta introducción, se hace un repaso de modelos teóricos psicopatológicos que incluyen estrategias de RE en sus formulaciones; se presentan los tipos de estudios según la metodología empleada y se revisan las publicaciones sobre trastornos emocionales en general y sobre trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en particular, y se señalan desarrollos terapéuticos vinculados a la RE.

En la clasificación DSM más de la mitad de los trastornos del Eje I, no relacionados con sustancias, y todos los trastornos del Eje II, implican alguna forma de desregulación emocional (Gross y Levenson, 1997). Kring (2008) revisa los síntomas emocionales en el DSM-IV-TR y concluye que están presentes en prácticamente todas las categorías. Además, en algunos trastornos, hay criterios diagnósticos específicos que hacen referencia a intentos de RE. Por ejemplo, en el trastorno por estrés postraumático (TEP): “esfuerzos para evitar emociones angustiosas”.

Las alteraciones de los mecanismos de RE se incluyen también en propuestas de taxonomía de los trastornos emocionales. Por ejemplo, Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon y Gómez (2003) proponen tres áreas de alteración emocional: valencia, intensidad/regulación y desconexión. Las alteraciones de valencia emocional pueden implicar emociones placenteras y displacenteras, así como exceso o defecto de dichas emociones. La intensidad/RE se define como la sobrerregulación o la infrarregulación. Las alteraciones de desconexión reflejan la escisión entre el componente expresivo de la emoción y otros componentes. Otro ejemplo sería la propuesta de Fernández, Jazzaieri y Gross (2016) de incorporar la RE como un dominio más, el sexto, al sistema RDoC elaborado por la NIMH. Los diferentes procesos que modulan una efectiva RE pueden jugar un papel destacado en la propensión a desarrollar diferentes trastornos psicológicos e incluso físicos (Gross y Muñoz, 1995; Hervás y Vázquez, 2006). La contribución de la alteración de los procesos de RE a la psicopatogénesis puede distinguirse de la atribuible a factores de los procesos de generación de la emoción.

Ambos ámbitos pueden representar distintas vías de desarrollo de trastornos (Gross et al., 2019; Mennin y Fresco, 2009; Rottenber y Gross, 2003; Sheppes, Suri y Gross, 2015).

La psicopatología se relaciona tanto con la deficiente adquisición como con la inadecuada implementación de estrategias de RE (Bloch et al., 2010). Se pueden distinguir tres tipos de déficits de RE que estarían presentes en el ámbito clínico (Hervás, 2011; Hervás y Vázquez, 2006): déficit por ausencia o insuficiencia de activación de estrategias de RE; déficit por ineficacia de las estrategias de regulación empleadas, y déficit por empleo de estrategias disfuncionales de RE. Dentro de este último tipo se incluirían estrategias contraproducentes (p.ej., evitación/rechazo/supresión emocional) que lejos de reducir la intensidad de la experiencia la intensifican y estrategias efectivas pero que conllevan efectos secundarios desadaptativos como el consumo de drogas y las conductas autolesivas.

El problema de RE más estudiado en psicopatología es la dificultad para regular a la baja (*down regulation*) emociones negativas. Sin embargo, también se contemplan dificultades para regular a la baja emociones positivas (p.ej. en el trastorno bipolar y abuso de sustancias) y regularlas al alza (*up regulation*) (como en el caso de los trastornos depresivos) (Dillon y Pizzagalli, 2010; Werner y Gross, 2009). Además, en los trastornos depresivos las emociones positivas suelen ejercer sus efectos regulatorios en menor medida debido a la anhedonia. En cualquier caso, los problemas relacionados con las emociones positivas pueden tener una presencia transdiagnóstica (Dillon y Pizzagalli, 2010; Du Pont et al., 2016). Los esfuerzos regulatorios también pueden ser contraproducentes si se emplean excesivamente o se aplican de manera rígida e inflexible (Mennin y Fresco, 2009).

También se ha vinculado la psicopatología con la diferenciación emocional que sería previa a los intentos de RE. La diferenciación emocional hace referencia a la habilidad para controlar la experiencia afectiva y depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos y diferenciarlos unos de otros (Feldman, Gross, Conner y Benvenuto, 2001). En esta misma línea, Hervás (2011) propone un

modelo para la comprensión de los fenómenos psicopatológicos que sitúa la RE como la última etapa de una cadena de procesamiento emocional con una serie de tareas previas: apertura emocional, atención emocional, etiquetado emocional, aceptación y análisis emocional. Cuando dichos procesos son deficientes se produce un efecto significativo, aunque inespecífico, sobre la psicopatología debido a su influencia en la RE. Además, se produce un efecto de acentuación de la esfera somática del estado afectivo en la conciencia del individuo que dificulta aún más sus esfuerzos autorreguladores (hipótesis de acentuación somática) (Silva, 2005). Constructos similares serían la alexitimia (Bagby, Parker y Taylor, 1994) o el déficit en claridad emocional (p.ej., Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002).

3.1. TEORÍAS SOBRE REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA

La desregulación emocional está siendo incorporada de manera creciente en modelos psicopatológicos. Son muchos los ejemplos de modelos de trastornos específicos que incluyen dificultades en la RE: trastorno límite de la personalidad (Linehan, 2003; Lynch, Trost, Salsman y Linehan, 2007), TDM (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008), trastorno bipolar (Johnson, 2005), TAG (Mennin, Heimberg, Turk, y Fresco, 2002), fobia social (Kashdan y Breen, 2008), trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, Cooper y Shafran, 2003) y drogodependencias (Kober, 2014). Desde una perspectiva transdiagnóstica, y centrándonos en los trastornos emocionales, se ha relacionado las diferencias individuales en RE con la vulnerabilidad y resiliencia a los trastornos de ansiedad y depresivos (Campbell-Sills y Barlow, 2007). Diferentes autores coinciden en señalar que las personas que no pueden manejar de manera efectiva sus respuestas emocionales a sucesos cotidianos experimentan períodos de distrés más largos y severo que pueden evolucionar a depresión o ansiedad diagnosticables (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Kring y Bachorowsky, 1999).

Algunos autores proponen modelos en que la RE actúa como mediador en el proceso de adaptación al estrés. De acuerdo con dichos modelos mediacionales, la

exposición al estrés provoca una desregulación emocional, que, a su vez, conduce a resultados negativos. El proceso etiológico sería el siguiente: un suceso desencadenante, en conjunción con una diatesis existente, conducirían a un estado de ánimo negativo o positivo, dependiendo del estilo afectivo de la persona. Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad serían el resultado de la desregulación del afecto negativo, en combinación con deficiencias en afecto positivo (Hofmann, Sawyer, Fang y Asnaani2012).

Troy y Mauss (2011), en cambio, proponen que un tipo específico de RE, la RE cognitiva, contribuyen a la resiliencia. En su modelo, la habilidad de RE cognitiva, actúa como moderador, de manera que las personas con más capacidad para la RE tienen mayor probabilidad de resiliencia tras una exposición a estrés. La habilidad de RE cognitiva hace referencia a la capacidad de control flexible de la atención selectiva y la reevaluación cognitiva y ejerce su influencia positiva sobre la evaluación del suceso estresante. En cambio, un control atencional deficitario, caracterizado por distracción excesiva, rumiación y sesgo negativo, se asociaría con vulnerabilidad a patología afectiva. Previamente Troy y Wilhelm (2010) habían demostrado que la habilidad de reevaluación cognitiva actúa como el principal moderador en la relación entre el estrés acumulado y los síntomas depresivos. Entre las mujeres con altos niveles de estrés acumulado, presentaban menos síntomas de depresión aquellas que tenían más habilidades de reevaluación.

Para intentar aclarar la dirección de la relación entre RE y psicopatología se han realizado algunos estudios longitudinales. En una investigación prospectiva de siete meses, con una amplia muestra de adolescentes, McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin y Nolen-Hoeksema (2011) encontraron que los tres procesos examinados (conocimiento emocional, expresión mal regulada de tristeza e ira, y respuestas rumiativas al estrés) formaban un factor latente unitario de desregulación que predijo síntomas de ansiedad, agresivos y alimentarios (no síntomas depresivos). En cambio, la psicopatología inicial no predijo un aumento en desregulación emocional.

3.1.1. Modelo de emociones y desregulación de Mennin y cols. (2007).

D.S. Mennin y su grupo proponen un modelo de emociones y desregulación creado inicialmente para explicar el TAG pero aplicable a todos los trastornos afectivos y de ansiedad (Mennin, Holoway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007). El proceso emocional seguiría los pasos de generación, comprensión, reactividad y regulación. La disfunción, por tanto, tendría cuatro componentes: (a) intensidad emocional aumentada; (b) comprensión emocional pobre; (c) reactividad negativa al estado emocional propio (p.ej., miedo a las consecuencias de las emociones); y (d) respuestas de manejo emocional desadaptativas.

La intensidad emocional aumentada se refiere a la tendencia a experimentar afecto negativo fuertemente y a tener reacciones emocionales que ocurren intensa, fácil y rápidamente. Este constructo se conceptualiza como una característica de los procesos emocionales generativos y probablemente se relaciona con las disposiciones de amplio espectro de emocionalidad (Watson et al., 1988a). La intensidad emocional aumentada puede no ser patológica de por sí pero puede hacer más probable que alguien sea incapaz de manejar emociones exitosamente.

La comprensión emocional pobre implica la inadecuada comprensión de las emociones propias. Incluiría las dificultades para clarificar, etiquetar y diferenciar emociones y su mensaje motivacional subyacente (Mennin y Fresco, 2009).

La reactividad negativa a las emociones se caracteriza por una incomodidad con la experiencia de las emociones y una respuesta negativa a las mismas con la activación de creencias negativas sobre las mismas y la evitación de la consciencia de las mismas. El contenido de las creencias hace referencia a que estas respuestas emocionales son peligrosas y dañinas. La depresión se asocia estrechamente con expectativas de humor de duración prolongada, la ansiedad se asocia con mayor probabilidad con falta de aceptación de emociones. Se puede establecer una relación de este constructo con las creencias negativas del esquema emocional propio del modelo de R.L. Leahy (Leahy, Tirch y Napolitano, 2011).

El manejo inadecuado de las emociones se refiere al empleo de estrategias con la intención de regularlas que devienen inadecuadas y conducen a una mayor disfunción. Las alteraciones emocionales en la psicopatología adulta se caracterizarían por aplicaciones rígidas (insensibles al contexto) de procesos regulatorios; déficits en la habilidad de activar RE cuando el contexto lo requiere o una combinación de ambas estrategias desadaptativas (Mennin y Farach, 2007).

Mientras que el componente de intensidad emocional aumentada refleja una tendencia disposicional a generar emociones o emocionalidad. Los otros tres componentes; pobre comprensión, reactividad negativa y manejo desadaptativo; conforman la desregulación emocional definida como reactividad desadaptativa a las emociones. A pesar de la importancia de la relevancia de la intensidad de los procesos de generación de emociones, por sí sola no implica patología. Ha de estar presente la inadecuada RE o desregulación para que la intensidad de las emociones sea problemática. Se trataría de un factor global común a los trastornos afectivos y de ansiedad (Mennin y Fresco, 2009). Los autores recogen evidencias para demostrar la utilidad del modelo en los “trastornos por distrés” (factor de segundo orden de la clasificación propuesta por D. Watson) (Watson, 2005). En concreto en TDM, TAG y fobia social (Mennin et al., 2007).

3.1.2. Modelo procesual de Gross y cols (2007).

Desde el modelo procesual se pueden distinguir dos vías que pueden conducir a patrones problemáticos de emoción (intensidad, duración, frecuencia y tipo) que caracterizan a los trastornos emocionales. La primera vía implicaría los procesos relacionados con la generación de la emoción, tanto internos (p.ej., temperamentales) como externos (p.ej., situaciones tóxicas). La otra vía sería la derivada de la desregulación emocional (bien por fallos en la RE o bien por RE desadaptativa). El fracaso en el intento de RE de las emociones problemáticas que se produce en los trastornos mentales se debería a deficiencias en las habilidades implicadas en la RE (Gross y Jazaieri, 2014):

- conciencia de la emoción y el contexto relevante (p.ej. hiperconciencia de la emoción en el trastorno de pánico o falta de conciencia en la bulimia nerviosa).
- conocimiento de los objetivos propios a corto y largo plazo (p.ej., objetivos regulatorios de la emoción disfuncionales en el trastorno bipolar I).
- elección e implementación adecuadas de estrategias de RE para llegar desde el estado emocional actual hasta el estado objetivo deseado (p.ej. elección problemática en agorafobia: excesivo uso de la selección de situación o implementación problemática en el TDAH). A su vez estas fases implican aptitudes más específicas.
 - elección: conocimiento de la efectividad diferencial de las estrategias, disponer de los recursos necesarios (demandas cognitivas) para implementarlas con éxito,
 - implementación: blindaje del objetivo (frente a objetivos competidores) y flexibilidad (para ajustar el objetivo de RE si lo requieren cambios en la situación).

Desde la perspectiva del modelo procesual, las estrategias disfuncionales recogidas en la investigación y las técnicas terapéuticas se pueden clasificar según la fase del proceso de generación emocional en la que inciden

Tabla 8. Estrategias disfuncionales y tratamientos en cada fase del modelo procesual (adaptado de Campbell-Sills y Barlow, 2007; Gross 1998b; Werner y Gross, 2009).

| FASE | DISFUNCIONES | TRATAMIENTO |
|---|---|---|
| <i>SELECCIÓN DE LA SITUACIÓN</i> | evitación situacional crónica e inflexible aislamiento social | exposición planificación de actividades agradables control de estímulos |
| <i>MODIFICACIÓN DE SITUACIÓN</i> | estrategias de evitación emocional: conductas y señales de seguridad | prevención de conductas de seguridad |
| <i>DESPLIEGUE ATENCIONAL</i> | hiper-focalización selectiva, distracción, preocupación y rumiación | mindfulness |
| <i>CAMBIO COGNITIVO</i> | auto-elaboración, resistencia emocional/no aceptación, racionalización | reestructuración cognitiva |
| <i>MODULACIÓN DE RESPUESTA</i> | supresión expresiva, evitación experiencial conductas dirigidas por la emoción | técnicas de relajación biofeedback terapia de aceptación y compromiso |

Disfunciones en la RE desde la versión extendida del modelo procesual de Gross

J.J. Gross distingue el fracaso en la RE (*emotion regulation failure*) de la RE desadaptativa (*emotion misregulation*). La primera se refiere a no regular las emociones cuando sería beneficioso hacerlo. La segunda alude a regular de un modo que es más perjudicial que ventajoso (Gross, 2015a). En el ámbito de la psicopatología la segmentación del proceso de aplicación de estrategias de RE es importante porque cada fase puede entenderse como un punto de decisión en el que puede producirse un fallo en la RE.

En la fase de *identificación*, la desregulación se puede derivar de la sensibilidad excesiva o insuficiente que conlleve no activar metas emocionales necesarias o a esfuerzos regulatorios innecesarios. En la fase de *selección*, la regulación subóptima

implica alguna forma de uso de estrategias de RE desadaptativa; bien por el uso insuficiente de estrategias potencialmente útiles (por falta de habilidad o baja autoeficacia), o bien por el recurso excesivo a estrategias con utilidades limitadas. En la fase de *implementación*, la regulación desadaptativa se puede deber a déficits de la función ejecutiva. Finalmente, en la fase de monitoreo puede funcionar de manera desadaptativa si se exhibe una flexibilidad insuficiente (detención atrasada o mantenimiento innecesario) o excesiva (cambios de estrategias o tácticas demasiado frecuentes o prematuras)(Uusberg et al., 2019).

Tabla 9. Disfunciones en las subfases del modelo procesual extendido(Uusberg et al., 2019).

| | | SUBFASES | | |
|--------------|-----------------------|---|--|--|
| | | PERCEPCIÓN | VALUACIÓN | ACCIONES |
| FASES | IDENTIFICACIÓN | Deficiente conciencia emocional. | No otorgar el valor adecuado a la emoción. | Inercia psicológica. P.ej. seguir sin regular las emociones. Creencias generales sobre las emociones. P.ej. Que son inmutables. Objetivos que compiten con la RE |
| | SELECCIÓN | Contemplar pocas estrategias de RE entre las que elegir. Debido a: tener pocas en el repertorio personal excesiva dependencia de una estrategia. fallo momentáneo | Los factores contextuales no son sopesados adecuadamente. | Baja autoeficacia en RE (también puede afectar a las subfases anteriores). |
| | IMPLEMENTACIÓN | Se evidencias pocas tácticas. Debido a: carencia de habilidad para traducir una estrategia de RE en tácticas en un nuevo contexto novedoso fallo en el intento de representar todas las tácticas disponibles relevantes. | Asignar erróneamente un valor más bajo o más alto de lo que corresponde al contexto. Puede deberse a una insuficiente apreciación de una variable contextual relevante (p.ej., el tipo o intensidad de la emoción o los recursos cognitivos requeridos para implementar una táctica de RE). | Torpeza en la implementación de las tácticas. |

Basándose en el modelo procesual extendido, Sheppes et al. (2015) también describen las dificultades o fallos potenciales que se pueden producir en los tres elementos básicos (percepción, valoración y acción) que constituyen las tres etapas de RE: (a) identificación de la necesidad de regular emociones, (b) selección entre opciones regulatorias disponibles, (c) implementación de la táctica regulatoria seleccionada, y (d) supervisión de la RE implementada a lo largo del tiempo.

Dificultades en la etapa de Identificación

Los fallos en uno o más pasos de la etapa de identificación llevan a problemas en la iniciación de la RE. Un fallo en el paso de la *percepción* implica una representación inadecuada del estado actual de una respuesta emocional activa o una representación inadecuada del estado deseado de RE. En general, los fallos de representación pueden ser de dos tipos: sobrerrepresentación o infrarrepresentación. Un fallo en el elemento de valoración implica un análisis erróneo de los costes y beneficios asociados con mantener una emoción (es decir, el estado actual) versus regular una emoción (es decir, el estado deseado). Las dificultades en el paso de la *acción* conllevan problemas en transformar el tamaño de la valoración suficientemente negativa de un estado emocional o de la valoración suficientemente positiva de un estado regulado en una señal de salida.

Dificultades en la etapa de Selección

En esta etapa se determina qué categoría regulatoria general será empleada. Los fallos en la *percepción* implican representar inadecuadamente las categorías regulatorias generales disponibles. Esos fallos implican una infrarrepresentación de las categorías regulatorias generales disponibles que necesitan ser seleccionadas o una representación limitada a opciones regulatorias extremas. Un problema de *valoración* implica el análisis erróneo de los costes y beneficios asociados con diferentes categorías regulatorias. Un problema de *acción* hace referencia a deficiencias para impulsar la categoría regulatoria general que ha sido seleccionada.

Dificultades en la etapa de Implementación

Una vez seleccionada la categoría regulatoria general, en esta etapa se elige y se realiza la táctica específica que se ejecutará con el objetivo de cambiar el sistema de valoración que constituye la generación emocional. Un fallo en la *percepción* implica una representación inadecuada de las tácticas regulatorias específicas disponibles. Un problema de *valoración* hace referencia a un análisis erróneo de los costes y beneficios asociados con tácticas regulatorias específicas.

Un problema de *acción* hace referencia a un problema en la iniciación de tácticas regulatorias específicas que han sido seleccionadas.

Dificultades en las dinámicas de procesamiento: supervisión

La dinámica de procesos puede ser un suelo especialmente fértil con las dificultades de RE. Los sistemas de valoración a menudo necesitan estar activos en períodos prolongados de tiempo, y en algún momento, puede ser necesario que ocurra alguno de los dos tipos de modificación. La *sustitución* (switching) de RE implica ampliar una táctica regulatoria implementada con una categoría o táctica regulatoria diferente. La *detención* (stopping) de RE implica poner fin a la operación de una táctica regulatoria implementada. Gross (2015) pone ejemplos de cómo pueden surgir disfunciones en los tres tipos de dinámicas:

- Mantenimiento: Después de iniciar adecuadamente la RE, se puede flaquear y no conseguir mantener la trayectoria inicial, posiblemente debido a la interferencia de objetivos competidores activados en ese momento.
- Cambio:
 - o “*Incapacidad de establecerse*”: reiterados cambios de estrategia y tácticas antes de que produzcan resultados.
 - o “*Incapacidad de cambiar*”: No se consigue cambiar de estrategia (o tácticas) a pesar de que sea obvio que los esfuerzos son infructuosos o que las circunstancias del contexto o los recursos propios hayan cambiado.
-

- Detención:
 - o *Detención prematura*: Antes de que se haya ajustado la emoción.
 - o *Detención retrasada*: Se sigue aplicando la RE con la misma intensidad a pesar de que la necesidad de RE haya pasado. Los inconvenientes de esta disfunción dependerán de los recursos que consume RE innecesaria y los efectos colaterales de la sobre-regulación.

La siguiente tabla contiene los ejemplos que ponen Sheppes et al. (2015) para reflejar las dificultades en los distintos puntos de las etapas de RE con condiciones clínicas:

Tabla 10. Condiciones clínicas por dificultades en las etapas de RE (Sheppes et al., 2015)

| Etapas de RE y dinámicas | Elemento regulatorio | Condición clínica y descripción |
|---------------------------------|-----------------------------|---|
| Identificación | Percepción | Ataques de pánico: Sobrerrepresentación de signos sutiles de los estados emocionales actuales. Sesgo de desconexión (conexión mantenida en la amenaza) en ansiedad: sobrerrepresentación de información amenazante Alexitimia: infrarrepresentar estados emocionales. |
| | Valuación | Evitación experiencial: sobrevaloración de los costes de estados emocionales Conducta de enganche en trastorno dependiente de personalidad: infravaloración de los beneficios de la regulación intrínseca Trastornos de personalidad egosintónicos (p.ej. trastorno antisocial de la personalidad): valoración positiva de un estado emocional (p.ej. agresión instrumental). |
| | Acción | Indefensión aprendida en depresión: fallo en trasladar un objetivo regulatorio general a la acción. |
| Selección | Percepción | Escape de uno/a mismo/a en atracción y conducta suicida: sobrerrepresentación de opciones regulatorias desadaptativas. |
| | Valuación | Autolesiones no suicidas y abuso de sustancias: valoración positiva de categorías regulatorias generales desadaptativas |
| | Acción | Cambios cognitivos en autismo: habilidad limitada para activar categorías regulatorias generales adaptativas (puntos de vista alternativos). |
| Implementación | Percepción | Tácticas a largo plazo en TDAH: infrarrepresentación de tácticas regulatorias adaptativas (beneficiosas a largo plazo). |
| | Valuación | Preocupación en TAG: valorar positivamente tácticas regulatorias desadaptativas |
| | Acción | Distracción positiva en depresión mayor: habilidad limitada para activar tácticas regulatorias adaptativas |
| Supervisión | Detención | Rumiación en depresión: poner fin a una táctica regulatoria desadaptativa demasiado tarde. Baja autoeficacia regulatoria en trastorno de ansiedad social: poner fin a una táctica regulatoria adaptativa demasiado pronto. |
| | Sustitución | Depresión, ansiedad y TOC: sustitución de una táctica ineficaz implementada demasiado tarde. Estados maníacos en trastorno bipolar: sustitución entre categorías regulatorias demasiado pronto. |

3.1.3. Teoría del estilo rumiativo de respuesta y la distracción

S.Nolen-Hoeksema (1991) en su teoría de estilos de respuesta definió la rumiación como un modo de responder al estrés que supone centrarse repetitiva y pasivamente en síntomas de estrés y en las posibles causas y consecuencias de dichos síntomas. De acuerdo con esta teoría, la rumiación exagera y prolonga el estrés, particularmente la depresión, a través de varios mecanismos: activando pensamientos negativos, perjudicando la solución de problemas, interfiriendo con la conducta instrumental y erosionando el apoyo emocional. Estas consecuencias de la rumiación conllevan que sea más probable que los síntomas iniciales de depresión devengan más graves y evolucionen en episodios de depresión mayor. Esto explicaría también la cronificación de los episodios depresivos (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema et al., 2008). La rumiación se relacionaría con otros constructos de RE según el siguiente modelo conceptual (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

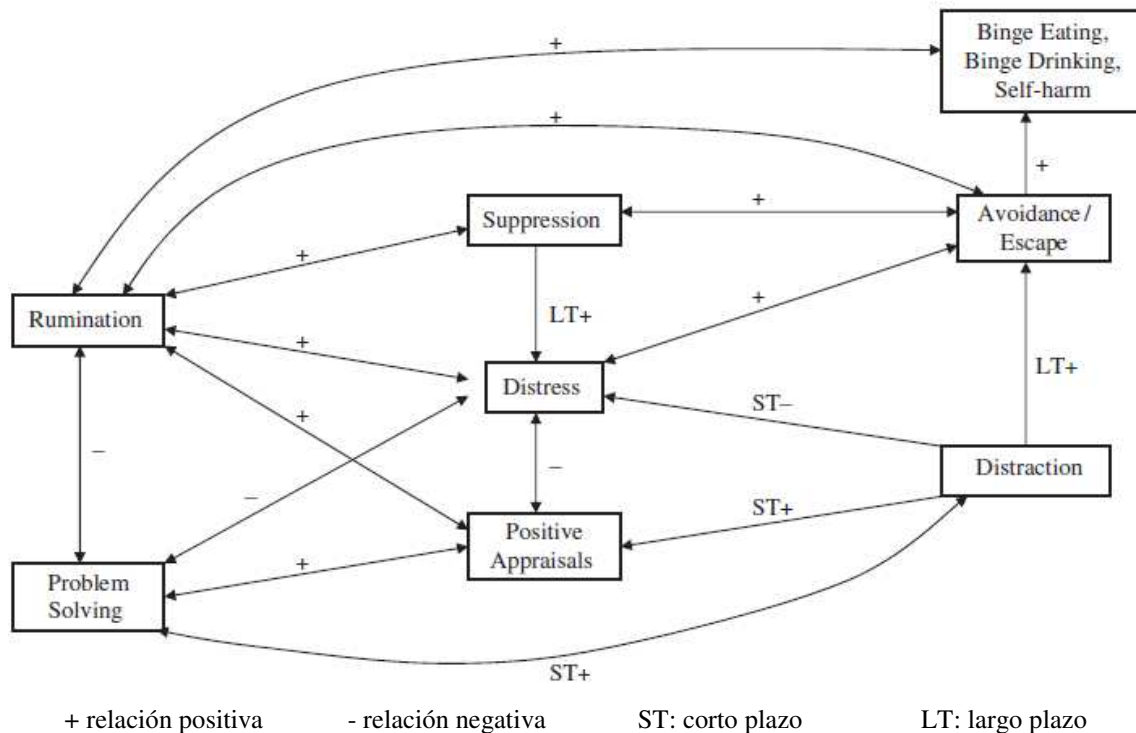


Figura 17. Relación entre rumiación y otros constructos de RE (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

La rumiación se asocia con otras psicopatologías, además de la depresión, incluyendo ansiedad, atracones, bebida compulsiva y autolesión, (Nolen-Hoeksema et al., 2008). También tiene un papel en la desregulación de la ira (Rusting y Nolen-Hoeksema, 1998). Además, es un aspecto importante para entender las diferencias de género (Giménez, Aparicio, y Cejudo, 2013; Nolen-Hoeksema, 1987).

En la propuesta de Nolen-Hoeksema y Watkins (2011) de modelo transdiagnóstico de desarrollo de diversas psicopatologías (emocionales, por uso de sustancias y de la conducta alimentaria), la rumiación actuaría como un factor de riesgo proximal común. Dicho proceso estaría influido por factores de riesgo distales (ambientales y congénitos) a través de diferentes mecanismos. A su vez la rumiación llevaría a trastornos específicos a través de vías divergentes individuales condicionadas por factores moderadores. Por ejemplo, las situaciones que plantean temas de pérdida conducen a la depresión. Las situaciones que plantean preocupaciones sobre amenazas específicas o sobre los síntomas de pánico u obsesiones pueden llevar a trastornos de ansiedad.

En cambio, la estrategia opuesta a la rumiación, la habilidad para la distracción de los estímulos negativos, incluidas las propias emociones negativas, es un importante factor de protección frente a los efectos negativos del estrés a largo plazo. En los estudios de laboratorio se obtiene soporte a esta hipótesis, sin embargo, los efectos positivos serían breves. A largo plazo, las personas que emplean estrategias de evitación como la distracción en contextos estresantes tienen más probabilidades de desarrollar depresión (Troy y Mauss, 2009). Los estudios longitudinales indican que la rumiación, a través del tiempo, se asocia con el desarrollo de síntomas internalizantes y, en menor medida, externalizantes. Dicha relación estaría mediada por la relación con iguales y el género (Aldao et al., 2016).

Las terapias que incluyen intervenciones dirigidas a corregir los factores que mantienen la rumiación, como las metacogniciones y los sesgos cognitivos, pueden mejorar los resultados del tratamiento (Watkins, 2015).

3.1.4. Evitación experiencial y aceptación

Otra aproximación a la relación entre RE y desarrollo de psicopatología es la desarrollada por S.C. Hayes tomando como elemento principal la evitación experiencial y su alternativa, la aceptación. El término evitación experiencial hace referencia al fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares (p.ej. sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos, predisposiciones conductuales) y da pasos para alterar la forma o frecuencia de estos eventos y los contextos que los ocasionan (Hayes, Wilson y Strosahl, 1996).

Hayes y su equipo han sugerido que los esfuerzos por evitar las experiencias internas (incluyendo emociones no deseadas) subyacen a muchos trastornos psicopatológicos (Gratz y Roemer, 2004). La evitación experiencial puede implicar cualquiera de las etapas del modelo de Gross (Fernández-Álvarez et al., 2017).

La evitación experiencial, como dimensión diagnóstica funcional, tiene el potencial de integrar esfuerzos, procedentes de múltiples orientaciones teóricas, a la investigación, análisis y tratamiento de diferentes trastornos (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996). Los autores de este modelo no conciben la evitación experiencial como una mera estrategia de RE sino como una función que media el impacto de acontecimientos vitales estresantes y varias formas de RE (Boulanger, Hayes y Pistorello, 2010).

La evidencia demuestra que medidas de este constructo correlacionan con escalas de psicopatología, especialmente de tipo emocional (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

Bloch et al. (2010) revisan las similitudes y diferencias entre el concepto de evitación experiencial y el de RE. De manera similar al modelo de RE de Gross, la evitación experiencial implica suprimir o evitar experiencias emocionales como el medio por el cual regular la emoción. Sin embargo, mientras la evitación experiencial se centra en la modulación de emociones perturbadoras, Gross proporciona un modelo para

la regulación de todas las emociones. Además, la evitación experiencial hace referencia al componente experiencial de la emoción y no a otros componentes (p.ej., expresión y fisiología).

El proceso contrario a la evitación es la aceptación, que implica experimentar las propias emociones, pensamientos y sensaciones físicas plenamente sin intentar cambiarlas, controlarlas o evitarlas (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). La aceptación es uno de los componentes básicos del mindfulness o conciencia plena. Este concepto hace referencia al empleo de atención autorregulada para entrar en contacto con emociones displacenteras con el fin último de vivirlas de manera menos perturbadora. Se trata de una nueva área de estudio científico que ha supuesto intentos de definición operativa y desarrollo de instrumentos de evaluación. Kabat-Zinn (2003) ofrece la siguiente definición de trabajo: la consciencia que emerge por prestar atención, intencionadamente, en el momento presente y sin juicio, al desarrollo de la experiencia momento a momento. La aceptación y el no juzgar pueden considerarse sinónimos. Por tanto, adoptar una actitud de aceptación es imprescindible en la práctica de la conciencia plena (Pérez y Botella, 2006). También es un elemento clave en la aplicación del mindfulness en el marco de la psicoterapia, en equilibrio con las estrategias de cambio (Palacios, A.G, 2006).

Niveles elevados de mindfulness correlacionan negativamente con dificultades en RE y evitación experiencial. También se relaciona inversamente con sintomatología depresiva y ansiosa y directamente con bienestar (Bloch et al., 2010). La práctica de mindfulness se asocia con RE saludable ya que aumenta tanto las habilidades como el uso de estrategias adaptativas. P.ej., reduce la intensidad del estrés, facilita la recuperación emocional, reduce el procesamiento negativo auto-referencial, reduce las dificultades en RE y/o aumenta la habilidad de dedicarse a conductas dirigidas a metas frente abandonando la evitación (Roemer, Williston y Rollins, 2015). Intervenciones que incluyen mindfulness se han mostrado eficaces en el tratamiento de varios trastornos (Baer, 2003),

3.1.5. Dificultades en la regulación emocional

Otra aproximación a la RE toma como punto de partida la disfunción y se centra en las anomalías en la regulación de las emociones. En un intento de visión integral de las dificultades en la RE, K.L. Gratz y L. Roemer desarrollaron el cuestionario DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale). Este instrumento recoge las siguientes dimensiones: falta de consciencia de respuestas emocionales, falta de claridad de respuestas emocionales, no aceptación de respuestas emocionales, limitado acceso a estrategias de RE percibidas como efectivas, dificultades para controlar impulsos y dificultades para desplegar conductas dirigidas a metas (Gratz y Roemer, 2004). Como crítica, Bloch et al. (2010) apuntan que esta aproximación centrada en la patología oscurece una comprensión de cómo estos procesos han de operar de manera ideal.

3.1.6. Modelo de esquema emocional

Desde una perspectiva metacognitiva (o “metaexperiencial”), el modelo de esquema emocional subraya la importancia de las “filosofías individuales” sobre las emociones. Este modelo propone que las personas difieren en sus teorías sobre las emociones y su regulación. Se centra especialmente en las creencias personales sobre la legitimidad y la tolerabilidad de una emoción; sobre la necesidad de controlarla, suprimirla o expresarla y sobre las estrategias adecuadas para afrontarla. Esas premisas llevan a distintas estrategias de afrontamiento de las emociones. Las personas con teorías que normalizan las emociones tendrían menos probabilidades de desarrollar problemas emocionales duraderos porque eligen estrategias adaptativas. En cambio, las creencias que implican una visión de las emociones como experiencias intolerables llevarían a estrategias inadecuadas de control emocional. Estas conductas a su vez confirmarían las creencias negativas (Leahy, 2019; Leahy et al., 2011).

La terapia de esquemas emocionales, basada en este modelo, tiene como objetivo cuestionar los esquemas emocionales problemáticos y desarrollar esquemas normalizadores y estilos de afrontamiento saludables (Leahy et al., 2011). Dicha terapia ha demostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresivos tanto

con medidas de RE como de sintomatología (Kolyaie, Badri, Bahrami y Hosseini, 2016; Leahy, 2019).

3.2. INVESTIGACIÓN EN REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA

La investigación transdiagnóstica (grado de varianza o invariancia) de las estrategias de RE a través de los trastornos psicológicos pueden organizarse en forma, función e interacción entre forma y función. La forma hace referencia a las conductas adoptadas cuando se implementa una estrategia. La función implica las transacciones entre las estrategias y las emociones que regulan. La interacción entre forma y función se centra en las relaciones entre estrategias. Dentro del área de la forma se puede distinguir tres niveles: rasgo, estado e ideográfico (Aldao, 2012). Los diseños de investigación habituales en el nivel de rasgo emplean diseños correlacionales a partir de autoinformes sobre RE. En el nivel de estado, en cambio, se usan diseños experimentales con inducción de emociones.

3.2.1. Estudios con autoinformes de rasgos

Con el fin de estudiar si la tendencia a desplegar determinadas estrategias de RE se asocian con determinada psicopatología, se realizan estudios correlacionales. Se evalúan, mediante autoinformes, las estrategias habituales para regular las emociones empleadas en contextos naturales o sus dificultades para lograr una regulación efectiva. En muestras generales se comprueba la asociación con niveles significativos de psicopatología. En muestras clínicas se comprueba las características diferenciales de las personas que presentan diferentes trastornos.

3.2.2. Investigación experimental

En estudios en contexto de laboratorio se emplean habitualmente diseños en que se inducen emociones para estudiar la RE y sus consecuencias. En la mayoría de los estudios se manipula la variable de estrategia de RE para comparar diferentes estrategias de regulación. El diseño consiste en asignar de manera aleatoria a los participantes a las diferentes condiciones del estudio experimental. A continuación, reciben instrucciones en las que se les pide que adopten una determinada estrategia, en función del grupo al que pertenecen, durante la inducción de la emoción. Normalmente estos estudios se centran en una o dos estrategias. Para la inducción de emociones en un contexto de investigación se han empleado procedimientos muy diversos: Velten, generación de recuerdos, música, feedback social, empatía y hablar en público, realidad virtual, etc. (p.ej. Baños et al., 2008; García y Baños, 1999). En el ámbito de la RE, el tipo de estímulo más habitualmente empleado para inducir emociones son imágenes y fragmentos de películas, pero también hay estudios con otros tipos de estímulos.

En una investigación se estudió la influencia del tipo de inducción sobre los resultados de la RE. En concreto se comparó el método de las imágenes con el de escenas de películas. Los resultados indicaron que las imágenes generaban estados emocionales que eran regulados más efectivamente que los generados por escenas. La estrategia que rebajaba en mayor medida la emoción negativa fue la reevaluación seguida de la distracción y, finalmente, la supresión (Dhaka y Kashyap, 2017).

Con una amplia muestra no clínica Hofmann, Heering, Sawyer y Asnaani (2009) compararon grupos instruidos para aceptar, reevaluar o suprimir la respuesta emocional a la tarea de dar un discurso improvisado delante de una cámara de vídeo. Sus resultados indican que la reevaluación y la aceptación reducen la respuesta psicofisiológica (tasa cardíaca). En cuanto a la respuesta subjetiva la reevaluación sería la estrategia más efectiva, sin diferencias entre aceptación y supresión.

También se ha estudiado la RE durante tareas de desafíos fisiológicos de provocación de síntomas. Se ha empleado como estímulo, aire enriquecido en dióxido de carbono con participantes con alta sensibilidad a la ansiedad (Eifer y Heffner, 2003)

y con individuos diagnosticados de trastorno de pánico (Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004). En ambos estudios, los participantes que recibieron instrucciones de aceptación, frente a supresión, obtuvieron beneficios respecto a su experiencia subjetiva, cognitiva y emocional, menor evitación y mayor disposición a realizar otro ejercicio.

Desde el modelo de los estilos de respuesta de S. Nolen-Hoeksema se suele emplear un diseño en el que no se utiliza un procedimiento de inducción de emociones, sino que se pide a los participantes que regulen su estado emocional no manipulado. Se promueve la respuesta rumiativa mediante instrucciones en que se solicita al participante que piense en los significados, causas y consecuencias de su afecto actual (Nolen-Hoeksema et al., 2008). De este modo se consigue generar estados ideográficamente más relevantes con mayor validez externa y ecológica (Aldao, 2013). Cuando se ha comparado con distracción, la inducción de rumiación ha producido de manera consistente efectos más negativos sobre el humor y la cognición. Este efecto diferencial sólo se encontró cuando los participantes tenían un humor disfórico previo (Watkins, 2008).

En la misma línea de estímulos ideográficos se ha investigado la regulación de las emociones inducidas con la tarea de escribir sobre recuerdos personales negativos. Con un diseño intrasujeto y una muestra general, Dalgleish, Yiend, Schweizer y Dunn (2009) compararon la influencia sobre la emoción subjetiva de tres condiciones: instrucciones de supresión (general, no sólo expresiva), instrucciones de acentuación de emociones y sin instrucciones. Encontraron que el grupo de participantes con más sintomatología emocional experimentaban un aumento “irónico” (paradójico) de distrés subjetivo en la condición de supresión. En cambio, el grupo de baja sintomatología sí fue capaz de controlar sus emociones cuando se les pidió que las suprimieran. No se observaron efectos paradójicos de la condición de acentuación de las emociones.

3.2.3. Estrategias espontáneas

Aunque más escasamente, y casi siempre con muestras normativas, se han investigado las estrategias de RE provocadas que los participantes eligen implementar de manera espontánea. La forma más habitual de evaluarlo es mediante cuestionarios de autoinforme en que los individuos señalan el grado en que han empleado diferentes estrategias de RE durante la exposición a los estímulos inductores de emociones (Ehring, Tuschen-Caffier, Fischer, Fischer y Gross, 2010; Gruber, Harvey y Gross, 2012; Volokhov y Demaree, 2010). Aldao (2013) revisa diferentes métodos de evaluación de la regulación espontánea en contextos reales y afirma que este tipo de investigación permitiría un desarrollo del conocimiento de las estrategias que las personas seleccionan de manera naturalista.

Aldao y Nolen-Hoeksema (2013) habían hallado que las personas espontáneamente usan múltiples estrategias en respuesta a una escena inductora de asco. En concreto el 65% de participantes que visionaron un vídeo con una amputación emplearon más de una estrategia. Dixon-Gordon, Aldao y De los Reyes (2015) relacionaron las estrategias de RE espontánea con la intensidad emocional y el tipo de emoción. Pidieron a los participantes que informarían sobre el grado de utilización de estrategias de RE específicas en situaciones estresantes que variaban en intensidad y emoción inducida. Los resultados indicaron que se emplean estrategias en contextos emocionales intensos que en los de intensidad moderada y en respuesta a tristeza que en respuesta a ira. Asimismo, encontraron que la tristeza intensa activa un mayor grado de supresión expresiva que otros contextos. Opitz, Cavanagh y Urry (2015) ofrecieron evidencia a la noción de regulación espontánea en un contexto controlado de laboratorio. En cuatro estudios en que se daban instrucciones a los participantes de emplear reevaluación cognitiva, una gran proporción de ellos (40%) emplearon otras estrategias al margen de las manipuladas. Los autores concluyen que es importante tener en cuenta las elecciones no indicadas. El uso de estrategias de RE no indicadas es más probable en respuesta a estímulos de alta intensidad que a los de baja intensidad.

Otra línea de investigación, potencialmente relevante para el estudio de psicopatologías, es la RE inconsciente (Aldao, 2013). En dos experimentos con

participantes de población general se investigó el efecto sobre la reducción de la tasa cardíaca de la reevaluación inconsciente en comparación con instrucciones de reevaluación y en interacción con la reevaluación como rasgo. La reevaluación inconsciente se preparó previamente con la tarea de generar frases con palabras relativas a ese tipo de estrategia. Los resultados indicaron que la RE inconsciente produjo un mayor control emocional que las instrucciones explícitas y el efecto fue más pronunciado en aquellos participantes que usan habitualmente la estrategia (Williams, Bargh, Nocera, y Gray, 2009).

3.3. ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y PSICOPATOLOGÍA

Las estrategias de RE han sido conceptualizadas como adaptativas o desadaptativas basándose en su relación con la reducción o exacerbación de síntomas. Se consideran estrategias adaptativas: aceptación, reevaluación cognitiva y solución de problemas. Las estrategias desadaptativas más representativas serían: supresión, rumiación, preocupación y evitación (Aldao, 2012). Algunas formas de reducir emociones negativas son consideradas psicopatológicas en sí mismas, por ejemplo, rechazar comer o dar una paliza. Otras estrategias, como la evitación de situaciones temidas, a veces pueden ayudar a la adaptación exitosa (p.ej., cuando hay una verdadera amenaza), pero otras veces conducen al trastorno (Campbell-Sills y Barlow, 2007).

Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann (2006a) investigaron la aceptación y la supresión de emoción negativa en participantes con trastornos de ansiedad y depresivos. Los participantes fueron instruidos para suprimir o aceptar su respuesta emocional a una película. Los participantes en la condición de aceptación mostraron menos afecto negativo subjetivo durante el período de recuperación post película, mientras que los participantes en la condición de supresión evidenciaron un aumento de la tasa cardíaca y una recuperación más pobre del afecto negativo. Los resultados no

mostraron efectos diferenciales de la supresión sobre los índices registrados de activación simpática y parasimpática. Cabe reseñar que en esta investigación las instrucciones de supresión implicaban controlar la experiencia interna. Estos autores compararon la misma muestra clínica con un grupo control sin manipular con instrucciones la estrategia de regulación. No hubo diferencias en el incremento de la emoción negativa. Sin embargo, se observaron diferencias en las estrategias espontáneas empleadas. Los pacientes con trastornos emocionales evaluaron sus emociones como menos aceptables y las suprimieron en mayor medida. El modelo que mejor explica los resultados implica que la no aceptación media la relación entre la intensidad de la emoción negativa y el uso de supresión en el grupo clínico. Es decir, suprimirían sus emociones porque las juzgan como inaceptables (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006b).

En general, la evidencia reciente parece mostrar que las estrategias de RE supuestamente adaptativas se asocian más débilmente con la psicopatología que las estrategias supuestamente desadaptativas. Por ejemplo, en una muestra comunitaria, Angell (2017) no encontró asociación entre el uso de reevaluación y medidas de salud mental. En cambio, rumiación y catastrofización se relacionaban con tendencias depresivas, ansiosas e hipomaniacas. La autoinculpación se mostró específicamente vinculada a depresión. En un estudio con universitarias, Eftekhari, Zoellner y Vigil (2009) relacionaron la frecuencia de uso de reevaluación, supresión y rumiación, con mediciones de psicopatología. Las participantes que reportaron que regulaban sus emociones infrecuente e ineffectivamente (poco reguladoras) referían mayores niveles de depresión, ansiedad y TEP. En cambio, las participantes que reportaron que usaban frecuente y efectivamente reevaluación y bajos niveles de supresión (altamente reevaluatoras/poco supresoras) referían los más bajos niveles de estos síntomas, sugiriendo que esta combinación específica de RE puede ser la más adaptativa.

Con una muestra comunitaria, mediante análisis clúster, Lasa-Aristu, Delgado-Egido, Holgado-Tello, Amor y Domínguez-Sánchez (2019), diferenciaron dos grupos en función de rasgos de RE cognitiva. El primero se caracterizaba por usar estrategias desadaptativas: rumiación, catastrofización y culpar a otros. El segundo puntuaba más

en aceptación, refocalización positiva, refocalización en planificación, reevaluación positiva y toma de perspectiva. Comparando la sintomatología emocional y el afecto positivo y negativo de ambos clúster, encontraron que el primer perfil presentaba más sintomatología depresiva, mayor rasgo de ansiedad y rasgo de ira y menos afecto positivo. No había diferencias en afecto negativo.

En un estudio de metaanálisis, Aldao et al. (2010) revisan 114 estudios, transversales y longitudinales, de relación entre estrategias y síntomas psicopatológicos. En concreto, las autoras examinaron seis estrategias de regulación: aceptación, evitación, solución de problemas, rumiación y supresión y cuatro psicopatologías: ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos relacionados con sustancias (Aldao et al., 2010). En primer lugar, se plantearon qué estrategias de RE son las que se asocian en mayor grado con el conjunto de psicopatologías. Se obtuvo una asociación en la dirección esperada. En general las estrategias desadaptativas se asociaron más fuertemente a los síntomas que el déficit de estrategias adaptativas. El tamaño del efecto fue grande para rumiación, medio a grande para evitación, solución de problemas y supresión y pequeño a medio para reevaluación y aceptación. En un segundo análisis se examinó la relación entre cada estrategia de regulación y cada grupo de psicopatología. Hallaron que los síntomas emocionales se relacionan más consistentemente con las estrategias de regulación que los alimentarios y los relacionados con sustancias. Los resultados variaban entre estudios que emplean muestras clínicas y muestras de población general. Los estudios que incluyen participantes clínicos muestran relaciones más intensas entre psicopatología y las siguientes estrategias: evitación, solución de problemas, rumiación y supresión. Por tanto, la fuerza de la relación entre estrategias disposicionales de RE y psicopatología puede estar en función de la gravedad clínica. Esto sería consistente con la idea de que la RE juega un papel central en la etiología y mantenimiento de niveles clínicos de psicopatología. Las autoras sugieren la conveniencia de desarrollar investigaciones que empleen una aproximación multi-muestras con muestras clínicas de varios grupos psicopatológicos junto con población normativa.

En otra revisión metanaalítica, Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier y Samson (2017) hallaron resultados similares en población adolescente de 13 a 18 años: una relación significativa entre el uso poco habitual de estrategias adaptativas (revaluación cognitiva, resolución de problemas y aceptación) y habitual de estrategias desadaptativas (evitación, supresión y rumiación) con síntomas depresivos y de ansiedad. Ambos tipos de sintomatología mostraron patrones similares de relación con las estrategias específicas. La asociación negativa más intensa se encontró con la aceptación y la asociación positiva más fuerte se halló con evitación y rumiación.

La mayoría de los estudios recogidos en los metaanálisis valoran la contribución individual de las diferentes estrategias específicas. En un estudio, Aldao y Nolen-Hoeksema (2010) analizaron la relación entre cuatro estrategias cognitivas de RE y sintomatología afectiva y de trastornos de la conducta alimentaria. Encontraron que sus datos se ajustaban a un modelo de baja especificidad con un solo factor latente de desregulación cognitiva al que contribuyen las estrategias de revaluación, supresión y rumiación. Quedó fuera del modelo la solución de problemas. Las estrategias adaptativas tendrían un menor peso que las desadaptativas. Posteriormente las autoras llevaron a cabo un estudio longitudinal de un año en el que analizaron la asociación y el valor predictivo de las estrategias de regulación sobre sintomatología depresiva, de ansiedad y de abuso de alcohol (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2011). Confirmaron los datos anteriores, y las autoras concluyen que las estrategias adaptativas sólo se asocian transversalmente con la psicopatología cuando los niveles de estrategias negativas son elevados y no lo hacen prospectivamente.

3.4. REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Desde la perspectiva de la auto-regulación, todos los trastornos de ansiedad se originan como consecuencia de fallos en la RE. En un intento por integrar los avances del modelo de RE con las teorías clásicas sobre los trastornos de ansiedad, Cisler, Olatunji, Feldner y Forsyth(2010) sugieren que estos trastornos se desarrollan en la fase de post-condicionamiento (p.ej., después del aprendizaje inicial de miedo/ansiedad). La RE intervendría en dos procesos en distintos momentos temporales. En primer lugar, la RE mediaría la respuesta de miedo en los reencuentros con el estímulo condicionado. El segundo proceso implica el uso inflexible de estrategias de RE a lo largo del tiempo que influye en el mantenimiento de los trastornos de ansiedad, principalmente la evitación. La evitación se puede entender como una respuesta regulatoria que implica desviarse del procesamiento de estímulos emocionales (Sheppes, 2012). Esta estrategia, que es adaptativa con estímulos de alta intensidad, se convierte en tendencia sobregeneralizada en los trastornos de ansiedad. Mediante un estudio con path análisis se confirma que las dificultades de RE son el mecanismo que media el efecto de factores temperamentales y del ambiente familiar sobre los síntomas de ansiedad (Suveg, Morelen, Brewer y Thomassin, 2010).

En la misma línea, Rodebaugh y Heimberg (2008) establecen que los trastornos de ansiedad ocurren cuando excesivos intentos por prevenir resultados indeseados (sobreactivación del sistema de prevención) conllevan un deterioro en la consecución de metas deseadas (interferencia con el sistema de promoción) (Rodebaugh y Heimberg, 2008).La ansiedad que en circunstancias normales informaría del escaso grado de consecución de metas de prevención, en los trastornos de ansiedad pasa a ser objetivo prioritario de regulación. El intento por reducir la ansiedad mediante la evitación constituye una forma de desregulación emocional que conducirá a un afecto más negativo dado que la meta de prevenir el afecto no se alcanzará de manera consistente. Esto, además, interferirá con la adecuada reconducción de los objetivos que desencadenaron ese estado emocional. En el caso del TAG, la motivación por evitar la ansiedad es cubierta mediante la preocupación que reduciría el afecto negativo por su semejanza ilusoria con la solución de problemas (Rodebaugh y Heimberg, 2008).

Llewellyn, Dolcos, Iordan, Rudolph y Dolcos(2013) estudiaron el posible papel mediador de la reevaluación y la supresión y la relación entre la orientación hacia objetivos de prevención o promoción y sintomatología de ansiedad. Sus resultados sugerían que el uso de la reevaluación y el uso reducido de la supresión, actuaban como mecanismos a través de los cuales la motivación hacia la promoción confiere protección contra la ansiedad.

En cuanto a las bases neurológicas de la desregulación en los trastornos de ansiedad, un nivel elevado de ansiedad rasgo se asocia con una reducción general del control de la atención arriba-abajo mediado por la corteza prefrontal lateral, resultando en una regulación de la atención menos eficiente de información emocional distractora. Esto, en combinación con un sistema de detección de amenazas abajo-arriba hipersensible, tendrá como consecuencia una hipervigilancia a, y una inhabilidad para, desengancharse de estímulos potencialmente amenazantes (Johnstone y Walker, 2014).

Aunque la teoría de los estilos de respuesta se originó en el ámbito de la depresión, la rumiación también predice síntomas de ansiedad y puede ser particularmente característico de los cuadros mixtos ansioso-depresivos (Nolen-Hoeksema, 2000), mediando la relación entre ambos tipos de síntomas (McLaughlin y Nolen-Hoeksema 2011). La ansiedad llevaría a una excesiva vigilancia en busca de respuestas a las cuestiones propias de la rumiación. La vigilancia junto a la incertidumbre contribuirían a los síntomas de ansiedad (Nolen-Hoeksema, 2000).

En una revisión del tema de las estrategias de RE en los trastornos de ansiedad, Amstadter (2008), afirma que no existen datos concluyentes respecto al papel causal de la supresión en el desarrollo de estos trastornos; sin embargo se puede concluir que dicha estrategia puede mantener los síntomas. La evidencia respecto a los efectos beneficiosos de la reevaluación es más limitada. Además, sugiere que el uso de despliegue atencional puede ser deficitario en las personas con trastornos de ansiedad. En esta línea, el hecho de que las personas con trastornos de ansiedad tengan un tono

vagal más bajo, implicaría menor flexibilidad en la selección atencional que se refleja en la hipervigilancia a señales de amenaza (Amstadter, 2008).

Respecto a las estrategias adaptativas, las personas con trastornos de ansiedad, cuando emplean la aceptación o la reevaluación, consiguen reducciones de emociones negativas comparables a las personas sin ansiedad. Lo que ocurre es que las personas ansiosas empiezan el proceso de regulación a niveles más elevados de emoción negativa, de manera que a pesar de la reducción sigue siendo un distrés elevado (Aldao, 2013). En población general el informe de uso habitual de reevaluación (ERQ) se relaciona con una menor ansiedad rasgo (STAI-R) ($r = -.38$) (Marino et al., 2014). Las medidas de autoinforme de deficiencias en la RE se asocian con síntomas de los diferentes trastornos de ansiedad: TAG (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005), trastorno de pánico (Tull, Rodman y Roemer 2008), TEP (Boden et al., 2013), los trastornos relacionados con el asco (Cisler, Olatunji y Feldner, 2009).

En cuanto a la relación entre ansiedad y regulación de emociones positivas, no existen muchos datos al respecto. Se ha señalado el arousal y la aprensión como aspectos asociados con una menor capacidad de respuesta emocional positiva ante estímulos placenteros. Al igual que en la depresión, se observa un incremento de la *down-regulation* y una disminución de la *up-regulation* de las emociones positivas (Fernández Álvarez et al., 2017). En un estudio con estudiantes universitarios se relacionaron los síntomas de diferentes trastornos de ansiedad con RE del afecto positivo a través del saboreo y la amortiguación. Ambas estrategias predecían los trastornos de ansiedad excepto en el caso de la agorafobia (Eisner, Johnson y Carver, 2009).

En una revisión de la evidencia acumulada sobre RE y trastornos de ansiedad Campbel-Sills, Ellard y Barlow (2014) establecen que los problemas con RE reportada por individuos con trastornos de ansiedad pueden deberse en parte a la selección de estrategias, porque los individuos ansiosos parecen seleccionar estrategias desadaptativas de supresión más frecuentemente y estrategias adaptativas como reevaluación cognitiva y aceptación menos frecuentemente. Según estos autores, esto

puede deberse a la mayor intensidad de las emociones experimentadas por individuos con tendencia a la ansiedad o a una meta-experiencia de emociones más negativas. Ambos factores pueden favorecer métodos evitativos y menos cognitivamente demandantes para regular emociones, como la supresión. El uso limitado de reevaluación de los individuos ansiosos puede estar relacionado con habilidades reducidas para usar control ejecutivo en la modulación de emociones o con atención estrechada (p.ej. focalizada en amenaza) que no permiten procesar evaluaciones alternativas. La sobreconfianza en la supresión puede ser particularmente costosa, para los individuos ansiosos, dada la evidencia de que son más susceptibles a incrementos paradójicos en distrés cuando usan supresión. Es necesaria más investigación para determinar si los individuos con trastornos de ansiedad son menos competentes aplicando estrategias adaptativas (p.ej. reevaluación cognitiva) cuando son inducidos a usarlas. La evidencia disponible sugiere que cuando se le entrena a usar reevaluación, sujetos ansiosos y no ansiosos consiguen reducciones similares en distrés subjetivo. Sin embargo, la reevaluación puede ser menos efectiva en promover un tono parasimpático elevado en individuos ansiosos. La creciente literatura de neuroimagen en RE y trastornos de ansiedad también sugieren un fallo en reclutar corteza prefrontal efectiva y eficientemente durante reevaluación cognitiva. Substratos neuronales disfuncionales de RE probablemente constituyen otra base de dificultades regulatorias reportadas por individuos con trastornos de ansiedad.

Estas son las conclusiones sobre RE y trastornos de ansiedad a las que llegan Campbell-Sills et al., 2014:

SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS

- Mayor frecuencia de supresión
- Menor frecuencia de reevaluación y aceptación

HABILIDAD PARA LA RE

- Se necesita más investigación sobre menor capacidad para reevaluación

EFFECTOS DE LAS ESTRATEGIAS DE RE

- Menos efectos positivos de aceptación y reevaluación (a nivel psicofisiológico)
- Mayores efectos negativos de supresión (más emoción negativa)

DIFERENCIAS NEUROBIOLÓGICAS

- Hipoactivación de la corteza prefrontal en reevaluación

En cuanto a la relación causal entre la RE desadaptativa y los trastornos de ansiedad, basándose en estudios longitudinales, Campbel-Sills, Ellard y Barlow (2014) concluyen que la primera no es un epifenómeno o una consecuencia de los segundos sino un factor de riesgo previo. El empleo de estrategias desadaptativas precede e incrementa el riesgo de desarrollo de sintomatología ansiosa. La hipótesis de que el uso habitual de estrategias adaptativas (como reevaluación y aceptación) actúe como factor de protección de psicopatología ansiosa no ha sido confirmada en el estudio longitudinal de Aldao y Nolen-Hoeksema (2012). Sin embargo, estudios longitudinales con constructos relacionados con RE adaptativa y estudios trasversales con poblaciones clínicas sugieren que estrategias adaptativas de RE se asocian con una reducción de la gravedad de la sintomatología y puede reducir complicaciones clínicas.

Las personas con TAG utilizan una serie de estrategias de RE desadaptativas. Específicamente, responden reactivamente a la generación de emociones intensas que activan fuertes impulsos de motivación por la seguridad. Estas respuestas reactivas se manifiestan usualmente en vías rígidas y circunscritas para ganar una sensación mayor de control, incluyendo hacer desaparecer la sensación de amenaza y peligro o escapar o disminuir la intensidad de la experiencia emocional (Fresco et al., 2013). Las personas con TAG presentarían déficits de estrategias poco elaboradas (con escasa mediación verbal) limitadas por una rigidez atencional mediante la fijación o evitación de estímulos emocionales tanto interoceptivas como exteroceptivo. Por ese motivo dichas personas recurrirían a una variedad de modos de respuesta altamente elaborados, reduccionistas y generalmente desadaptativos para responder a estímulos emocionales. Estas respuestas elaboradas incluyen preocupación, rumiación y auto-crítica. Los déficits en RE culminan en repertorios de conducta inflexibles con evitación física, búsqueda de seguridad y conductas compulsivas (Fresco et al., 2013). El TAG se asocia con el uso poco frecuente de estrategias adaptativas de RE (como la reevaluación y la

aceptación) y el uso frecuente de estrategias desadaptativas (como la preocupación, la no aceptación de emociones, la evitación y la supresión).

Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker y Mennin (2006), en una muestra no clínica, constataron la relación entre la preocupación crónica y el estado análogo de TAG con déficits de RE, estimados con el cuestionario DERS. Se asociaba con los síntomas de ansiedad generalizada tanto la puntuación general en dificultades como todas las subescalas a excepción de consciencia emocional. Esta relación se mantenía más allá de la contribución de afectividad negativa medida con la escala PANAS. En un estudio similar, Mennin, McLaughlin y Flanagan (2009) confirmaron la relación entre las escalas de DERS y la intensidad emocional con la sintomatología de TAG, independientemente de la presencia comórbida de síntomas de ansiedad social. Con menor potencia discriminante, la escasa comprensión emocional es la que más predecía la ansiedad social y la no aceptación de emociones predecía la comorbilidad de TAG y fobia social.

Decker, Turk, Hess y Murray (2008) encontraron que los pacientes con TAG, respecto a la población general, no mostraban una diferenciación emocional más pobre ni usaban un abanico menor de estrategias de RE. Más bien se caracterizaban por usar a menudo estrategias de RE. Plate, Aldao, Quintero y Mennin, (2016), en un estudio de comparación de pacientes con TAG y un grupo control, encontraron que la reevaluación se asociaba con la depresión y la interferencia producida por los síntomas de manera diferente en ambos grupos y que dicha relación estaba mediada por la subescala no aceptación del cuestionario DERS. En el grupo de TAG, se halló una asociación negativa entre reevaluación e interferencia sólo cuando la no aceptación fue baja. En el grupo control, había una relación negativa entre reevaluación y síntomas de depresión e interferencia, sólo cuando la no aceptación fue alta. En pacientes con TAG, la instrucción de reevaluación se asocia paradójicamente con menor flexibilidad cardíaca (Aldao y Mennin, 2012).

Los pacientes con trastorno de pánico presentan una tendencia a evitar, suprimir y constreñir toda experiencia emocional negativa, así como su expresión. Estos rasgos

interactuarían con la sensibilidad a la ansiedad y los acontecimientos estresantes en el desarrollo del trastorno. Respecto a su mantenimiento, la presencia de intentos de supresión y evitación emocional puede generar un círculo vicioso en el cual cada vez se genera más ansiedad y la persona aplica con mayor intensidad estrategias disfuncionales (Hervás, 2011).

En un estudio en que se comparó a 50 pacientes con trastornos de pánico con grupos control sanos, Baker, Holloway, Thomas, Thomas y Owens (2004) hallaron que el trastorno de pánico se asociaba con mayores dificultades de procesamiento emocional. Los resultados mostraron una mayor tendencia a controlar no sólo la ansiedad, sino también la ira y la infelicidad. Tres dimensiones distinguían el grupo de pánico de los grupos control: mayor control de experiencias emocionales (“asfixia” o “contención” de emociones) y de la expresión de las mismas, mayor consciencia de emociones y mayor dificultad en el etiquetado de emociones.

En un estudio experimental con inducción mediante administración de aire enriquecido en CO₂ a participantes con trastorno de pánico, con y sin agorafobia, Levitt et al. (2004) compararon las estrategias de supresión y aceptación y un grupo control sin instrucciones. Los tres grupos no difirieron en su experiencia de sensaciones de pánico (síntomas de pánico autorreferidos o activación psicofisiológica). En cambio, el grupo de aceptación sí que mostró menor ansiedad subjetiva y mayor disposición a participar en un nuevo ensayo que los otros dos grupos. Cuando se relacionó el grado de utilización de ambas estrategias se encontraron resultados similares: el uso de supresión se relacionó con mayor grado de ansiedad subjetiva y el uso de aceptación se relacionó con disposición a repetir el desafío. La reevaluación mejora los marcadores psicofisiológicos de psicopatología en el trastorno de pánico. La excesiva activación de las áreas límbicas y prefrontales respecto a un grupo control se reduce o se neutraliza durante la reevaluación. Asimismo, la reevaluación compensa la reducida variabilidad de la tasa cardíaca de estos pacientes (Reinecke et al., 2015).

En cuanto a las personas con TEP, cuando la experiencia traumática sucede en la infancia o la adolescencia, sus efectos negativos sobre el apego y sobre la integridad

neurobiológica interfieren con el normal desarrollo de las habilidades de regulación afectiva (Cook et al., 2005). En la edad adulta, dificultades de RE previos al trauma podrían actuar como factores de vulnerabilidad favoreciendo el desarrollo del trastorno. Así el TEP se ha vinculado con falta de claridad y de aceptación emocional, alexitimia y evitación experiencial (Hervás, 2011). En personas con historia de traumas, el nivel de síntomas de TEP se relacionan con menor claridad y consciencia emocional; menores niveles de aceptación; mayor evitación experiencial; mayores niveles de supresión y bajos niveles de reevaluación (Ehring y Quack, 2010). Asimismo, se ha relacionado el TEP con déficits de flexibilidad en la expresión de emociones. En una muestra de excombatientes, Rodin et al. (2017) encontraron que la baja flexibilidad, en particular la limitada capacidad de exageración de la expresión, se asociaba con la gravedad de síntomas de TEP y depresivos. Sin embargo, la capacidad de supresión era diferente entre los veteranos con y sin TEP.

En el caso de la fobia social, la disminución de emociones positivas podría deberse a la tendencia a emplear la supresión, frente a la expresión emocional (Kashdan y Breen, 2008). O'Toole, Zachariae y Mennin (2017) estudiaron en una muestra de universitarios, mediante autorregistros diarios, la flexibilidad de RE en el empleo de estrategias como evitación experiencial, supresión y reevaluación. Los participantes con elevada ansiedad social, respecto al grupo con ansiedad social baja, empleaban más evitación experiencial especialmente con niveles elevados de emoción negativa: culpa, nerviosismo y tristeza. No se encontraron diferencias entre grupos en las otras estrategias estudiadas. Los autores concluyen que las personas con elevada ansiedad social se caracterizan por su inflexibilidad motivada por su renuencia a experimentar emociones negativas. Werner, Goldin, Ball, Heimberg y Gross, (2011) compararon la RE de una muestra de pacientes con fobia social la de un grupo control en una tarea de discurso y en situaciones vividas en el último mes. Las personas con fobia social reportaron mayor uso de evitación y supresión, así como, menor autoeficacia en la implementación de reevaluación y supresión. Blalock, Kashdan y Farmer. (2016), en otro estudio con grupo control, replicaron que los participantes con fobia social reportaron mayores niveles de rasgo de supresión y menores niveles de reevaluación. Además, mediante registros diarios, confirmaron ese patrón en la vida diaria de los participantes.

La reevaluación predecía la emoción positiva en la muestra clínica en mayor medida que en el grupo control. Este resultado sugiere que las personas con ansiedad social se benefician más de la reevaluación.

En un metaanálisis sobre las estrategias de supresión y reevaluación en personas con elevada ansiedad social, Kivity y Huppert (2019) encontraron resultados distintos en estudios de autoinformes y estudios experimentales. Estas personas, respecto a los controles, informaban de un uso menos frecuente y efectivo de reevaluación y un uso más frecuente y efectivo de supresión. Sin embargo, estos patrones no se confirman en los estudios con inducción de emociones, ni siquiera bajo estrés. Los autores sugieren que, a pesar de poseerlas, las personas con ansiedad social tienen dificultades para implementar sus habilidades de reevaluación en la vida diaria. Un ejemplo de la efectividad de la RE de las personas con FS se encuentra en Dixon et al. (2019). En un estudio experimental con inducción mediante auto-afirmaciones, técnicas de neuroimagen e instrucciones de reevaluación y aceptación, los autores entraron que las personas con el trastorno no se diferenciaban de los controles en su modulación del afecto negativo. Tampoco se diferenciaron en su activación de regiones frontoparietales durante la RE, aunque, dentro del grupo de fóbicos, sí que se asoció la menor activación de esa zona con la gravedad de la sintomatología de ansiedad social. Las regiones en que sí que hallaron diferencias entre grupos fueron la red neuronal por defecto y el área somatomotora.

Miu, Vulturar, Chiş, Ungureanu y Gross (2013) sugieren que la reevaluación, como rasgo, constituiría un fenotipo que mediaría la relación entre predisposición genética (5HTTLPR) y sintomatología de ansiedad social. La reducción de los síntomas de ansiedad social durante el tratamiento cognitivo-conductual se asocia con una disminución del uso de estrategias desadaptativas de RE y el aumento de las estrategias adaptativas (Aldao, Jazaieri, Goldin y Gross, 2014). Kivity y Huppert (2016) demuestran que las personas con elevada ansiedad social se benefician de un breve entrenamiento en reevaluación emocional. Un cambio significativo fue la reducción del déficit de autoeficacia respecto a la reevaluación que caracterizaba a los participantes con alta ansiedad social en la línea base. En la misma línea, Feinberg, Willer, Antonenko y

John(2012) comprobaron que la autoeficacia respecto a la reevaluación cognitiva es un factor que media la eficacia de la TCC en pacientes con fobia social generalizada.

Por otra parte, se ha estudiado también la inducción de reevaluación durante la exposición a estímulos fóbicos. En un estudio con participantes claustrofóbicos, los pertenecientes al grupo de exposición-revaluación mostraron mayores niveles de reducción de miedo frente a la condición de sólo exposición (Kamphuis y Telch, 2000).

En cuanto a las dificultades de RE en el TOC, Yap et al. (2018) las estudiaron tanto en una muestra comunitaria como en una muestra clínica comparada con un grupo control. En la muestra comunitaria todas las subescalas del DERS se correlacionan con la gravedad de síntomas TOC y dos subescalas. Las dos subescalas que mejor predecían las dimensiones de TOC fueron la no aceptación y las dificultades para desplegar conductas dirigidas a objetivos. En la muestra clínica no se hallaron asociaciones significativas entre la puntuación global en dificultades de RE e intensidad de sintomatología TOC. Sin embargo, respecto al grupo control, la muestra clínica tuvo más dificultades para aceptar sus emociones, implicarse en conductas dirigidas a metas, controlar sus impulsos y en su eficacia con el uso de estrategias de RE. Smith, Wetterneck, Hart, Short y Björgvinsson (2012) ya habían encontrado que la percepción de las personas con TOC sobre sus propias emociones es un factor importante. Una proporción muy elevada de participantes evaluaban sus emociones como amenazantes. La actitud sobre las emociones predecía tres de las cuatro dimensiones del trastorno que estudiaron.

3.5. REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNOS DEPRESIVOS

Se han generado modelos explicativos de los trastornos depresivos surgidos desde los modelos de RE. Desde esta perspectiva, los trastornos depresivos pueden ser concebidos como caracterizados por la desregulación tanto de las emociones negativas como positivas. Éste puede ser un marco en el que se integren aproximaciones teóricas previas sobre los trastornos depresivos con aparentes “desacuerdos” (Gross y Muñoz, 1995). Estos modelos conciben que los individuos que presentan episodios depresivos no se diferencian de la población general por el grado en que devienen tristes, sino que se caracterizan por una menor habilidad para reparar o regular sus emociones resultando en episodios más prolongados de tristeza y humor depresivo (Joorman y Siemer, 2014).

En cuanto al proceso etiológico de desarrollo de los trastornos depresivos, sin olvidar la contribución de factores por vía de la generación de emociones, se cree que el trastorno también puede surgir de formas disfuncionales de intentar controlar o afrontar impulsos afectivos (Rottemberg y Gross, 2003). Los déficits de RE serían el principal mecanismo de vulnerabilidad y este factor clave recogería la influencia de variables como el temperamento innato y los procesos parentales (Feng, Shaw y Silk, 2008; Silk, Shaw, Forbes, Lane y Kovacs, 2006; Yap, Allen y Sheeber, 2007). En un estudio con población general y empleando el cuestionario de DERS, Abravanel y Sinha (2015) encontraron que la desregulación emocional, media parcial y significativamente la relación entre la adversidad acumulada y la sintomatología depresiva. En otra investigación con muestra comunitaria de adolescentes, Shapero, Abramson y Alloy (2016) averiguaron que la reevaluación como rasgo tenía un papel moderador entre reactividad emocional y síntomas depresivos. Altos niveles de reevaluación se asociaban con una menor relación entre la reactividad emocional elevada y la sintomatología depresiva. Además, el rasgo de reevaluación se relacionaba marginalmente con una reducción en la asociación entre pobre recuperación biológica (cortisol) de un estresor y síntomas de depresión. En cambio, la reevaluación no modulaba el impacto de la reactividad sobre los síntomas de ansiedad.

En un estudio con adolescentes ingresados, Paulus, Vanwoerden, Norton y Sharp (2016) encontraron que la desregulación emocional e inflexibilidad psicológica media la relación entre el neuroticismo y la depresión. Entre los subfactores más destacados estaba la carencia de estrategias de RE. En el mismo sentido, en el ámbito de la infancia y la adolescencia se resalta la importancia de la socialización de habilidades adaptativas y flexibles de RE como factor de resiliencia contra el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo (Silk et al., 2007). Ford, Mauss, Troy, Smolen y Hankin (2014), en un estudio con niños, encontraron que la RE adaptativa actuaba como un factor moderador de la relación entre el riesgo genético y ambiental y los síntomas depresivos. Los niños con alto riesgo que usaban habitualmente la reevaluación no presentaban un incremento de sintomatología depresiva. Un estudio longitudinal de 5 años, con participantes que inicialmente presentaban sintomatología depresiva, mostró que la aplicación reportada de habilidades de RE adaptativas (tanto en conjunto como por separado) predecían negativamente la gravedad subsiguiente de síntomas depresivos. Por el contrario, la intensidad inicial de la sintomatología no predecía el grado de habilidad al final del período (Berking, Wirtz, Svaldi y Hofmann, 2014).

Shallcross et al. (2010) en un estudio prospectivo con mujeres en riesgo de desarrollar depresión (con un suceso vital estresante en los tres meses previos al inicio del estudio) reportan que la tendencia a la aceptación actuaba como protector respecto al desarrollo de síntomas depresivos cuando se enfrentaron a elevados niveles de estrés vital durante el período del estudio. No hubo asociación en las participantes que sólo experimentaron un estrés menor. Sin embargo, en un estudio longitudinal con ancianos, tras controlar los niveles de sucesos vitales estresantes y sintomatología depresiva previos, los síntomas depresivos al final del período se relacionaron significativamente con baja reevaluación positiva y elevada aceptación. En esta población, por tanto, la aceptación tendría consecuencias desadaptativas (Kraaij, Pruymboom y Garnefski, 2002). Troy, Wilhelm, Shallcross y Mauss (2010) comprobaron que la capacidad de reevaluación, valorada mediante la ejecución en tareas experimentales, actúa como variable moduladora entre los sucesos estresantes vividos y la sintomatología depresiva. Este resultado respaldaría la idea de las habilidades de RE como factor de protección en situaciones de estrés.

Empleando registros diarios, con una muestra comunitaria, Ford, Karnilowicz y Mauss (2017) encontraron que en participantes que experimentaban elevado estrés en su vida (no en aquellos que tenían poco estrés), intentar reevaluar más frecuentemente se asociaba con menos síntomas depresivos entre quienes usaban la reevaluación más exitosamente, pero se asociaba con más síntomas depresivos entre quien usaban la reevaluación menos exitosamente. Por tanto, la protección de la reevaluación depende de la ejecución exitosa de la estrategia de reevaluación. Kross, Gard, Deldin, Clifton y Ayduk (2012) demostraron que las personas con trastornos depresivos no tienen afectada su capacidad para analizar sus emociones adaptativamente si adoptan una perspectiva distanciada de ellos mismos: el punto de vista de una tercera persona.

El papel protector de la reevaluación respecto al afecto depresivo también se ha hallado en trastornos psicóticos. Henry, Rendell, Green, McDonald y O'Donnell(2008) midieron la supresión y la reevaluación en pacientes con esquizofrenia y controles tras ver fragmentos de películas evocadores de emociones. Pacientes y controles no diferían en el uso reportado de supresión o reevaluación, pero un mayor uso de reevaluación en pacientes con esquizofrenia se correlacionaba con depresión reducida. Sin embargo, la relación entre la habilidad para la reevaluación y la sintomatología depresiva depende del contexto. En personas que han experimentado estrés incontrolable, la capacidad elevada se asocia con menores niveles de depresión. En cambio, para pacientes con estrés controlable, elevados niveles de habilidad de reevaluación se asocian con mayores niveles de depresión (Troy et al., 2013).

La eficacia de la reevaluación, en ámbito experimental, de personas con TDM puede incrementarse mediante la promoción previa de autocompasión. En cambio, la aceptación, no funcionó como estrategia preparatoria (Diedrich, Hofmann, Cuijpers y Berking, 2016). Ehret, Joormann y Berking (2018) compararon, en un estudio experimental, la efectividad de la autocompasión, frente a la aceptación y la reevaluación, en personas con TDM, personas recuperadas de una TDM y en un grupo sin patología. En conjunto la autocompasión condujo a una reducción mayor de emociones negativas que la condición de aceptación. En personas con antecedentes

depresivos y participantes no clínicos, el descenso de la emoción depresiva fue mayor con la autocompasión que con la reevaluación. En participantes con TDM, las diferencias entre autocompasión y reevaluación no fueron significativas.

Por otra parte, la sintomatología afectiva se relaciona inversamente con las expectativas de regulación adaptativa de emociones negativas (Catanzaro y Mearns, 1990; Kassel, Bornovalova y Mehta, 2007). El entrenamiento en reevaluación cognitiva mediante una web interactiva y cooperativa se mostró efectiva para la reducción de síntomas depresivos y pensamiento perseverativo, frente a una web de escritura expresiva (Morris, Schueller, y Picard, 2015). De acuerdo con la evidencia, las deficiencias en RE que se relacionan con la sintomatología depresiva pueden consistir en dificultades para identificar emociones, para aceptar y tolerar emociones negativas, en un repertorio más limitado de estrategias de RE, el uso de estrategias poco efectivas (poco adaptativas y evitativas), o fallos en el uso de estrategias presentes en repertorio, y menor probabilidad en creer que sus estrategias serán efectivas (Berking y Wupperman, 2012; Yap et al., 2007).

En la literatura también se mencionan estrategias conductuales patológicas como la auto-medicación con alcohol y otras drogas (Rottemberg y Gross, 2003). Asimismo, la sintomatología depresiva se asocia con una menor capacidad, en contexto de laboratorio, para regular la actividad cardíaca para ajustarla a las demandas de la tarea. (Hugles y Stonley, 2000). Liverant, Brown, Barlow y Roemer (2008) compararon los efectos de la supresión y la aceptación en una muestra de personas con depresión unipolar. Evaluaron la regulación espontánea y manipularon experimentalmente las dos estrategias. Encontraron que la supresión producía una reducción de la tristeza a corto plazo. Sin embargo, los niveles de ansiedad asociados a la experiencia influyeron en la eficacia de la supresión. Esta estrategia dejaba de ser efectiva cuando los niveles de ansiedad provocada por la inducción de tristeza eran moderados o elevados.

Con respecto a la tendencia a usar estrategias desadaptativas de RE, existen evidencias de que las personas que presentan episodios depresivos emplean, más frecuentemente, estrategias como supresión, rumiación, catastrofización y auto-

inculpación. En cambio, se constata menor conocimiento, claridad y aceptación de sus emociones y uso menos frecuente de estrategias adaptativas como reevaluación positiva y auto-revelación emocional (Campbell-Sills et al., 2006b; Garnefski y Kraaij, 2006; Joormann y Gotlib, 2010; Rude y McCarthy, 2003). Los hábitos disfuncionales se relacionan con la puntuación en autoinformes de sintomatología depresiva (Joormann y Gotlib, 2010).

D'Avanzato, Joormann, Siemer, y Gotlib (2013) estudiaron el uso habitual de estrategias de RE en pacientes con TDM actual, recuperados de un episodio depresivo y con fobia social. En comparación con un grupo control, en ambas patologías se encontró un uso más frecuente de rumiación y supresión y menos frecuente de reevaluación. Asimismo, fue común la relación entre rumiación y sintomatología depresiva. De manera específica los pacientes con depresión mostraron los mayores niveles de rumiación y menores de reevaluación. En los pacientes en remisión se mantenía la elevada rumiación, en cambio, se había recuperado el uso de la reevaluación. Lo específico de los pacientes con fobia social fue los niveles más elevados de supresión y la relación más estrecha entre rumiación y niveles de ansiedad.

Desde la perspectiva del afrontamiento del estrés, Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) desarrollaron un cuestionario, el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, para evaluar la tendencia a usar nueve estrategias cognitivas de afrontamiento adaptativas y desadaptativas. En una amplia muestra de universitarios se estudió la relación de estas dimensiones con sintomatología afectiva. Rumiación, auto-inculpación y catastrofización correlacionaba con mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa. Mientras la reevaluación positiva se asociaba a menores niveles de ambos tipos de síntomas, la refocalización positiva sólo se relacionaba con menos síntomas depresivos. Los autores confirmaron la relación de los síntomas depresivos con las estrategias cognitivas de RE en diferentes muestras: adolescentes, adultos, ancianos y psiquiátricos. En todas ellas la sintomatología se relacionó con elevados niveles de rumiación y catastrofización y escasa reevaluación positiva. La auto-inculpación se relacionó con más depresión en todas las muestras excepto en ancianos. La muestra clínica mostró mayor tendencia a usar las tres estrategias negativas señaladas junto con

culpar a otros y aceptación (Garnefski, Boon y Kraaij, 2003). También en una muestra de participantes con trastorno bipolar, frente a un grupo control, se encontró un uso elevado de supresión, así como de reevaluación, durante el visionado de escenas neutrales, felices y tristes (Gruber et al., 2012).

Después de recuperarse del episodio depresivo, los pacientes siguen informando de déficits de RE. En un estudio se encontró que las personas con historia de depresión presentaban mayores problemas autopercibidos de RE, un uso más frecuente de estrategias disfuncionales y menos frecuente de adaptativas y menor claridad y aceptación emocional que el grupo control (Ehring, Fischer, Schnülle, Bösterling y Tuschen-Caffier, 2008). La tendencia a la rumiación sería menos frecuente en personas con ese antecedente que en personas con un episodio depresivo actual pero todavía superior a la población general. También se caracterizan por el empleo de supresión y menor uso de reevaluación. Estos hábitos se relacionan con la intensidad de la sintomatología depresiva auto-informados (Joormann y Gotlib, 2010). En un estudio de laboratorio con el mismo tipo de participantes se comprobó el uso espontáneo de la estrategia de supresión en respuesta a tristeza inducida mediante la escena de una película (Ehring et al., 2010).

Aunque la regulación de las emociones positivas ha sido menos estudiada, se empiezan a conocer los estilos de respuesta a las emociones positivas en la depresión. En un estudio longitudinal con población no clínica niveles elevados de amortiguación o sobre-regulación de estados de ánimo positivos (dampening) predijeron síntomas depresivos (Raes, Smets, Nelis y Schoofs., 2012). En otro estudio comunitario, se encontró que la sintomatología depresiva y de ansiedad se asociaba, en los autorregistros, con menor reactividad emocional positiva y mayor amortiguación de emociones positivas. En cambio, las creencias favorables al saboreo se asociaron con mayor reactividad a emociones positivas, menor amortiguación y mayor regulación al alza de emociones positivas (Carl, Fairholme, Gallagher, Thompson-Hollands y Barlow, 2014).

Una vez desarrollado el trastorno, las personas con depresión tienen dificultades para incrementar efectivamente o regular al alza emociones positivas y una habilidad disminuida para mantener emociones positivas. De esta manera se perderían los efectos comúnmente asociados con ese tipo de emociones (Du Pont et al., 2016). Werner-Seidler, Banks, Dunn y Moulds (2013) encontraron que síntomas de depresión se asocian con una aprensión hacia e intentos de amortiguar experiencias de afecto positivo y las personas deprimidas reportan que intentan amortiguar más esta experiencia. La propensión a amortiguar emociones positivas apareció como más problemática en depresión aguda que en depresión remitida. En un estudio experimental el intento de recordar recuerdos positivos se mostró ineficaz en los participantes con antecedentes de episodios depresivos al igual que en el grupo de deprimidos (Joormann, Siemer y Gotlib., 2007).

Por lo que respecta al funcionamiento cognitivo, se considera que los déficits y sesgos afectan la capacidad de las personas para regular la emoción y los estados de ánimo y potencialmente aumenta su vulnerabilidad a desarrollar trastornos emocionales. La depresión se asocia con dificultades para desconectar la atención de material negativo con déficits en el control inhibitorio y con sesgos de memoria. Estas anomalías tienen el potencial de afectar al uso de y efectividad de las estrategias de RE así como la eficacia de procesos de RE más automáticos (Gotlib y Joormann, 2010).

En cuanto a los procesos atencionales, los pacientes depresivos despliegan un sesgo atencional atendiendo relativamente más a estímulos emocionalmente negativos que a los neutros o positivos (Troy y Mauss, 2011). Sin embargo, en una revisión de este aspecto, Mogg y Bradley (2005) concluyen que la evidencia de sesgos atencionales automáticos hacia señales externas negativas es menos robusta en la depresión que en el TAG. Cuando existe este sesgo en pacientes depresivos ocurre principalmente hacia información negativa relevante para su auto-concepto que se presenta en condiciones que permiten o demandan procesamientos complejos.

En este ámbito de los procesos cognitivos que subyacen a las dificultades en RE que presentan las personas con depresión, es muy destacable el modelo las teorías de

estilos de RE de S. Nolen-Hoeksema antes mencionadas. La evidencia muestra que la rumiación se asocia con una mayor vulnerabilidad a padecer episodios depresivos, intensidad de los síntomas, prolongación del episodio y recurrencia. Además, explica las diferencias de género (Joormann, 2005; Nolen-Hoeksema et al., 2008).

Joormann y Siemer (2004), dividieron una muestra de universitarios en función de su sintomatología disfórica y comprobaron cómo las dificultades de los individuos con mayor grado de depresión para recuperar recuerdos agradables tras una inducción de tristeza se incrementaban con rumiación. Asimismo, hallaron que los participantes disfóricos se caracterizaban por no beneficiarse de recuerdos positivos tras una inducción negativa y sí lo hacían, en cambio, de instrucciones de distracción. Joormann, Dkane y Gotlib (2006) investigaron la validez discriminante para la solución de dos factores de la escala Ruminatión Scale of the Response Style Questionnaire propuesta por Treynor, González y Nolen-Hoeksema (2003) quienes diferenciaban un componente adaptativo (*reflective pondering* o reflexión) y uno desadaptativo (*brooding*, actitud meditabunda o reproche). Los autores encontraron que el grupo con TDM se diferenciaban por puntuar más en *brooding* que los grupos de ansiedad social y el grupo con antecedentes depresivos; aunque estos también obtuvieron mayores puntuaciones que el grupo control. Aunque en menor medida, las puntuaciones en la subescala *reflective pondering* de los participantes deprimidos también eran elevadas en comparación con el grupo control.

En un estudio con una muestra compuesta por tres grupos de participantes: personas con TDM, personas con antecedentes de TDM y grupo control, Joorman y Gotlib (2010) demostraron la relación entre deficiente inhibición de material negativo y uso habitual de estrategias de RE. Se empleó la técnica de priming con palabras con contenido negativo. En la muestra general, la inhibición se asoció con uso frecuente de *reflective pondering* y reevaluación y, menos frecuente, de supresión. En el grupo de participantes con TDM, la menor inhibición de material negativo se relacionó con mayores niveles de rumiación y, específicamente y *brooding*. La deficiente inhibición dificultaría la reorientación de la atención necesaria para la reinterpretación de la situación.

La asociación entre rumiación y síntomas depresivos está mediada por el incremento de la evitación conductual y la disminución de la motivación al logro. Brockmeyer et al. (2014) demostraron esa cadena asociativa en estudio path análisis con una amplia muestra de pacientes depresivos. Desde la teoría de la selección de estrategias de RE, Sheppes (2014) entiende la rumiación como una desviación de la preferencia adaptativa por desconectar de un estímulo de muy alta intensidad, que predispondría a la depresión mayor. En cuanto a la flexibilidad para adaptar la selección de estrategias a la finalidad de RE, comparados con participantes saludables, los participantes con sintomatología depresiva seleccionan menos la rumiación para incrementar emociones y seleccionan menos la distracción para disminuir emociones (Millgram et al., 2019).

En estudios psicofisiológicos de neuroimagen se han hallado disfunciones en la actividad prefrontal de participantes TDM durante tareas de reevaluación en comparación con el grupo control (Jackson et al., 2000). Los resultados de los estudios de RE son consistentes con un modelo de reducción de la regulación arriba-abajo desde la corteza prefrontal lateral (Johnstone y Walker, 2014). Erk et al. (2010) en un estudio con neuroimagen comparó a pacientes con TDM moderado con un grupo control en un diseño con una primera tarea RE mediante reevaluación de imágenes y un visionado pasivo 15 minutos después. Durante la tarea de reevaluación no se observaron diferencias entre grupos en activación de la amígdala derecha, aunque entre los pacientes sí se constató una correlación negativa entre gravedad de los síntomas y efectividad de la regulación a la baja de la amígdala. En cuanto a la actividad cortical, los pacientes mostraron una respuesta disminuida en la corteza prefrontal dorsolateral. En el visionado pasivo posterior, en el grupo control se encontró un efecto sostenido de regulación para las imágenes negativas previamente reevaluadas en la activación de la amígdala. Este efecto no se halló en los pacientes deprimidos.

En un estudio con personas ya recuperadas, Kanske, Heissler, Schönfelder y Wessa (2012) compararon las estrategias de reevaluación y distracción. Los participantes con antecedentes, frente al grupo control, mostraron una menor reducción de la

activación de la amígdala mediante la reevaluación de imágenes negativas. No se encontraron diferencias con la estrategia de distracción. La efectividad de la reevaluación se correlacionó con el uso habitual de reevaluación.

En cuanto a la dificultad de las personas con depresión para mantener emociones positivas (anhedonia), los estudios de neuroimagen apuntan que puede implicar a la red frontoestriatal, que incluye regiones conectadas del núcleo estriado, particularmente el striatum ventral y la corteza prefrontal (Johnstone y Walker, 2014). La desregulación de las emociones positivas de las personas deprimidas se refleja dificultades para mantener la actividad del estriado ventral (Heller et al., 2009) pero su capacidad para regular al alza emociones positiva mejora con medicación (Heller et al., 2013) y con neurofeedback de activación en regiones de la red frontoestriatal (Linden et al. 2013).

Joorman y Siemer (2014) realizaron una revisión de la literatura que recoge la investigación sobre el papel de la RE en el desarrollo y mantenimiento de TDM y del trastorno bipolar. Los autores recogen evidencias de la importancia de la asociación con trastornos afectivos de dos aspectos de la RE: las diferencias individuales el uso habitual de estrategias específicas de RE y dificultades en la implementación de estrategias adaptativas de RE.

Centrándonos en los trastornos depresivos, los autores relacionan el TDM con el uso frecuente de rumiación y la menor frecuencia de uso de reevaluación. Existen indicios de que el uso de rumiación puede ser un factor estable incluso fuera del episodio depresivo mientras que el uso reducido de reevaluación se observa sólo durante el episodio agudo. Esto sugeriría que la rumiación actuaría como factor de riesgo de recurrencia mientras que los cambios en el uso de reevaluación sería un epifenómeno del episodio depresivo. Los resultados respecto al uso de otras estrategias (supresión- evitación y aceptación) los resultados son inconsistentes.

En cuanto las dificultades en la implementación de estrategias adaptativas. Joorman y Siemer afirman que los resultados iniciales sugieren que los participantes depresivos pueden aplicar efectivamente la distracción. En cambio, parecen tener más

dificultades con la reevaluación, aunque los resultados no son concluyentes. Los estudios sugerirían que la depresión se asocia con dificultades para usar material positivo para compensar el afecto negativo. Por otra parte los autores revisan los procesos cognitivos que pueden subyacer a las dificultades en RE. En la depresión los sesgos de procesamiento, congruentes con el humor, puede afectar la evaluación inicial de una situación, así como a la reevaluación. Los déficits de control cognitivo afectan de manera diferencial a las distintas estrategias de RE. El hecho de que la reevaluación requiere un mayor esfuerzo puede explicar por qué la distracción funciona y la reevaluación falla en participantes depresivos. Los autores sugieren, por otra parte, que las dificultades para saborear eventos positivos y recordar material positivo cuando se sienten tristes también puede jugar un papel en el TDM. En definitiva, los déficits en RE que se han encontrado en el ámbito de los trastornos depresivos se resumen en lo siguiente:

SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS

- Mayor frecuencia de rumiación (factor estable)
- Menor frecuencia de reevaluación (sólo en episodio agudo)

EFFECTIVIDAD DE ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS

- Distracción: igual de efectiva
- Recuerdo de material positivo: no efectivo en depresivos
- Reevaluación: resultados mixtos.

PROCESOS COGNITIVOS COMO POSIBLES FACTORES EXPLICATIVOS:

- Sesgos congruentes con estados de ánimo
- Déficit en control cognitivo

En otra revisión Joormann y Vanderlind (2014) concluyen, respecto a la selección de estrategias, que el TDM se ha asociado con el uso frecuente de rumiación y menos frecuente de reevaluación. Las investigaciones también sugieren la asociación con la no aceptación, así como el miedo al afecto de alta intensidad. Los resultados para otras estrategias de RE, como la supresión y la distracción, son insuficientes o inconsistentes. Los autores consideran necesarios más estudios sobre uso de estrategias en respuesta a emociones inducidas.

En cuanto a la efectividad de la implementación de estrategias adaptativas, consideran un campo sólo incipiente. Los resultados parecen indicar que las personas deprimidas pueden usar distracción con efectividad pero tienen dificultades para aplicar la reevaluación.

Por lo que respecta a la regulación del afecto positivo, concluyen que existe una evidencia preliminar respecto a las dificultades para regular al alza y mantener el afecto positivo y la excesiva amortiguación de las emociones positivas. Además, los participantes depresivos intentan evitar el afecto positivo intenso y tienen dificultades para aprovechar recuerdos positivos para contrarrestar el afecto negativo.

Visted, Vøllestad, Nielsen y Schanche (2018) realizaron una revisión metaanalítica de 72 estudios sobre el uso autoinformado de estrategias de RE y habilidades de RE en adultos episodios depresivos tanto actuales como remitidos. Los resultados del metaanálisis indican que, respecto a muestras control, las personas con TDM presente reportan mayores niveles en todas las estrategias desadaptativas analizadas: evitación, rumiación y supresión. También informan de menor uso estrategias adaptativas: aceptación, solución de problemas y reevaluación (este último con tamaño del efecto moderado). Los pacientes informaron, asimismo, de limitaciones en sus habilidades de RE: mayor alexitimia y menor consciencia emocional, claridad emocional y tolerancia emocional. En individuos con antecedentes de TDM se obtuvieron resultados similares en evitación, rumiación y supresión y habilidades de RE. Sin embargo, no encontramos diferencias entre personas con TDM remitido y controles en estrategias de RE adaptativas. En cuanto a factores moderadores de las dificultades de RE, el análisis de meta-regresión arrojó como significativos la edad de inicio del trastorno, ansiedad comórbida y duración de la remisión (en el caso de personas recuperadas).

Por otra parte, con independencia de la influencia de la sintomatología emocional, se ha relacionado la suicidabilidad con dificultades para la RE. Las personas con historia de intentos de suicidio se caracterizan por la no aceptación de las respuestas emocionales y la percepción de acceso limitado a estrategias de RE. Ésta última variable

se vincula, con la mediación de la desesperanza, con la ideación suicida presente (Rajappa, Gallagher y Miranda, 2012). Las personas con historias de ideación suicida muestran, además, una menor habilidad para la reevaluación de imágenes negativas que se refleja en mayores potenciales positivos tardíos (Kudinova et al., 2016).

3.6. REGULACIÓN EMOCIONAL EN TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

Las ideas surgidas en la investigación sobre RE ya estaban tácitamente presentes en terapias psicológicas eficaces, como terapias cognitivo-conductuales, que se fundamentan sobre el principio de que el ajuste psicológico puede ser mejorado mediante la modificación de las respuestas habituales a las emociones incómodas (Gross y Muñoz, 1995).

De manera más explícita muchas de la terapias cognitivo-conductuales de tercera generación han incorporado el marco conceptual de la RE. Estos tratamientos incorporan alguna forma de entrenamiento en RE, particularmente estrategias cognitivas adaptativas de reevaluación y aceptación (Aldao, 2012; Gross et al., 2019). Se incluyen la terapia dialéctica conductual (Linehan, 2003) que se ha adaptado para el tratamiento del TDM (Felman, Harley, Kerrigan, Jacobo y Fava, 2009; Harley, Sprich, Safren, Jacobo, y Fava, 2008) y trastornos de ansiedad (Chapman, Gratz y Tull, 2011), la terapia centrada en la emoción (Greenberg y Watson, 2006), la terapia de aceptación y compromiso (Hayes et al., 1999), terapia conductual basada en la aceptación (Roemer et al., 2008), terapia cognitiva basada en mindfulness (Segal, Williams, y Teasdale, 2002), terapia de RE (Fresco et al., 2013; Mennin y Fresco, 2009), el tratamiento de TEP por abusos en la infancia (Cloitre, Cohen y Koenen, 2011), la terapia de esquema emocional (Leahy et al., 2012), el Protocolo unificado de tratamiento de los trastornos emocionales (Barlow et al., 2011b) y el Entrenamiento en regulación del afecto (Berking y Whitley, 2014).

En un análisis de los resultados de su terapia, el equipo de D.H. Barlow demostró que los cambios en reactividad a las emociones es un mecanismo que predice mejor la reducción de sintomatología afectiva que la frecuencia de emociones negativa. En concreto, el modelo que mejor explicó el cambio incluyó el miedo a las emociones y la sensibilidad a la ansiedad. Contra lo hipotetizado no fue significativa la contribución de la aceptación de las emociones (Sauer-Zabala et al., 2012).

Berking et al. (2008) encontraron que la adición de un breve entrenamiento en habilidades de RE a la TCC en pacientes hospitalizados mejoraba los efectos del tratamiento habitual. Posteriormente, Berking, Ebert, Cuijpers y Hofmann (2013) en un estudio con pacientes diagnosticados de TDM hallaron que la integración de un entrenamiento sistemático en RE, procedente de su terapia transdiagnóstica, el entrenamiento en regulación del afecto de Berking y Schwarz (2013), en la TCC incrementaba la eficacia de dicho tratamiento. También ha probado su eficacia en pacientes con TAG y sintomatología depresiva la terapia de RE (Mennin y Fresco, 2014; Mennin, Fresco, Ritter y Heimberg, 2015).

En un estudio con pacientes ingresados con trastorno depresivo, Fehlinger, Stumpfenhorst, Stenzel y Rief (2013) compararon la capacidad para predecir los resultados del tratamiento de siete habilidades: solución de problemas, competencia social, manejo de estrés, habilidad de relajación, RE y autoestima. Sólo la habilidad de RE inicial predijo la mejoría de la sintomatología depresiva. Además, esta variable resultó ser un moderador de la asociación entre la mejoría en habilidades y la reducción de los síntomas depresivos.

En un artículo de revisión Gratz, Weiss y Tull. (2015) concluyen que la mayoría de las intervenciones cognitivo conductuales y basadas en la aceptación influyen en la RE, y que los cambios en RE en el transcurso del tratamientos se relaciona con cambios en numerosos resultados clínicamente relevantes. Además, los tratamientos desarrollados específicamente para modificar la RE tienen más utilidad y puede tener una aplicabilidad transdiagnóstica.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

4. JUSTIFICACIÓN

De la revisión de la literatura sobre RE presentada en el capítulo anterior, se desprende que hay aspectos todavía confusos, y sobre los cuales hace falta más investigación empírica que ayude a clarificarlos. Con este objetivo se ha desarrollado la investigación que se presenta a continuación.

Aunque la evidencia sugiere que la RE desadaptativa es un rasgo transdiagnóstico a los trastornos emocionales, se necesita más trabajo empírico para confirmar esta visión o, alternativamente, para establecer la especificidad de la relación entre constructos relativos a RE y distintos síntomas y trastornos (Campbel-Sills et al., 2014). Una línea de investigación en creciente desarrollo es la de contrastar procesos en trastornos específicos y como factor general común a diversas formas de psicopatología (Gross, 2015a).

La investigación experimental que emplea instrucciones para manipular la estrategia de RE plantea reparos ya que cuando se estudia su validez interna se comprueba que los participantes no se ciñen estrictamente a las indicaciones recibidas. Por ejemplo, en la condición de supresión los participantes reportan haber empleado, de facto, estrategias de reevaluación (Demaree, Robinson, Pu y Allen, 2006). En esta investigación nos centraremos en la regulación emocional espontánea.

También con respecto a las tareas para inducir emociones en experimentos de regulación emocional, nuestra aportación consiste en utilizar un procedimiento innovador que incluye varios procesos de inducción de emociones en un escenario interactivo.

Diversos autores señalan la conveniencia de estudios que incluyan más de un grupo patológico junto con un grupo control, con inducción de varios tipos de emociones y que incluyan la regulación espontánea (p.ej., Aldao, 2013).

Por último, no conocemos investigaciones que evalúen las estrategias que pueden estar implementando los participantes durante el período de recuperación entre inducciones.

5. OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación es estudiar, desde una perspectiva transdiagnóstica, las estrategias de RE en personas con trastornos depresivos y con trastornos de ansiedad.

El estudio incluye pacientes con trastornos de ansiedad y con trastornos depresivos y una muestra sin patología mental. Se pretende conocer las características distintivas de la muestra clínica, frente a la no clínica, en rasgos personales de RE, en respuesta emocional a inducción de emociones y en las estrategias espontáneas de RE.

Respecto a los rasgos personales, la intención es conocer, a través del autoinforme de los participantes, las dificultades que se les presentan cuando intentan regular emociones negativas y con qué frecuencia recurren a las estrategias de supresión, reevaluación y rumiación.

En cuanto a la respuesta emocional, se estudia el estado emocional subjetivo de los participantes en respuesta a tres tipos de inducción de emociones: una imagen que representa una situación ambigua, un procedimiento para inducción de tristeza y otro para inducción de ansiedad. Se presta atención tanto a los cambios en afecto positivo como en afecto negativo, respecto al estado emocional previo a la inducción.

También nos proponemos analizar en qué medida los participantes eligen espontáneamente la estrategia de reevaluación y supresión durante las inducciones que acabamos de mencionar.

Igualmente queremos evaluar el uso espontáneo de reevaluación y supresión de los participantes en el período inmediatamente posterior a cada inducción emocional, que denominamos de recuperación, y la evolución de las emociones positivas y negativas tras ese lapso de tiempo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

RE COMO RASGO

1. Comparar los rasgos y dificultades de RE del grupo de pacientes (GP) con los del grupo control (GC).
2. Examinar la relación entre los rasgos personales de RE y la sintomatología depresiva y de ansiedad tanto en el GP como en el GC, contrastando las posibles diferencias entre ambas.

RE EN SITUACIÓN DE INDUCCIÓN EMOCIONAL

3. Comparar el uso espontáneo de estrategias de RE (revaluación y supresión) entre GP y GC.
4. Examinar la relación entre los autoinformes de sintomatología emocional y los de dificultades y rasgos de RE y las estrategias (revaluación y supresión) que emplean espontáneamente las personas, con y sin patología mental, para regular las emociones inducidas experimentalmente.
5. Examinar, en ambas muestras, la posible influencia del uso espontáneo de revaluación y supresión, en diferentes situaciones de inducción de emociones, sobre el afecto positivo y sobre el afecto negativo.

6. HIPÓTESIS

RASGOS DE RE

1. Comparación entre grupo clínico y grupo control en rasgos de RE

- El GP, respecto al GC, informará de un mayor nivel de dificultades para la RE (dimensiones de DERS), menor grado de uso habitual de reevaluación y reflexión y mayor empleo de supresión y reproche (subescalas de ERQ y RRS).

2. Relación entre rasgos de RE y sintomatología emocional

- Tanto en el GP como en el GC, los rasgos y dificultades de RE (ERQ, DERS y RRS) predecirán la sintomatología emocional depresiva (BDI) y de ansiedad (STAI). La influencia será directa para supresión, dificultades y reproche; e inversa en el caso de reevaluación y reflexión.

RE EN SITUACIÓN EXPERIMENTAL DE INDUCCIÓN EMOCIONAL

3. Comparación entre grupo clínico y grupo control en el uso espontáneo de reevaluación y supresión

- El GP empleará en mayor medida la supresión y en menor medida la reevaluación que el GC en la sesión de inducción de emociones.
- Se espera que esas diferencias se den durante las tres inducciones (situación ambigua, tristeza y ansiedad) y en el período de recuperación de cada una de ellas.

4. Relación entre sintomatología y dificultades y rasgos de RE y uso espontáneo de supresión y reevaluación

- El rasgo reportado de reevaluación y supresión predecirá el grado de uso espontáneo de estas estrategias en la situación experimental de inducción de emociones.

- La no aceptación o rechazo (subescala de DERS) predecirá el uso de supresión en la sesión de inducción de emociones.
- La sintomatología de ansiedad y depresión predecirá el empleo espontáneo de supresión e, inversamente, el empleo de reevaluación.
- Las relaciones anteriores serán más intensas en el GP que en GC.

5. Relación entre uso espontáneo de reevaluación y supresión y afecto positivo y negativo

- Tanto en el GP como en el GC, el uso espontáneo de reevaluación y supresión predecirán, inversamente, el afecto negativo producido por las tres clases de inducciones. La influencia de la supresión será menor que la de la reevaluación.
- También en ambas muestras, el uso espontáneo de supresión y reevaluación en el período de recuperación predecirán, en el modo indicado en la hipótesis anterior, el afecto negativo posterior a dicho período.
- En los dos grupos, y tanto en las inducciones como en el período de recuperación, el uso espontáneo de supresión predecirá, de manera inversa, el afecto positivo subsiguiente.

7. MÉTODO

7.1. ÁMBITO

La investigación se ha realizado en la Unidad de Salud Mental (USM) de Gandía. Las unidades de salud mental son los dispositivos sanitarios especializados en la atención comunitaria a las personas con trastornos mentales. La USM de Gandía atiende a los pacientes del Departamento de Salud de Gandía.

El estudio se ha desarrollado según las normas nacionales e internacionales (Declaración de Helsinki). El protocolo del estudio fue previamente evaluado y aprobado por la Comisión de Docencia e Investigación del Hospital Francesc de Borja de Gandía y por el Comité de Ética del Hospital Clínico de Valencia. La participación en el estudio ha sido totalmente voluntaria. Se ha obtenido el consentimiento informado de los participantes para ser incluidos en el estudio. Previamente se les ha informado de los objetivos y características del estudio por escrito (Anexo).

Todos los datos han sido tratados de forma anónima. Se ha garantizado en todo momento la confidencialidad de los sujetos incluidos en el estudio conforme lo que dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999 del 13 de Diciembre, LOPD).

7.2. DISEÑO

Se ha realizado una investigación trasversal cuasi-experimental (Ato, López y Benavent, 2013) con un diseño mixto con el grupo diagnóstico como variable independiente intersujetos (control-clínico), y el tipo de estímulo inductor de emociones (imagen ambigua, escenario de tristeza y escenario de ansiedad) como variable intrasujeto o de medidas repetidas.

7.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

7.3.1. Clasificación diagnóstica

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Versión en español 5.0.0.)

La MINI (Ferrando, Bobes, Gibert, Soto y Soto, 2000; Sheehan et al., 1998) es una entrevista estructurada heteroaplicada dividida en módulos que corresponde a los principales diagnósticos psiquiátricos. El objetivo de esta entrevista es la orientación diagnóstica ya que explora los criterios necesarios para el diagnóstico de acuerdo al DSM-IV o a la CIE-10.

La MINI es la herramienta de cribado de trastornos psiquiátricos más ampliamente utilizada. Está organizada en módulos independiente que se corresponden con categorías diagnósticas. Las preguntas están formuladas de forma dicotómica con respuestas de Sí/No. Al comienzo de cada módulo se presentan una o varias preguntas-filtro correspondientes a los criterios principales del trastorno. Tras preguntar por el resto de criterios del módulo, el clínico decide si se establece el diagnóstico. La versión española del instrumento, validada en una muestra de 551 participantes de centros de salud mental y de Atención Primaria, ha resultado en un índice kappa por encima de 0,40 en la mayoría de los trastornos. Los valores de sensibilidad y especificidad se hayan por encima de 0,70 (Ferrando, Gibert y Lecrubier, 1999).

7.3.2. Instrumento para descartar psicopatología en el grupo control

Inventario Breve de Síntomas (BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983, adaptado por Ruipérez, Ibáñez, Lorente, Moro y Ortet, 2001).

Inventario de 46 ítems que evalúa psicopatología general. Ofrece información sobre seis tipos de síntomas: depresión, ansiedad fóbica, ideación paranoide, obsesión-compulsión, somatización y hostilidad. Se pregunta por el período de los 30 días anteriores y las respuestas se obtienen en una escala Likert de 5 puntos, desde 0= *Nada*

a 4= *Muchísimo*. La puntuación total, suma de todos los ítems del BSI, ofrece un índice de gravedad general. En la muestra española no clínica la media para ese índice global es de 25.89 (DT = 20,02) para los hombres y de 33,50 (DT = 25,07) para mujeres.

La elevada intercorrelación de todas las subescalas del BSI y la elevada consistencia interna del autoinforme justifican la obtención de una puntuación total. Además, la elevada correlación de la puntuación total del BSI con el neuroticismo del modelo de Eysenck sugiere que se trata de un factor general asociado con trastornos emocionales (Ruiperez et al., 2001). La versión en español tiene niveles de fiabilidad de moderados a altos en todas las subescalas, en muestras no clínicas. Para la puntuación total el coeficiente α es de 0,95.

7.3.3. Medidas de sintomatología depresiva y de ansiedad

Inventario para la Depresión de Beck Segunda Edición (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996).

El BDI mide la gravedad de la sintomatología depresiva en adolescentes y adultos. Es el instrumento autoaplicado más utilizado en la práctica clínica y la investigación para evaluar la depresión. En su versión revisada, el BDI-II consta de 21 ítems que corresponden a otros tantos síntomas. Para cada síntoma se ofrecen 4 alternativas de respuesta que varían en gravedad/intensidad y que se presentan ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal es el de las dos semanas previas. Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, pero también incluye síntomas emocionales somático-vegetativos (Steer, Ball y Ranieri, 1999). La puntuación de cada ítem va de 0 a 3 puntos y el total de 0 a 63.

Ha sido validado en población española por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). Los autores confirmaron la estructura factorial de la escala y obtuvieron una elevada consistencia interna con un coeficiente alfa de 0,87. Esta elevada fiabilidad replica los resultados encontrados con otras muestras (p.ej., Steer et al., 1999 y Aasen, 2001).

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)

El STAI es un autoinforme creado para evaluar dos aspectos diferentes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable).

Adaptado al español por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), este inventario contiene una escala para cada tipo de ansiedad, con 20 ítems cada una. El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es «ahora mismo, en este momento» y en la ansiedad como rasgo es «en general, en la mayoría de las ocasiones». Cada ítem se responde eligiendo entre 4 alternativa tipo *Likert* según la intensidad (0= casi nunca/nada; 1= algo/a veces; 2= bastante/a menudo; 3= mucho/casi siempre). La puntuación total en cada uno de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos.

En muestras de la población española se han encontrado niveles de consistencia interna que oscilan entre 0,84 y 0,93 (Spielberger et al., 1982). Asimismo, se han obtenido diferentes pruebas de validez respecto a la estructura interna y se ha comprobado que el STAI es sensible al nivel de ansiedad y fiable para pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad (Guillén-Riquelme, 2014).

7.3.4. Medidas de rasgos y dificultades de regulación emocional

Cuestionario de Regulación Emocional (Emotion Regulation Questionnaire, ERQ; Gross y John, 2003; versión adaptada al español por Rodríguez-Carbajal, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2006).

Es una escala autoinformada que evalúa la autorregulación emocional habitual, y más en concreto, el uso cotidiano de reevaluación y supresión. Consta de 10 ítems y la persona evaluada indica su acuerdo con cada afirmación en una escala Likert (1 a 7) desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”.

Esta escala incluye estrategias de RE del individuo divididas en dos dimensiones diferenciadas: supresión y reevaluación. La escala de supresión está compuesta de 4 ítems y pregunta a los participantes el grado con que tienden a inhibir la expresión de sus emociones. La escala de reevaluación, que consta de 6 ítems, evalúa el grado con que el/la evaluado/a intenta pensar sobre las situaciones de forma diferente para cambiar lo que está sintiendo.

Algunos ítems se refieren a regular emoción en general. Además, cada una de las dos subescalas incluye al menos un ítem preguntando por regulación de emociones negativas y un ítem sobre regulación de emoción positiva. La estructura del ERQ es consistente a través de muestras, edades y culturas, indicando una clara estructura de dos factores. La correlación entre las subescalas de reevaluación y supresión tienden a estar cerca de cero.

Los autores de este autoinforme obtuvieron un coeficiente alfa de 0,79 para la escala de reevaluación y 0,73 para la escala de supresión, y una puntuación de 0,79 en test-retest de ambas escalas. Este cuestionario también ha demostrado una buena validez convergente y discriminante al comparar las escalas de este instrumento con una variedad de medidas como habilidad cognitiva, deseabilidad social, rumiación, rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento (Gross y John, 2003; John y Eng, 2014).

Este cuestionario ha mostrado de forma consistente buenas propiedades psicométricas. Se ha confirmado la estructura esperada de dos factores, presenta adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,75$ para supresión, y 0,79 para reevaluación), fiabilidad test-retest y validez convergente y discriminante. Por tanto, se considera una buena herramienta para evaluar estrategias de RE (Cabello et al., 2013; Gross y John, 2003).

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS; Gratz y Roemer, 2004; adaptación española de Hervás y Jódar, 2008).

Esta escala evalúa diferentes aspectos del proceso de la RE en los que pueden existir dificultades y que pueden tener relevancia clínica. En la adaptación española tiene 28 ítems y mide las siguientes dificultades: Descontrol emocional, Interferencia cotidiana, Desatención emocional, Confusión emocional y Rechazo emocional. Los ítems consisten en afirmaciones para las que la persona evaluada señala en una escala Likert, de “casi nunca/0-10% de las veces” a “casi siempre/90- 100% de las veces”, la frecuencia con la que se dan en su caso.

En su versión española, la DERS muestra una estructura de cinco factores coherentes e interpretables y presenta una alta consistencia interna, idéntica a la de la escala original, ($\alpha = 0,93$), una estabilidad temporal adecuada a los 6 meses y una buena validez convergente e incremental.

Escala de Respuestas Rumiativas (Ruminative Responses Scale; RRS, Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; adaptación española de Hervás, 2008).

Esta escala evalúa la presencia del estilo de respuesta rumiativo, un patrón de respuesta que consiste en una excesiva focalización en las causas y consecuencias de los síntomas depresivos. El objetivo de la prueba es evaluar la tendencia de las personas a presentar un estilo de pensamiento rumiativo cuando experimentan emociones negativas. Los 22 ítems de que consta describen acciones que pueden consistir en la focalización en sí mismo/a y sus emociones, en los síntomas que se experimentan o, en las causas y consecuencias de ambos. Los ítems se responden en una escala Likert de 5 puntos desde «totalmente en desacuerdo» hasta «totalmente de acuerdo». Las puntuaciones oscilan entre 22 y 110 puntos.

El análisis factorial, tanto de la versión inicial como de la adaptada a la población española, dio lugar a dos factores: Reflexión y Reproches. De esta manera se pueden

obtener, además de a puntuación total, el sumatorio de los ítems de esas dos subescalas. La subescala de Reproches representaría el componente negativo del estilo rumiativo, y la subescala de Reflexión un componente adaptativo, o al menos inocuo. La versión en castellano de la Escala de Respuestas Rumiativas ha mostrado tener consistencia interna ($\alpha = 0,93$ la escala global, $\alpha = 0,80$ la subescala de Reproches y $\alpha = 0,74$ la subescala de Reflexión). Además, se obtuvieron buenos índices de fiabilidad test-retest y, así como una adecuada validez factorial, convergente e incremental (Hervás, 2008).

7.3.5. Medida de respuesta emocional

Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Scale, PANAS; Watson et al., 1988b; adaptación española de Sandin et al., 1999).

Este instrumento evalúa el grado de afectividad positiva y negativa en el individuo. Contiene dos subescalas con 10 ítems cada una: Afecto positivo y Afecto negativo. Cada ítem consiste en un adjetivo que describe una emoción. La persona evaluada contesta en una escala de 5 puntos (de 1= nada o casi nada a 5=muchísimo) cómo se ha sentido durante el período temporal especificado. En este estudio se pregunta por el estado en el momento de responder a la escala. El total de cada subescala es el sumatorio de los 10 ítems que lo conforman y oscila, por tanto, entre 10 y 50 puntos.

La versión española ha demostrado alta consistencia interna ($\alpha = 0,92$ para Afecto positivo y $\alpha = 0,88$ para Afecto negativo). Los análisis factoriales confirman la estructura bifactorial de la PANAS, y ésta se relaciona significativamente en diferentes muestras con otras medidas de afecto, depresión, ansiedad y bienestar (López-Gómez, Hervás y Vázquez, 2015).

Las escalas han sido validadas a través de otras escalas frecuentemente usadas en el área de psicopatología. Se ha demostrado que no hay una correlación significativa entre afectividad positiva y negativa, lo que se interpreta como una indicación de validez divergente (Wilson, Gullone y Moss, 1998). La versión española ha demostrado

alta consistencia interna (0,89 para AP y 0,91 para AN en mujeres, y 0,87 para AP y 0,89 para AN en hombres) en estudiantes universitarios (Sandín et al., 1999), en línea con otras investigaciones (Melvin y Molloy, 2000; Watson et al., 1988b).

7.3.6. Evaluación del uso de estrategias en situación experimental

Cuestionario de estrategias empleadas en situación experimental

Este breve cuestionario ha sido desarrollado para el presente estudio. El propósito del mismo es evaluar el grado en que los participantes emplean la supresión y la reevaluación durante el procedimiento de inducción emocional y durante el período inmediato posterior o período de recuperación (se siguió una operacionalización similar en Egloff, Schmukle, Burns y Schwerdtfeger, 2006 y Ehring et al. 2010). Contiene seis ítems, tres para cada estrategia. La puntuación que se ha empleado es la media de los ítems de cada factor. Ehring et al. (2010) obtuvieron una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0,84$ para supresión, y 0,70 para reevaluación).

A continuación, se presenta el cuestionario:

Tabla 11. Cuestionario de estrategias empleadas en situación experimental

Estamos interesados en conocer lo que ha sucedido en su mente
(durante la proyección de la escena que acaba de ver) / (desde la proyección de la
última escena hasta este momento)
(mientras veía la imagen que le hemos mostrado) / (desde que vio la imagen hasta
ahora)

Para cada uno de los ítems utilice la siguiente escala de respuesta:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---------------|---|---|---------|---------------|---|---|
| Totalmente en | | | Neutral | Totalmente de | | |
| desacuerdo | | | | acuerdo | | |

- ___ He tratado de ocultar mis sentimientos.
- ___ He modificado lo que estaba pensando para sentir menos una emoción negativa.
- ___ He controlado mis emociones suprimiéndolas.
- ___ He pensado en (lo que estaba viendo) / (lo que había visto) de una manera que me ayudara a mantener la calma.
- ___ Cuando he sentido emociones negativas, me he asegurado de no expresarlas.
- ___ He controlado mis emociones cambiando la manera de pensar sobre (lo que estaba viendo) / (lo que había visto).

Ítems de Revaluación: 2, 4, 6

Ítems de Supresión: 1, 3, 5

7.4. PARTICIPANTES

7.4.1. Reclutamiento y selección de la muestra

Participaron en total 62 personas que fueron seleccionadas mediante muestreo incidental. La muestra clínica se obtuvo de entre los pacientes que se encuentran en seguimiento en la USM de Gandía. La selección se llevó a cabo teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Cumplir los criterios del DSM 5 para algún trastorno del grupo de trastornos depresivos y/o trastornos de ansiedad.
- Edad superior a 18 años
- Capacidad cognitiva para realizar actividades de lápiz y papel
- Acepta participar en el estudio y firmar el consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Diagnóstico principal diferente de trastorno depresivo o trastorno de ansiedad
- Síntomas psicóticos en la actualidad.
- Diagnóstico de trastorno psicótico y/o trastorno de la personalidad
- Abuso o dependencia de sustancias en la actualidad
- Intento de suicidio reciente o riesgo de suicidio

Para reclutar a los participantes del GC se recurrió a personas del entorno geográfico donde se realizó el estudio, acompañantes de pacientes del dentro de salud, trabajadores del mismo, etc. La selección definitiva implicó confirmar el cumplimiento de los requisitos de ausencia de antecedentes de seguimiento por profesionales de salud mental y una puntuación en la escala BSI por debajo del punto de corte establecido a

partir de la media de la población normativa más una desviación típica: 45,91 para hombres y 58,57 para mujeres.

7.4.2. Descripción de la muestra

Tanto el GP como el GC estaban compuestos por 31 participantes. De ellos 23 fueron mujeres (74,19%) y 8 hombres (25,81%) en cada grupo. No hubo por tanto necesidad de efectuar análisis estadístico para comprobar la equivalencia del género en ambos grupos ya que los porcentajes eran idénticos.

La media de edad del GP es de 46,03 años, con una desviación típica (D.T.) de 14,45. La edad de los participantes del GC es de media de 48,55 años y la D.T. de 14,07. La igualación de los grupos en edad se constata con la prueba t de igualdad de medias, $t(60) = -0,70, p = 0,49$.

Respecto al estado civil, en el GP están casados o conviven con pareja 21 participantes (67,74%), está divorciada una persona (3,23%), solteras 7 (22,58%) y viudas 2 (6,45%). En el GC viven con su pareja 24 participantes (77,42%), están divorciadas o separadas 2 personas (6,45%), solteras 4 (12,90%) y viuda una persona (3,23%). Los grupos son equivalentes en la distribución del estatus de convivencia, $\chi^2(3) = 1,69, p = 0,64$.

A continuación, presentamos las ocupaciones de los participantes en los grupos principales de la clasificación CIUO de la Organización Internacional del Trabajo a los que hemos añadido otras situaciones laborales. Los grupos no se diferencian significativamente en esta variable: $\chi^2(10) = 12,74, p = 0,24$.

Tabla 12. Ocupaciones de los participantes

| | GP | | GC | |
|--|----|------------|----|------------|
| | N | Porcentaje | n | Porcentaje |
| PROFESIONALES CIENTÍFICOS E INTELLECTUALES | 3 | 9,68% | 10 | 32,26% |
| TÉCNICOS Y PROFESIONALES DE NIVEL MEDIO | 2 | 6,45% | 5 | 16,13% |
| PERSONAL DE APOYO ADMINISTRATIVO | 2 | 6,45% | 2 | 6,45% |
| TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS Y VENDEDORES DE COMERCIOS Y MERCADOS | 4 | 12,90% | 1 | 3,23% |
| OFICIALES, OPERARIOS Y ARTESANOS DE ARTES MECÁNICAS Y DE OTROS OFICIOS | 1 | 3,23% | 0 | - |
| OPERADORES DE INSTALACIONES Y MÁQUINAS Y ENSAMBLADORES | 1 | 3,23% | 0 | - |
| OCUPACIONES ELEMENTALES | 2 | 6,45% | 2 | 6,45% |
| ESTUDIANTES | 3 | 9,68% | 3 | 9,68% |
| JUBILADOS Y PENSIONISTAS | 4 | 12,90% | 5 | 16,13% |
| AMAS DE CASA | 3 | 9,68% | 2 | 6,45% |
| DESOCUPADOS | 6 | 19,35% | 1 | 3,23% |

Nota. GP: Grupos de pacientes; GC: Grupo control

Dentro del GP tienen estudios primarios 11 participantes (35,48%), 14 (45,16%) estudios secundarios y 6 (19,35%) estudios universitarios. En el GC tiene estudios primarios una persona (3,23%), estudios secundarios 9 (29,03%) y estudios universitarios 21 (67,74%). Desafortunadamente los grupos difieren en esta variable, $\chi^2(2) = 17,75$, $p < 0,001$. Esto podría suponer una limitación para el estudio. De todos modos, que nosotros conozcamos, ésta no es una variable que se encuentre entre las características de la muestra que se ha comprobado que influyen en los resultados de estudios experimentales de RE (Doré et al., 2016; Webb et al., 2012).

7.4.3. Información clínica

El tiempo que llevan los pacientes en seguimiento en la USM es de media 87,29 meses (D.T.= 92,66). En la entrevista MINI, se obtuvo una media de 2,26 diagnósticos por paciente (D.T.= 0,97). El número de pacientes con un solo diagnóstico es 8 (25,81%), se llega a dos diagnósticos en 10 pacientes (32,26%) y a tres en otros 10 (32,26%). Tres participantes acumulan cuatro diagnósticos (9,68%).

Respecto al diagnóstico, tienen sólo trastornos de ansiedad 9 pacientes (29,03%), sólo trastornos depresivos 2 pacientes (6,45%) y alguna combinación de trastornos de ambos grupos 20 participantes (64,52%). En la siguiente tabla se muestran los diagnósticos específicos obtenidos mediante la entrevista MINI:

Tabla 13. Diagnósticos del Grupo de pacientes

| | N | Porcentaje |
|------------------------------------|----|------------|
| Trastorno depresivo mayor | 21 | 67,74% |
| Trastorno distímico | 1 | 3,23% |
| Trastorno de angustia | 17 | 54,84% |
| Agorafobia | 18 | 58,06% |
| Fobia social | 5 | 16,13% |
| Trastorno obsesivo-compulsivo | 2 | 6,45% |
| Trastorno de ansiedad generalizada | 5 | 16,13% |
| Fobia específica | 1 | 3,23% |

En el GC la puntuación en la escala BSI es, de media, 18,13 puntos (D.T.= 14,97). Como es esperable puntúan por debajo de la media de la población normativa del cuestionario.

A continuación, presentamos en una tabla los resultados de los participantes en las escalas de sintomatología de ansiedad y depresiva.

Tabla 14. Media y D.T. en las escalas STAI y BDI

| | GP | | GC | | <i>t</i> (60) | <i>p</i> |
|--------------------|-------|-------|-------|------|---------------|----------|
| | Media | D.T. | Media | D.T. | | |
| STAI estado | 25,42 | 10,39 | 11,65 | 7,17 | 6,08 | <0,001 |
| STAI rasgo | 39,71 | 16,76 | 15,16 | 7,90 | 7,38 | <0,001 |
| BDI-II | 27,19 | 16,40 | 6,71 | 7,45 | 6,33 | <0,001 |

Nota. D.T.: Desviación típica; GP: Grupos de pacientes; GC: Grupo control

En el GP la puntuación en STAI estado de las mujeres (24,09) se sitúa en el percentil 60 de las normas de la escala (Spielberger et al., 1982) y la de los hombres (29,25) en el percentil 77. En el GC el promedio de las mujeres (10,65) equivale al percentil 11 y el de los hombres (14,50) al percentil 30.

En la subescala STAI rasgo, tanto la media de las mujeres del GP (41,61) como la de los hombres (34,25) se ubican al percentil 90 de sus respectivas normas. La media en el GC de las mujeres (14,83) está en el percentil 30 y la de los hombres (16,13) en el 20.

La puntuación en BDI-II del GP corresponde al grado moderado, cercano al límite de grave, de los baremos de interpretación y un centil 75 en la norma para pacientes externos con trastornos psicológicos. En el GC, la media estaría en el grado mínimo y centil 40 respecto a la población general (Sanz, Gutiérrez, Gesteira y García-Vera, 2014).

Para contrastar si el GP era homogéneo o existían diferencias dentro del mismo lo dividimos según grupos diagnósticos en dos subgrupos: pacientes con trastornos de ansiedad (GTA) (n=9) y pacientes con trastornos depresivos (con o sin trastornos de ansiedad añadidos) (GTD) (n=22).

Tabla 15. Media y D.T. en las escalas STAI y BDI en el GP en función del diagnóstico

| | GTA | | GTD | |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|
| | Media | D.T. | Media | D.T. |
| STAI estado | 19,00 | 13,08 | 28,05 | 8,01 |
| STAI rasgo | 26,89 | 10,20 | 44,95 | 16,19 |
| BDI-II | 11,67 | 9,98 | 33,55 | 14,17 |

Nota. GP: Grupos de pacientes; GTA: Subgrupo de pacientes con trastornos de ansiedad; GTD: Subgrupo de pacientes con trastornos depresivos o mixtos

Los percentiles en STAI estado del GTA son: 20 para la media de mujeres (12,80) y 75 para la media de los hombres (26,75). En el grupo de trastornos depresivo, la media de mujeres (27,22) corresponde al percentil 65 y la de los hombres (31,75) al 85. En STAI rasgo, la media del GTA de las mujeres (24,00) se sitúa en el percentil 60 y la de los hombres (30,50) en el 80. Las medias del GTD de las mujeres (46,50) y los hombres (38,00) se ubican en los percentiles 95 y 90 respectivamente.

El promedio en BDI-II del GTA está en el grado mínimo y un centil 25 en la norma para pacientes externos con trastornos psicológicos. En el GTD la media corresponde al grado grave y al centil 90.

Llevamos a cabo un MANOVA para comparar a estos dos subgrupos y el GC en las variables de sintomatología. Los contrastes multivariados obtenidos con la traza de Pillai indican que hay diferencias entre los grupos: $F(6,116) = 10,75, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,36$. Los efectos intersujetos indican que hay diferencias en las diferentes escalas:

Tabla 16. MANOVA: STAI y BDI en función de subgrupos

| | F(2,59) | p | η_p^2 |
|--------------------|---------|--------|------------|
| STAI estado | 24,00 | <0,001 | 0,45 |
| STAI rasgo | 41,06 | <0,001 | 0,58 |
| BDI | 42,26 | <0,001 | 0,60 |

Se realizó una comparación entre medias con el procedimiento DHS de Turkey para conocer entre qué grupos se daban las diferencias significativas. A continuación, presentamos el cuadro resultante:

Tabla 17. Comparación de medias de subgrupos en STAI y BDI

| | GC – GTA | | | GC –GTD | | | GTA-GTD | | |
|--------------------|------------------|--------------|----------|------------------|--------------|----------|------------------|--------------|----------|
| | Dif entre medias | Error típico | <i>p</i> | Dif entre medias | Error típico | <i>P</i> | Dif entre medias | Error típico | <i>p</i> |
| STAI estado | -7,35 | 3,22 | 0,066 | -16,40 | 2,37 | <0,001 | -9,05 | 3,36 | <0,05 |
| STAI rasgo | -11,73 | 4,47 | <0,05 | -29,79 | 3,29 | <0,001 | -18,07 | 4,67 | <0,001 |
| BDI | -4,96 | 4,03 | 0,440 | -26,84 | 2,97 | <0,001 | -21,88 | 4,21 | <0,001 |

Nota. GC: Grupos control; GTA: Subgrupo de pacientes con trastornos de ansiedad; GTD: Subgrupo de pacientes con trastornos depresivos o mixtos

Como se puede observar en el cuadro, el GTA se diferencia claramente del grupo depresivo. En cambio, las diferencias entre el GTA y el GC, en BDI y STAI estado, no son significativas.

Además, ambos subgrupos clínicos se diferencian en el número de diagnósticos ($t(29) = -3,53, p < 0,001$). En el GTA el número promedio de diagnósticos es de 1,44 (D.T.=0,73), mientras que en el GTD es de 2,59 (D.T. = 0,85).

En cambio, ambos subgrupos no se diferencian en edad ($t(29) = 0,073, p = 0,942$) ni en el resto de variables de descripción de la muestra: sexo, nivel de estudios y ocupación (pruebas chi-cuadrado no significativas). Tampoco muestran diferencias significativas en tiempo de evolución ($t(29) = 0,491, p = 0,627$). Por tanto, las diferencias no se explicarían por la influencia de estas variables. Se puede deducir que el grupo de participantes con trastornos de ansiedad se encuentra a un nivel intermedio de gravedad de la sintomatología entre el GC y el GTD, con mayor similitud con el GC que con el GTD. Esta circunstancia se ha tenido en cuenta en algunos de los análisis que se han realizado para conocer las relaciones entre psicopatología y RE como se especificará en el apartado de resultados.

7.5. PROCEDIMIENTO

El protocolo de investigación fue aplicado a todos los participantes por un solo investigador en la misma consulta del hospital. El proceso constaba de dos sesiones individuales para las que se citó a cada participante: la sesión de evaluación previa y la sesión experimental. La duración de cada sesión fue de aproximadamente una hora.

En el primer contacto a cada participante se le informó de los objetivos y características del estudio. Los que decidieron participar firmaron el consentimiento informado. A continuación, a los pacientes de la USM, se les realizaba la entrevista diagnóstica MINI (Ferrando et al., 2000), y se les administraban las escalas de síntomas depresivos y de ansiedad (BDI-II y STAI) y las escalas de rasgos y dificultades de RE (ERQ, RRS y DERS).

A los participantes del GC, en la primera sesión, se les administró el cuestionario BSI para descartar antecedentes psiquiátricos y las mismas escalas de síntomas y rasgos y dificultades que al GP.

A los participantes que cumplían los criterios de inclusión se les citó para la sesión experimental. La secuencia del procedimiento de dicha sesión queda reflejada en la siguiente tabla:

Tabla 18. Procedimiento en la sesión experimental

| |
|---|
| PANAS |
| Instrucciones de interpretación inicial de situación ambigua |
| Imagen ambigua |
| PANAS y Cuestionario de estrategias |
| 2 minutos de recuperación |
| PANAS y Cuestionario de estrategias (centrado en período de recuperación) |
| Tarea de distracción |
| PANAS |
| Escenario 1 de inducción de ansiedad |
| PANAS y Cuestionario de estrategias |
| 2 minutos de recuperación |
| PANAS y Cuestionario de estrategias (centrado en período de recuperación) |
| Tarea de distracción |
| PANAS |
| Escenario 2 de inducción de tristeza |
| PANAS y Cuestionario de estrategias |
| 2 minutos de recuperación |
| PANAS y Cuestionario de estrategias (centrado en período de recuperación) |

7.5.1. Técnicas de control de variables confundentes

Además de la igualación de las muestras en sexo y edad se emplearon técnicas de control para corregir el probable efecto de arrastre (*carryover*) como consecuencia de que cada participante pasaba por las distintas condiciones experimentales.

Entre cada tipo de inducción, los participantes realizaron *tareas de distracción*. En concreto se emplearon tareas de fluidez categorial que consistían en la evocación de palabras correspondientes a una categoría semántica durante un minuto. Entre la inducción de la situación ambigua y la primera inducción con escenario virtual la consigna fue colores y entre el primer y el segundo escenario la consigna fue países.

Asimismo, se ha empleado la estrategia de *contrabalanceo* que es adecuada para controlar los efectos de orden asociados a las variables intrasujetos. Se empezaba con la condición de situación ambigua y a continuación se realizaba el contrabalanceo con los escenarios de manera que, a la mitad de la muestra, en cada grupo experimental, se les aplicó primero la condición de ansiedad, y la otra mitad empezó con la de tristeza. Los órdenes se establecieron con antelación mediante combinaciones aleatorias obtenidas mediante una aplicación informática.

7.5.2. Instrucciones

Instrucciones previas a la imagen ambigua (modificado de Barlow et al. 2011a)

Por favor dedique un momento a mirar la imagen que le mostramos y piense qué puede estar pasando en la imagen. Quédese con la interpretación inicial sobre lo que está ocurriendo en la imagen. Es importante que se detenga en la primera impresión que acuda a su mente. Piense qué aspectos específicos de la imagen le llevaron a hacer esa interpretación inicial. Plántese qué sentiría si se encontrase realmente en una situación como esa. Haga suya la escena, la escena tiene que ver con usted, se refiere a usted.

Por favor, intente dejar que ese tema inunde su mente, que llegue a usted sin oponer resistencia. Concéntrese en la imagen, sólo en ella, aleje cualquier otro pensamiento.

7.5.3. Procedimiento de inducción de emociones

El procedimiento de inducción de estados de ánimos ha sido desarrollado por un equipo de investigadores de la Universitat Jaume I y engloba estrategias clásicas como procedimiento Velten, música e imágenes integradas en escenarios. Estos procedimientos han sido validados y han demostrado su capacidad para generar las emociones elegidas para el presente estudio, ansiedad y tristeza (Baños et al., 2006; Baños et al., 2008; Baños, Botella, Quero, García-Palacios y Alcañiz, 2011).

Los escenarios se crearon originariamente para el sistema de realidad virtual flexible EMMA desarrollado en el marco de un proyecto financiado por la Unión Europea (IST-2001-39192-EMMA, Engaging Media for Mental Health Applications). El Mundo de EMMA es un entorno virtual adaptable con escenarios predefinidos. Este escenario sufre modificaciones en función de la emoción evocada. Para su elaboración se seleccionaron recursos sonoros pertenecientes al Sistema Internacional de Sonidos Afectivos (IADS, Bradley y Lang, 1999), imágenes estandarizadas en el Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS, Lang, Bradley y Cuthbert, 1995) y escenas de películas. Además, el sistema incorpora auto-afirmaciones para evocar las emociones deseadas.

En este estudio las escenas se visualizaron en la pantalla de un ordenador portátil y la navegación e interacción se llevó a cabo por medio del teclado y del ratón. Se empleó el entorno de un parque y se seleccionaron dos escenarios para generar las emociones de ANSIEDAD y TRISTEZA.

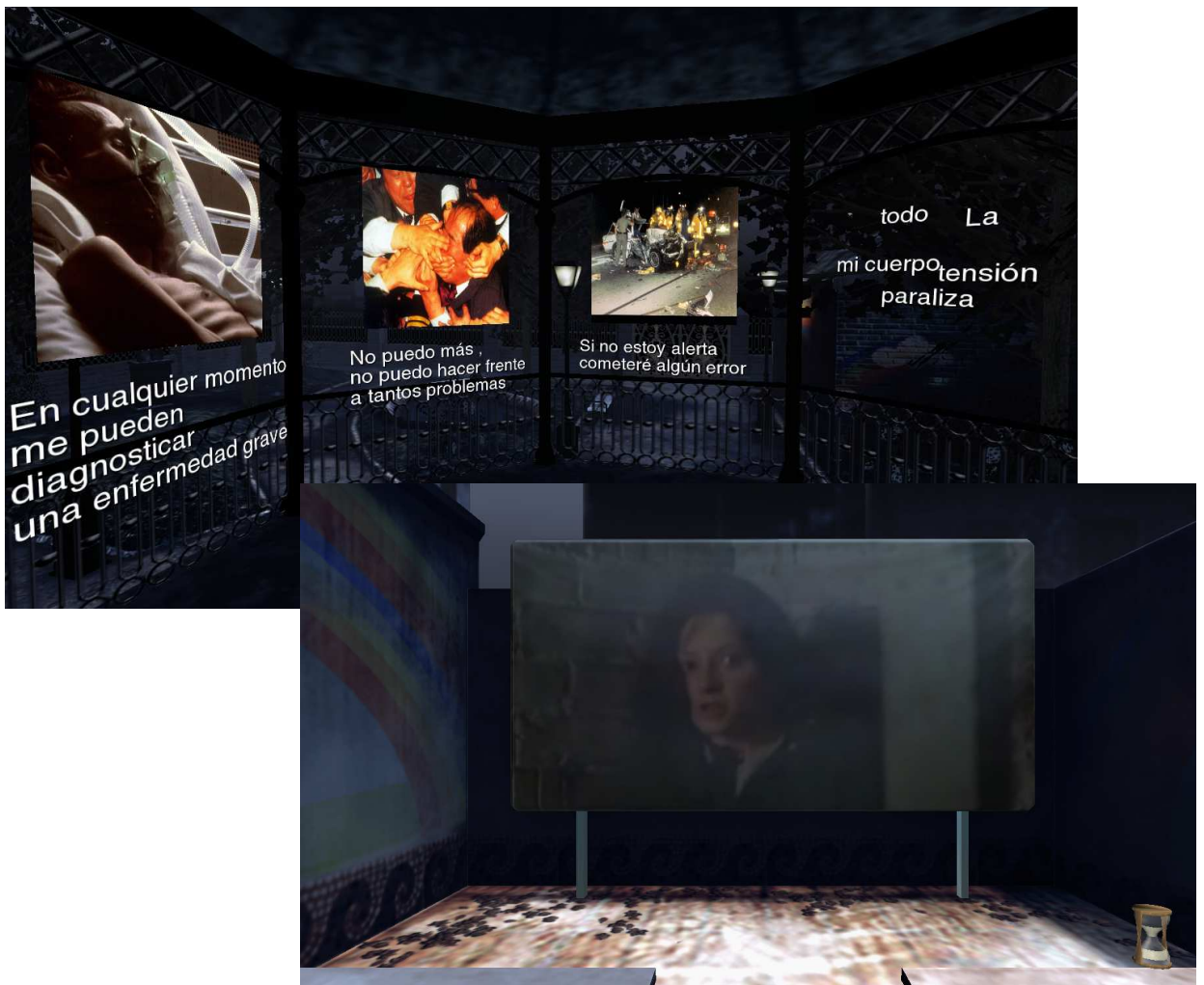


Figura 18. Imágenes del escenario de ansiedad

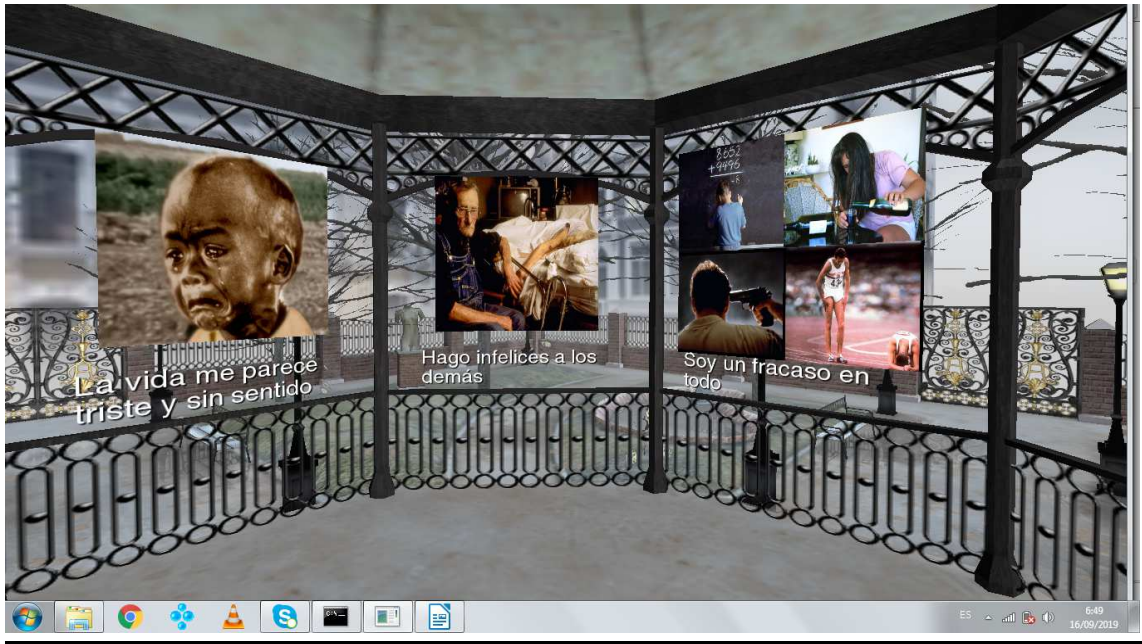


Figura19. Imagen del escenario de tristeza

Imagen ambigua



Figura 20. Imagen ambigua (tomada de Barlow et al., 2011a).

7.5.4. Análisis de datos

Los datos se analizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0. No hubo tratamiento de datos faltantes dado que la matriz de datos estaba completa. No se detectaron outliers. Se realizó la pertinente comprobación de la normalidad de los datos previa a los análisis inferenciales mediante la prueba de Shapiro-Wilks. Se realizaron los contrastes de las medias en las variables dependientes en función de los grupos mediante ANOVAs y MANOVAs. La prueba a posteriori *Diferencia Honestamente Significativa* (DHS) de Tukey fue utilizada para localizar entre qué medias se encontraban las diferencias significativas. También se hicieron regresiones múltiples por pasos para buscar los factores explicativos de la varianza observada en las variables dependientes.

8. RESULTADOS

8.1. RASGOS Y DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

8.1.1. Comparación entre grupo clínico y grupo control en rasgos y dificultades de RE

Para comparar las diferencias entre el GP y el GC en los rasgos y dificultades de RE se llevó a cabo un MANOVA. La variable independiente fue el grupo (GC vs GP) y las variables dependientes fueron las puntuaciones en las subescalas de las escalas ERQ, DERS y RRS.

Estadísticos descriptivos:

Tabla 19. Media y D.T. en rasgos y dificultades de RE

| | GP | | GC | |
|-------------------|-------|------|-------|------|
| | Media | D.T. | Media | D.T. |
| DERSdescontrol | 2,62 | 1,12 | 1,33 | 0,38 |
| DERSrechazo | 3,12 | 1,42 | 1,61 | 0,65 |
| DERSinterferencia | 3,48 | 1,16 | 2,00 | 0,77 |
| DERSdesatención | 3,40 | 0,10 | 3,61 | 0,88 |
| DERSconfusión | 2,83 | 0,84 | 2,19 | 0,30 |
| ERQrevaluación | 4,03 | 1,49 | 4,83 | 1,10 |
| ERQsupresión | 4,27 | 1,42 | 2,93 | 1,09 |
| Reproches | 13,87 | 3,36 | 8,71 | 3,25 |
| Reflexión | 10,26 | 3,29 | 8,39 | 2,54 |

Los contrastes multivariados, obtenidos con la traza de Pillai indican que hay diferencias entre los grupos: $F(9,52)=5,92p<0,001$, $\eta_p^2 = 0,51$. Los efectos intersujetos indican que hay diferencias en las subescalas por separado excepto en la de DERS desatención.

Tabla 20. MANOVA: rasgos y dificultades de RE, GP vs. GC

| | F | p | η_p^2 |
|-------------------|-------|--------|------------|
| DESRdescontrol | 36,31 | <0,001 | 0,34 |
| DESRrechazo | 28,52 | <0,001 | 0,32 |
| DESRinterferencia | 34,90 | <0,001 | 0,37 |
| DESRdesatención | 0,77 | 0,384 | 0,01 |
| DESRconfusión | 15,97 | <0,001 | 0,21 |
| ERQrevaluación | 5,74 | 0,020 | 0,09 |
| ERQsupresión | 17,51 | <0,001 | 0,23 |
| Reproches | 37,77 | <0,001 | 0,39 |
| Reflexión | 6,29 | 0,015 | 0,10 |

En las subescalas en las que hay diferencias, el GP muestra, como se hipotetizaba, más dificultades de RE, mayor uso de supresión y menor de revaluación y mayor nivel de reproches. En el caso de reflexión, contrariamente a lo esperado, el GP también superó al GC. Tanto en ésta última estrategia como en la otra funcional, la revaluación, el tamaño del efecto (η_p^2) es bastante inferior a las disfuncionales supresión y reproches.

Se ha repetido el mismo análisis multivariado manteniendo el GC y dividiendo al GP en los dos subgrupos diagnósticos mencionados: GTA y GTD.

Estadísticos descriptivos:

Tabla 21. Media y D.T. en rasgos y dificultades de RE de los subgrupos clínicos

| | GTA | | GTD | |
|-------------------|-------|------|-------|------|
| | Media | D.T. | Media | D.T. |
| DERSdescontrol | 1,82 | 1,07 | 2,94 | 0,99 |
| DERSrechazo | 2,32 | 1,33 | 3,44 | 1,35 |
| DERSinterferencia | 2,47 | 0,87 | 3,89 | 1,01 |
| DERSdesatención | 3,89 | 0,93 | 3,20 | 0,98 |
| DERSconfusión | 2,36 | 0,25 | 3,02 | 0,92 |
| ERQrevaluación | 4,83 | 1,31 | 3,71 | 1,46 |
| ERQsupresión | 3,72 | 1,14 | 4,50 | 1,48 |
| Reproches | 12,00 | 3,04 | 14,64 | 3,25 |
| Reflexión | 9,11 | 2,09 | 10,73 | 3,60 |

Nota. GTA: Subgrupo de pacientes con trastornos de ansiedad; GTD: Subgrupo de pacientes con trastornos depresivos o mixtos

Los contrastes multivariados obtenidos con la traza de Pillai indican que hay diferencias entre los tres grupos: $F(18,104) = 3,19$, $p < 0,001$, $\eta_p^2 = 0,36$. Los efectos intersujetos indican que hay diferencias en las subescalas por separado excepto en DERSdesatención. Entre las variables con diferencias, el tamaño del efecto es mayor en las escalas disfuncionales que en las funcionales (revaluación y reflexión).

Tabla 22. MANOVA: rasgos y dificultades de RE, grupo control y subgrupos clínicos

| | F | P | η_p^2 |
|-------------------|-------|--------|------------|
| DERSdescontrol | 28,94 | <0,001 | 0,50 |
| DERSrechazo | 19,37 | <0,001 | 0,40 |
| DERSinterferencia | 30,32 | <0,001 | 0,51 |
| DERSdesatención | 2,16 | 0,125 | 0,07 |
| DERSconfusión | 12,86 | <0,001 | 0,30 |
| ERQrevaluación | 5,62 | 0,006 | 0,16 |
| ERQsupresión | 10,20 | <0,001 | 0,26 |
| Reproches | 22,06 | <0,001 | 0,43 |
| Reflexión | 4,18 | 0,020 | 0,12 |

Se realizó una comparación entre medias con el procedimiento DHS de Tukey para conocer entre qué grupos se daban las diferencias. Como se puede observar en el cuadro siguiente, en las variables en las que existen diferencias, éstas se dan entre el GC y los trastornos depresivos y entre estos y los trastornos de ansiedad. En cambio, no son significativas las diferencias entre el GC y los trastornos de ansiedad, a excepción de Reproches que sí es mayor en el GTA.

Los participantes con trastornos depresivos presentan mayores dificultades de RE (descontrol, rechazo, interferencia y confusión) que los participantes con trastornos de ansiedad. No son significativas las diferencias entre estos subgrupos clínicos en las subescalas de ERQ ni en las de RRS.

Tabla 23. Comparación de medias de rasgos y dificultades de RE, GC y clínicos

| | GC – GTA | | | GC – GTD | | | GTA – GTD | | |
|--------------------------|------------------------|-----------------|----------|------------------------|-----------------|----------|------------------------|-----------------|----------|
| | Dif entre medias | Error típico | <i>p</i> | Dif entre medias | Error típico | <i>P</i> | Dif entre medias | Error típico | <i>p</i> |
| DESDescontrol | -0,49 | 0,29 | 0,215 | -1,61 | 0,21 | <0,001 | -1,12 | 0,30 | 0,001 |
| DESRrechazo | -0,71 | 0,40 | 0,189 | -1,83 | 0,29 | <0,001 | -1,12 | 0,42 | 0,025 |
| DERSinterferencia | -0,47 | 0,33 | 0,335 | -1,89 | 0,24 | <0,001 | -1,41 | 0,35 | <0,001 |
| DERSconfusión | -0,17 | 0,23 | 0,738 | -0,83 | 0,17 | <0,001 | -0,66 | 0,24 | 0,018 |
| ERQrevaluación | -0,01 | 0,48 | 1,000 | 1,12 | 0,35 | 0,006 | 1,13 | 0,50 | 0,070 |
| ERQsupresión | -0,80 | 0,47 | 0,223 | -1,57 | 0,35 | <0,001 | -0,78 | 0,50 | 0,266 |
| Reproches | -3,29 | 1,22 | 0,024 | -5,93 | 0,90 | <0,001 | -2,64 | 1,27 | 0,105 |
| Reflexión | -0,72 | 1,10 | 0,789 | -2,34 | 0,81 | 0,015 | -1,62 | 1,15 | 0,346 |

Nota. GC: Grupos control; GTA: Subgrupo de pacientes con trastornos de ansiedad; GTD: Subgrupo de pacientes con trastornos depresivos o mixtos

8.1.2. Relación entre rasgos y dificultades de RE y sintomatología emocional

Para conocer la posible influencia de los rasgos de RE sobre la sintomatología emocional, hemos realizado una serie de análisis de regresión por pasos para cada grupo. Las variables a predecir han sido la sintomatología emocional depresiva (BDI) y de ansiedad (STAI rasgo) y los posibles predictores que se han incluido son las subescalas de ERQ, DERS y RRS.

Los análisis del GP se han llevado a cabo sobre los participantes con trastornos depresivos porque se ha considerado que esto podría mostrar más claramente la vida emocional de las personas afectadas por trastornos emocionales. Los participantes con trastornos de ansiedad se comportan como un subgrupo intermedio entre el GC y los trastornos depresivos. En la descripción de la muestra se apuntaba esta circunstancia en las variables de sintomatología y en la hipótesis anterior en los rasgos de RE.

Estas son las variables predictoras de los modelos que explican mayor proporción de varianza en las regresiones lineales por pasos en el GTD y el GC:

Tabla 24. Análisis de regresión por pasos. Predicción de sintomatología.

| | | Variables predictoras | R ² corregida | p |
|-----|------|-----------------------|--------------------------|--------|
| GC | BDI | Reproches | 0,41 | <0,001 |
| | STAI | Reproches | 0,36 | <0,001 |
| GTD | BDI | DERSinterferencia | 0,41 | 0,001 |
| | STAI | DERSconfusión | 0,27 | 0,008 |

Nota. GC: Grupo control; GTD: Subgrupo de pacientes con trastornos depresivos o mixtos

Como puede observarse todos los modelos son parsimoniosos ya que incluyen una sola variable predictora. En contra de lo esperado, existen diferencias entre los modelos del GC y los del GTD. En el GC, tanto para el BDI como para STAI, la varianza explicada en sintomatología se relaciona con la escala disfuncional de RRS, Reproches. En cambio, en el GTD son más predictoras subescalas de DERS, interferencia en el modelo del BDI y confusión en el de STAI. Todas las relaciones indicadas son directas. Ninguna de las dos subescalas de ERQ aparece en los modelos predictivos.

8.2. REGULACIÓN EMOCIONAL EN SITUACIÓN EXPERIMENTAL DE INDUCCIÓN DE EMOCIONES

8.2.1. Comparación entre grupo clínico y grupo control en el uso espontáneo de reevaluación y supresión

Primeramente, comparamos la respuesta emocional en la sesión experimental del GC y de los dos subgrupos clínicos, el de trastornos de ansiedad y el de trastornos depresivos. Para ello realizamos una serie de ANOVAs mixtos con el grupo como factor intersujetos. El factor de medidas repetidas fueron los momentos de medición (antes de la inducción, tras la inducción y tras el período de recuperación) (*en adelante factor fase*). Las variables dependientes fueron el afecto positivo y el afecto negativo en cada tipo de escena de inducción.

En la **situación ambigua**, para el afecto positivo, los resultados del ANOVA (corrección de Greenhouse-Geisser por falta de esfericidad) fueron estadísticamente significativos para el factor fase $F(1,77;58) = 13,67, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,19$ y para la interacción fase x grupo $F(3,54;118) = 4,75, p < 0,005, \eta_p^2 = 0,14$. En la comparación entre medias, con el procedimiento DHS de Tukey, se comprueba que las diferencias se dan entre GC y el GTD (*Dif.* = 6,03; *Error típ.* = 1,95; $p < 0,01$) y entre GTA y GTD (*Dif.* = 6.73; *Error típ.* = 2,77; $p < 0,05$). No son significativas las diferencias entre el GC y GTA (*Dif.* = -0,70; *Error típ.* = 2,65; $p = 0,96$).

El afecto negativo, también con la corrección de Greenhouse-Geisser, mostró el efecto de fase ($F(1,462;58) = 5,76, p < 0,01, \eta_p^2 = 0,09$) pero no de la interacción ($F(2,923;118) = 0,91, p = 0,438, \eta_p^2 = 0,03$).

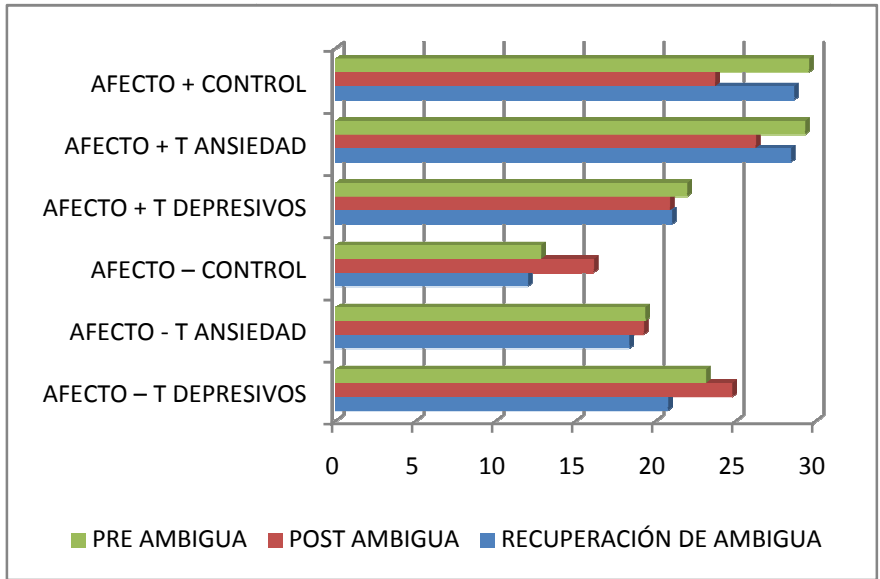


Figura 21. Afecto positivo y negativo en situación ambigua

En la **inducción de tristeza**, para el afecto positivo, con la corrección de los grados de libertad de Greenhouse-Geisser, el análisis arroja un efecto significativo de fase ($F(1,66;58) = 12,93, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,18$) pero no de la interacción ($F(3,32;118) = 2,41, p = 0,065, \eta_p^2 = 0,08$). El afecto negativo mostró el efecto de fase ($F(1,93;58) = 12,74, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,18$) pero no de la interacción ($F(3,86;118) = 1,83, p = 0,127, \eta_p^2 = 0,06$).

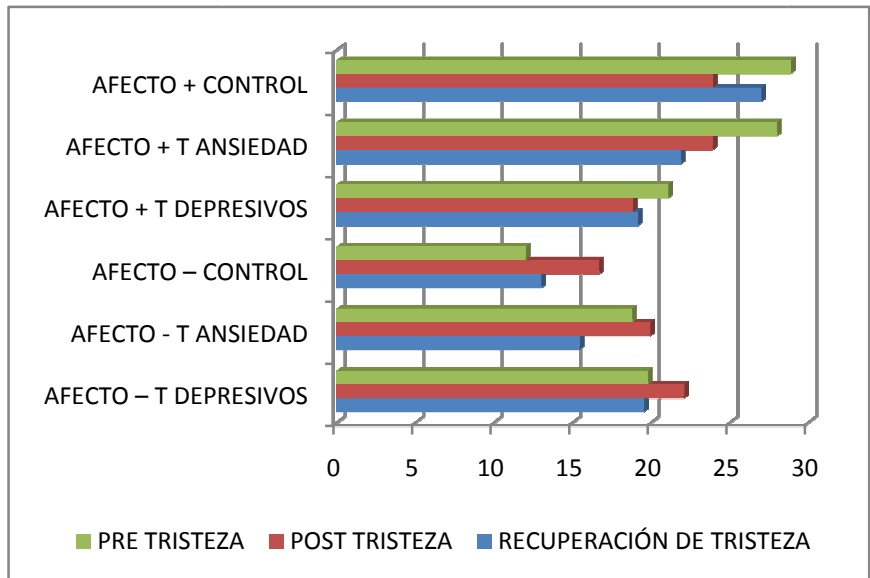


Figura 22. Afecto positivo y negativo en inducción de tristeza

En la **inducción de ansiedad**, el resultado del ANOVA para el afecto positivo, con la corrección de los grados de libertad de Greenhouse-Geisser, fue un efecto de fase no significativo ($F(1,65;58) = 1,35, p = 0,263, \eta_p^2 = 0,02$) pero sí que lo fue la interacción ($F(3,30;118) = 3,91, p = 0,009, \eta_p^2 = 0,12$). En la comparación de medias, por el procedimiento DHS de Turkey, se observó que las diferencias significativas se debían a la distancia entre GTD y GC ($Dif. = -7,09; Error\ t\acute{i}p. = 2,14; p < 0,005$). No son significativas las diferencias del GTA con el GC ($Dif. = -4,41; Error\ t\acute{i}p. = 2,90; p = 0,289$) ni con el GTD ($Dif. = 2,68; Error\ t\acute{i}p. = 3,03; p = 0,652$).

Por último, la prueba con el afecto negativo en la inducción de ansiedad, aplicando la corrección indicada, también arrojó un efecto significativo de fase ($F(1,60;58) = 18,17, p < 0,001, \eta_p^2 = 0,24$) pero no de la interacción ($F(3,20;118) = 1,86, p = 0,138, \eta_p^2 = 0,06$).

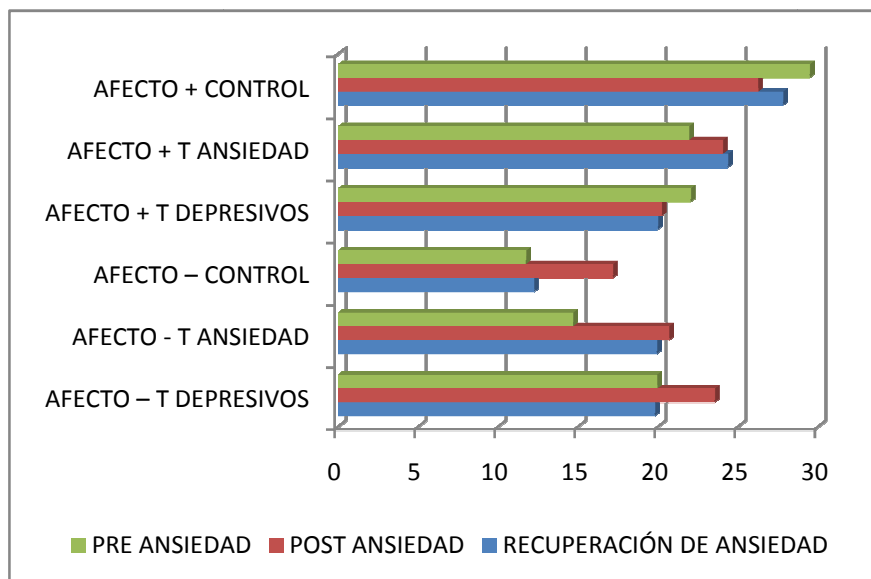


Figura 23. Afecto positivo y negativo en inducción de ansiedad

En resumen, la respuesta emocional de los participantes a las inducciones sólo muestra diferencias en función del tipo de diagnóstico en el afecto positivo, no en el afecto negativo. De los tres tipos de inducción, se han hallado interacciones fase x grupo en la situación ambigua y en el escenario de ansiedad pero no en el de tristeza. La mayor disminución del afecto positivo del GP se debe principalmente al GTD.

Para comparar el grado de **uso de la revaluación y la supresión** entre los subgrupos clínicos y el GC tanto durante la inducción como durante el período de recuperación, se realizó otra serie de ANOVAs. En todos los análisis, el grupo (GC/GTA/GTD) fue el factor intersujetos y los períodos (durante la inducción – durante la recuperación) la variable intrasujetos. La variable dependiente fue el uso de cada estrategia en cada tipo de inducción.

En la **situación ambigua**, los resultados para la revaluación, no indicaron efecto del período ($F(1,59) = 0,09, p = 0,764, \eta_p^2 = 0,002$) ni de la interacción ($F(1,59) = 0,70, p = 0,501, \eta_p^2 = 0,02$). Con la supresión, sí se observa un efecto del período ($F(1,59) = 10,14, p = 0,002, \eta_p^2 = 0,15$) pero no de la interacción ($F(1,59) = 2,29, p = 0,111, \eta_p^2 = 0,07$).

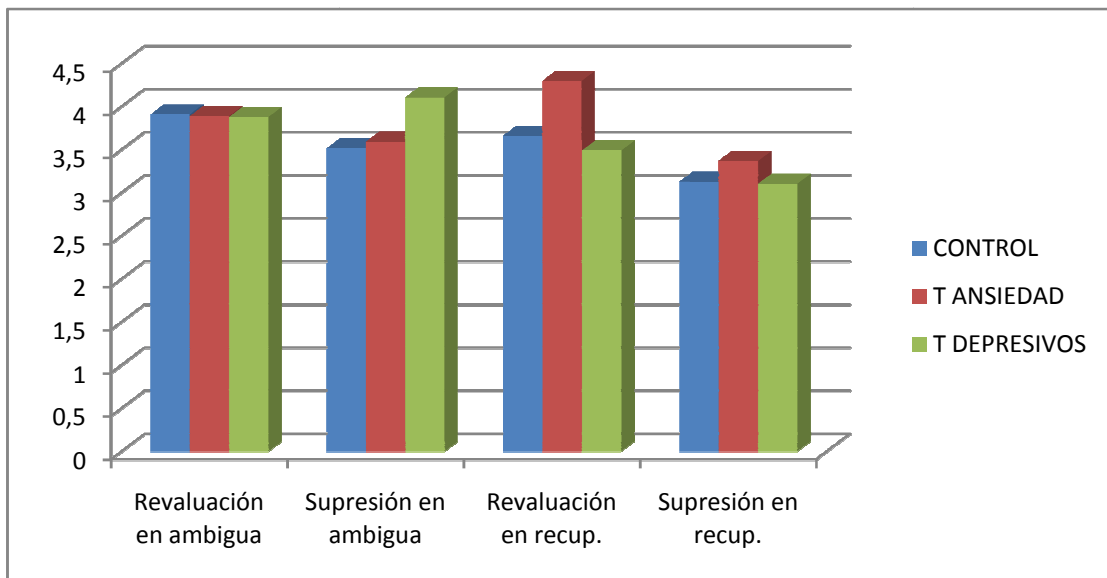


Figura 24. Uso de revaluación y supresión en la inducción y recuperación de situación ambigua

En la **inducción de tristeza**, el análisis de la revaluación nos ofrece un resultado de ausencia de efecto significativo del período ($F(1,59) = 2,78, p = 0,101, \eta_p^2 = 0,05$) y de la interacción ($F(1,59) = 1,75, p = 0,182, \eta_p^2 = 0,06$). En cuanto a la supresión, la prueba no indica efecto significativo del período ($F(1,59) = 2,92, p = 0,093, \eta_p^2 = 0,05$) ni de la interacción ($F(1,59) = 2,67, p = 0,078, \eta_p^2 = 0,08$).

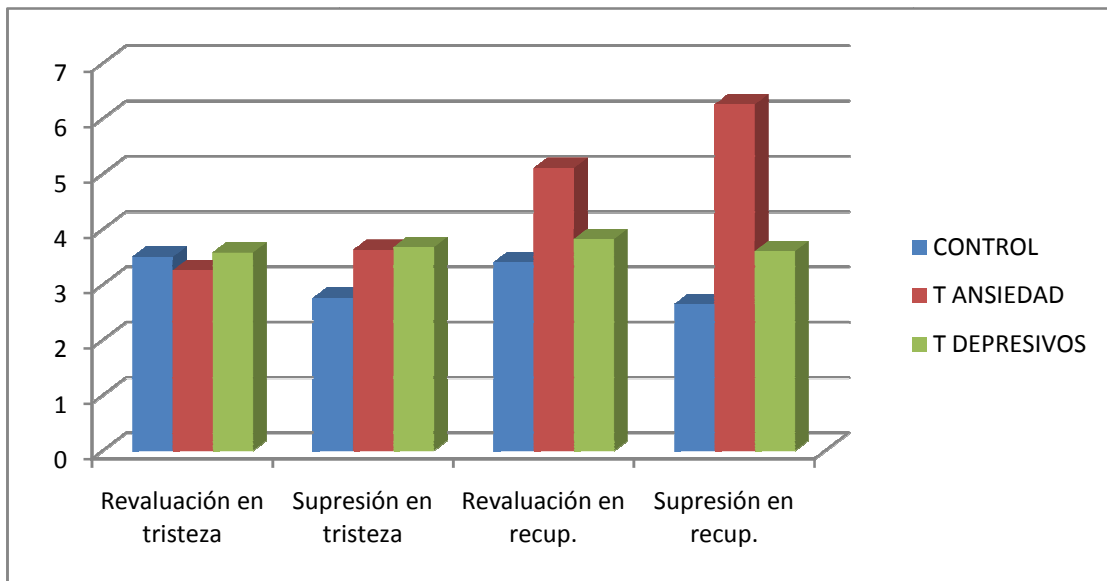


Figura 25. Uso de reevaluación y supresión en la inducción y recuperación de tristeza

En la **inducción de ansiedad**, el ANOVA de la reevaluación ofreció resultados significativos del período ($F(1,59) = 5,27, p < 0,05, \eta_p^2 = 0,08$) pero no de la interacción ($F(1,59) = 0,39, p = 0,568, \eta_p^2 = 0,01$). Finalmente, por lo que respecta a la supresión, la prueba tampoco mostró efecto significativo del período ($F(1,59) = 1,65, p = 0,204, \eta_p^2 = 0,03$) ni de la interacción ($F(1,59) = 0,17, p = 0,849, \eta_p^2 = 0,01$).

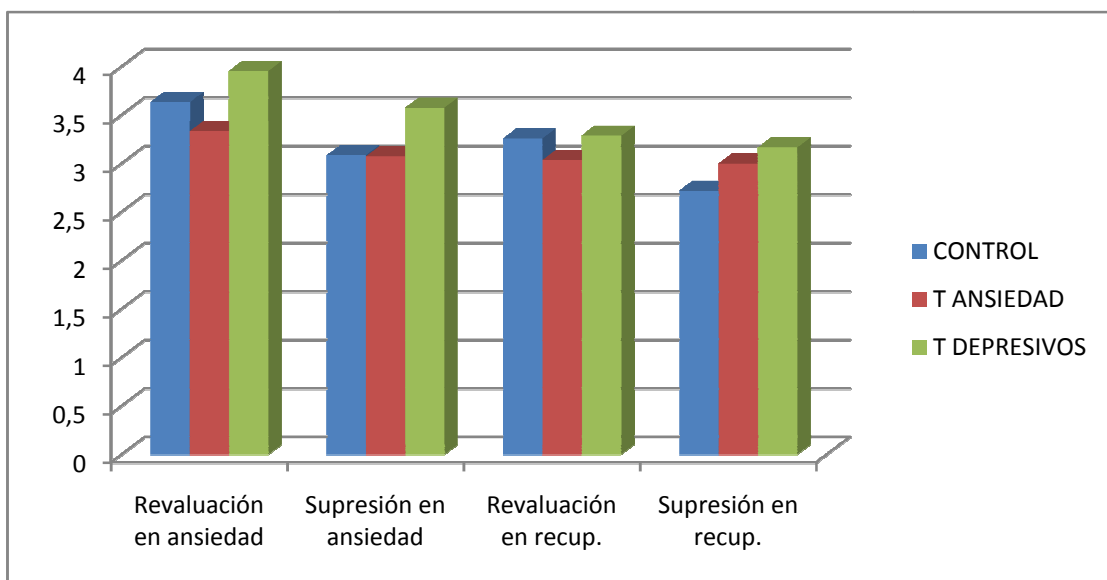


Figura 26. Uso de reevaluación y supresión en la inducción y recuperación de ansiedad

Por tanto, los resultados indican que **no existen diferencias entre los grupos en el uso de reevaluación y supresión** en la sesión de inducción de emociones.

8.2.2. Relación entre sintomatología y rasgos y dificultades de RE y uso espontáneo de supresión y reevaluación

Se han realizado una serie de análisis de regresión por pasos para contrastar si la sintomatología y los rasgos y dificultades de RE predecían la selección de estrategias de RE durante la sesión de inducciones emocionales y para ver las diferencias entre GP y el GC. En todos los análisis se han incluido como posibles predictores: reevaluación y supresión de la escala ERQ; las subescalas de DERS; las subescalas de RRS y los autoinformes de sintomatología BDI y STAI. Se han realizado las pruebas en el GC y en el GTD, por los motivos anteriormente expuestos.

En primer lugar, se ha calculado un **índice general** de reevaluación y otro de supresión. Para ello se ha calculado la media de las puntuaciones en el cuestionario de estrategias empleadas en la sesión de inducciones tanto durante las inducciones como en la recuperación.

Tomando estos índices como variable a predecir, los análisis de regresión muestran los siguientes resultados. Se muestran los modelos que explican mayor proporción de varianza:

Tabla 25. Análisis de regresión por pasos. Predicción de índices generales de estrategias de RE.

| | | Variables predictoras | R ² corregida | p |
|-----|----------------------|----------------------------|--------------------------|--------|
| GTD | Media de Revaluación | DERS descontrol (directa) | 0,15 | <0,05 |
| | Media de Supresión | DERS descontrol (directa) | 0,20 | <0,05 |
| GC | Media de Revaluación | ERQ reevaluación (directa) | 0,43 | <0,001 |
| | Media de Supresión | ERQ reevaluación (directa) | 0,42 | <0,001 |

Nota. GTD: Subgrupo de pacientes con trastornos depresivos o mixtos; GC: Grupo control

En el GTD la variable que predice tanto el uso promedio de reevaluación como el de supresión es DERSdescontrol. En el GC el rasgo autoinformado de reevaluación predice, de manera directa, tanto el promedio de uso de reevaluación como el de supresión. El rasgo autoinformado de supresión no aparece en ninguno de los modelos. También se descartan como predictores la sintomatología y las subescalas de RRS.

Centrándonos en las estrategias empleadas **durante las inducciones**, a continuación, se presentan los modelos resultantes en los distintos tipos de inducción, en primer lugar, para el GTD y a continuación para el GC:

Tabla 26. Predicción de uso de estrategias en el subgrupo de trastornos depresivos y mixtos

| | | R ² corregida | p | Variables predictoras | Δ R ² | Sig. del cambio de F |
|-------------|----------------------|-----------------------------|-------|-------------------------------|------------------|----------------------------|
| REVALUACIÓN | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,17 | 0,031 | ERQ reevaluación (directa) | | |
| | TRISTEZA | | | - | | |
| | ANSIEDAD | 0,22 | 0,015 | DERS descontrol (directa) | | |
| | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,23 | 0,013 | Reproches (directa) | | |
| SUPRESIÓN | TRISTEZA | | | - | | |
| | ANSIEDAD | 0,44 | 0,001 | DERS descontrol (directa) | 0,35 | 0,004 |
| | | | | Reflexión (directa) | 0,15 | 0,029 |

El rasgo de reevaluación predice el uso de esa misma estrategia en situación ambigua. Ni el rasgo de supresión ni la sintomatología predicen el uso estrategias en las inducciones. La subescala DERS descontrol se introduce en el modelo de reevaluación y supresión de ansiedad. Reproches predice supresión en la situación ambigua y Reflexión entra en la predicción de supresión durante el escenario de ansiedad.

Tabla 27. Predicción de uso de estrategias en las inducciones en el grupo control.

| | | R ² corregida | p | Variables predictoras | Δ R ² | Sig. del cambio de F |
|-------------|----------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|-------------------------------|
| REVALUACIÓN | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,34 | 0,001 | ERQ revaluación (directa) | 0,25 | 0,004 |
| | | | | DERS rechazo (directa) | 0,13 | 0,022 |
| | TRISTEZA | 0,24 | 0,003 | ERQ revaluación (directa) | | |
| | ANSIEDAD | 0,34 | 0,001 | ERQ revaluación (directa) | 0,28 | 0,002 |
| | | | ERQ supresión (directa) | 0,10 | 0,041 | |
| SUPRESIÓN | SITUACIÓN AMBIGUA | | | - | | |
| | TRISTEZA | 0,29 | 0,001 | ERQ revaluación (directa) | | |
| | ANSIEDAD | 0,44 | <0,001 | ERQ revaluación (directa) | 0,36 | <0,001 |
| | | | | ERQ supresión (directa) | 0,12 | 0,018 |

El rasgo de revaluación predice el uso de revaluación en todas las inducciones, pero también predice, de manera directa, la supresión de tristeza y ansiedad. La relación directa con el uso de revaluación es la esperada según la hipótesis. No sería lo esperable en el caso de la predicción del uso de supresión.

El rasgo de supresión predice el uso de esa estrategia en la inducción de ansiedad y el uso de revaluación en esa misma inducción emocional. Se incluye también la subescala DERS rechazo en la predicción del uso de revaluación en la situación ambigua.

Si comparamos los modelos entre grupos comprobamos que son bastante diferentes. Los autoinformes de revaluación y supresión predicen mejor el uso de esas estrategias en las inducciones en el grupo control. El uso habitual de revaluación que aparece en casi todos los modelos del GC, sólo se incluye en un modelo del GTD, el de

la situación ambigua. La tendencia a la supresión que en el GC predice la supresión durante el escenario de ansiedad, no es significativo en los modelos del GTD. El uso habitual de los dos tipos de rumiación es relevante para el uso de supresión en el grupo de trastornos depresivos y no emerge en los modelos del GC. La dificultad que mejor predice el uso de reevaluación y supresión, en el escenario de ansiedad, del GTD, es DERS descontrol. En el GC sólo se introduce DERS rechazo para la reevaluación de la situación ambigua.

En cuanto a las estrategias usadas **en el período de recuperación**, los modelos predictores que se han obtenido son los siguientes:

Tabla 28. Predicción de uso de estrategias en las recuperaciones en el subgrupo de trastornos depresivos o mixtos.

| | | R ² corregida | p | Variables predictoras |
|-------------|-------------------|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| REVALUACIÓN | SITUACIÓN AMBIGUA | | | - |
| | TRISTEZA | | | - |
| | ANSIEDAD | 0,29 | 0,006 | DERS confusión (directa) |
| SUPRESIÓN | SITUACIÓN AMBIGUA | | | - |
| | TRISTEZA | | | - |
| | ANSIEDAD | 0,36 | 0,002 | STAI rasgo |

En el único escenario en el que se obtienen modelos de predicción significativos es en la recuperación de ansiedad. En el modelo para la reevaluación en ese período el único predictor significativo es DERS confusión. En el de supresión sólo se observa STAI rasgo como predictor significativo.

Tabla 29. Predicción de uso de estrategias en las inducciones en el grupo control.

| | | R ² corregida | p | Variables predictoras | Δ R ² | Sig. del cambio de F |
|-------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------------|
| REVALUACIÓN | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,26 | 0,002 | ERQ revaluación (directa) | | |
| | TRISTEZA | 0,29 | 0,001 | ERQ revaluación (directa) | | |
| | ANSIEDAD | 0,32 | 0,001 | ERQ revaluación (directa) | | |
| SUPRESIÓN | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,23 | 0,009 | ERQ revaluación (directa) | 0,18 | 0,019 |
| | | | | DERS desatención (inversa) | 0,11 | 0,048 |
| | TRISTEZA | 0,29 | 0,001 | ERQ revaluación (directa) | | |
| | ANSIEDAD | 0,37 | 0,001 | ERQ revaluación (directa) | 0,28 | 0,002 |
| | | | DERS desatención (inversa) | 0,13 | 0,019 | |

El rasgo de revaluación actúa como predictor, en sentido directo, del uso de revaluación y de supresión en la recuperación de todos los escenarios. DERS desatención aparece como predictor de la supresión en la recuperación de escena ambigua y en el escenario de ansiedad. El sentido en el que lo predice es a menor desatención (es decir mayor atención) mayor uso de la supresión.

Si se comparan los modelos predictivos para el uso de estrategias en los períodos de recuperación del GC con los del GTD, se comprueba que en la muestra clínica es menos predecible el uso de estrategias tras la escena ambigua y el escenario de tristeza. Tras el escenario de ansiedad, los predictores del uso de revaluación y supresión son diferentes entre muestras. El rasgo de revaluación se introduce en todos los modelos del GC y, en cambio, no se incluye en ninguno del grupo de trastorno depresivo. El rasgo de supresión no aparece en ningún modelo.

8.2.3. Relación entre uso espontáneo de reevaluación y supresión y afecto positivo y negativo

Se han realizado una serie de análisis de regresión por pasos para contrastar si la selección de estrategias de RE en situaciones de inducción contribuía a la predicción del afecto posterior al mismo. En todos los análisis se han incluido como posibles predictores el afecto previo, positivo y negativo, y el nivel de uso de reevaluación y supresión durante las inducciones.

Predicción del afecto tras la inducción

En primer lugar, se ha buscado el modelo que mejor predecía el promedio de afecto positivo y de afecto negativo posterior a las inducciones a través de los escenarios de inducción. Los posibles predictores fueron las medias de afecto previo y los promedios de reevaluación y supresión durante las inducciones.

Los modelos que predicen mayor proporción de varianza en el GTD fueron los siguientes:

Tabla 30. Predicción de medias de afecto positivo y negativo en el subgrupo de trastornos depresivos o mixtos.

| | R ² corregida | p | Variables predictoras | Δ R ² | Sig. del cambio de F |
|-----------------------------|-----------------------------|--------|--|------------------|----------------------------|
| MEDIA DE AFECTO POSITIVO | 0,80 | <0,001 | Media Afecto positivo previo (directa) | | |
| MEDIA DE AFECTO NEGATIVO | 0,93 | <0,001 | Media Afecto negativo previo (directa) | 0,91 | <0,001 |
| | | | Media supresión en las inducciones (directa) | 0,02 | 0,027 |

Tabla 31. Predicción de medias de afecto positivo y negativo en el grupo control

| | Variables predictoras | R ² corregida | p |
|--------------------------|--|--------------------------|--------|
| MEDIA DE AFECTO POSITIVO | Media Afecto positivo previo (directa) | 0,76 | <0,001 |
| MEDIA DE AFECTO NEGATIVO | Media Afecto negativo previo (directa) | 0,53 | <0,001 |

Como se puede comprobar, la reevaluación no se incluye en los modelos de predicción. La supresión se introduce, aunque con escasa aportación, en el modelo para el afecto negativo en el GTD. Sin embargo, queda excluida en el modelo del GC.

A continuación, presentamos los modelos obtenidos en cada tipo de inducción para cada dimensión del afecto.

Tabla 32. Predicción de afecto positivo y negativo tras inducciones en el subgrupo de trastornos depresivos o mixtos.

| | | R ² corregida | p | Variables predictoras | Δ R ² | Sig. del cambio de F |
|-----------------|-------------------|--------------------------|--------|--|------------------|----------------------|
| AFECTO POSITIVO | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,70 | <0,001 | Afecto positivo previo (directa) | | |
| | TRISTEZA | 0,53 | <0,001 | Afecto positivo previo (directa) | | |
| | ANSIEDAD | 0,71 | <0,001 | Afecto positivo previo (directa) | | |
| AFECTO NEGATIVO | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,49 | <0,001 | Afecto negativo previo (directa) | | |
| | TRISTEZA | 0,67 | <0,001 | Afecto negativo previo (directa) | | |
| | ANSIEDAD | 0,96 | <0,001 | Afecto negativo previo (directa) | 0,88 | <0,001 |
| | | | | Supresión en la inducción (directa) | 0,08 | <0,001 |

Se puede comprobar que la supresión sólo tiene valor predictivo significativo, en el sentido directo, en el escenario de ansiedad para el afecto negativo. En el resto de modelos, la única variable que se introduce es el afecto previo.

Tabla 33. Predicción de afecto positivo y negativo tras las inducciones en el grupo control.

| | | R ² corregida | p | Variables predictoras | Δ R ² | Sig. del cambio de F |
|--------------------|----------------------|-----------------------------|--------|--|------------------|----------------------------|
| AFECTO POSITIVO | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,38 | <0,001 | Afecto positivo previo (directa) | | |
| | TRISTEZA | 0,41 | <0,001 | Afecto positivo previo (directa) | 0,24 | 0,005 |
| | | | | Supresión en la inducción (inversa) | 0,21 | 0,003 |
| | ANSIEDAD | 0,64 | <0,001 | Afecto positivo previo (directa) | | |
| AFECTO NEGATIVO | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,10 | 0,044 | Supresión en la inducción (directa) | | |
| | TRISTEZA | 0,53 | <0,001 | Afecto negativo previo (directa) | | |
| | ANSIEDAD | 0,17 | 0,012 | Afecto negativo previo (directa) | | |

De los modelos del GC se desprende que la supresión predice inversamente el afecto positivo en el escenario de tristeza y directamente el afecto negativo en la escena ambigua. En este último caso es la única variable que incorpora el modelo.

Predicción del afecto tras la recuperación

Se han realizado análisis similares tomando como variable dependiente el afecto posterior a los períodos de recuperación para conocer la posible influencia del nivel de reevaluación y supresión durante ese período. Además, se ha introducido como posibles predictores el afecto posterior a la inducción y previo a la recuperación.

En el análisis con los promedios de afecto y de revaluación y supresión durante el período de recuperación, los modelos de predicción para el GTD son los siguientes:

Tabla 34. Predicción de medias de afectos tras las recuperaciones en el subgrupo de trastornos depresivos o mixtos.

| | Variables predictoras | R ² corregida | p |
|--------------------------|---|--------------------------|--------|
| MEDIA DE AFECTO POSITIVO | Media Afecto tras la inducción (directa) | 0,96 | <0,001 |
| MEDIA DE AFECTO NEGATIVO | Media Afecto negativo tras la inducción (directa) | 0,95 | <0,001 |

Tabla 35. Predicción de medias de afectos tras las recuperaciones en el GC.

| | R ² corregida | p | Variables predictoras | ΔR^2 | Sig. del cambio de F |
|--------------------------|--------------------------|--------|---|--------------|----------------------|
| MEDIA DE AFECTO POSITIVO | 0,93 | <0,001 | Media Afecto positivo tras la inducción (directa) | 0,92 | <0,001 |
| | | | Media revaluación en la recuperación (inversa) | 0,01 | 0,022 |
| MEDIA DE AFECTO NEGATIVO | 0,85 | <0,001 | Media Afecto negativo tras la inducción (directa) | | |

En el grupo clínico las únicas variables que se introducen son el promedio del afecto previo al período de recuperación. En el GC la media de revaluación predice inversamente el afecto positivo tras el tiempo de recuperación, pero con un incremento de R² muy escaso. Los modelos resultantes después de cada tipo de escena de inducción son los siguientes:

Tabla 36. Predicción de afectos tras las recuperaciones para el subgrupo de trastornos depresivos o mixtos.

| | | R ² corregida | p | Variables predictoras | Δ R ² | Sig. del cambio de F |
|--------------------|----------------------|-----------------------------|--------|---|------------------|-------------------------------|
| AFECTO POSITIVO | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,76 | <0,001 | Afecto positivo tras la inducción (directa) | | |
| | TRISTEZA | 0,88 | <0,001 | Afecto positivo tras la inducción (directa) | | |
| | ANSIEDAD | 0,78 | <0,001 | Afecto positivo tras la inducción (directa) | | |
| AFECTO NEGATIVO | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,58 | <0,001 | Afecto negativo tras la inducción (directa) | | |
| | TRISTEZA | 0,86 | <0,001 | Afecto negativo tras la inducción (directa) | 0,85 | <0,001 |
| | | | | Revaluación en la recuperación (directa) | 0,03 | 0,046 |
| | ANSIEDAD | 0,90 | <0,001 | Afecto negativo tras la inducción (directa) | | |

Los modelos predictivos incluyen sólo el afecto previo al período de recuperación, excepto en el período de recuperación del escenario de tristeza en que el grado de revaluación predice, escasamente y junto con el afecto negativo previo, el afecto negativo posterior a la recuperación.

Tabla 37. Predicción de afectos tras las recuperaciones en el grupo control.

| | | R ² corregida | p | Variables predictoras | Δ R ² | Sig. del cambio de F |
|--------------------|----------------------|-----------------------------|--------|---|------------------|----------------------------|
| AFECTO POSITIVO | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,59 | <0,001 | Afecto positivo tras la inducción (directa) | 0,52 | <0,001 |
| | | | | Afecto negativo tras la inducción (inversa) | 0,09 | 0,015 |
| | TRISTEZA | 0,58 | <0,001 | Afecto positivo tras la inducción (directa) | 0,54 | <0,001 |
| | | | | Supresión en la recuperación (inversa) | 0,07 | 0,038 |
| | ANSIEDAD | 0,74 | <0,001 | Afecto positivo tras la inducción (directa) | | |
| AFECTO NEGATIVO | SITUACIÓN AMBIGUA | 0,67 | <0,001 | Afecto negativo tras la inducción (directa) | 0,64 | <0,001 |
| | | | | Supresión en la recuperación (directa) | 0,05 | 0,048 |
| | TRISTEZA | 0,71 | <0,001 | Afecto negativo tras la inducción (directa) | | |
| | | | | Revaluación en la recuperación (directa) | 0,19 | 0,004 |
| | ANSIEDAD | 0,43 | <0,001 | Afecto negativo tras la inducción (directa) | 0,28 | 0,002 |

Los modelos predictivos del GC son diferentes a los del GTD. Muestran como significativo, además del afecto previo al período de recuperación, el uso de supresión en ese período en el modelo de predicción del afecto positivo tras la recuperación de la inducción de tristeza (relación inversa), y en la predicción del afecto negativo tras la recuperación de la escena ambigua (relación directa). La revaluación sólo se introduce en el modelo de predicción del afecto negativo tras la recuperación de la inducción con el escenario de ansiedad.

En resumen, el uso de revaluación sólo es una variable predictora significativa en los modelos del período de recuperación, no en las inducciones. Se incluye en la predicción del afecto positivo promedio del GC. Asimismo, forma parte de los modelos

del afecto negativo en la recuperación de la inducción de tristeza del GTD y en la recuperación de la inducción de ansiedad del GC.

El uso de supresión aparece como predictora tanto en modelos durante las inducciones como en la recuperación. La supresión durante las inducciones predice, en el GTD, la media de afecto negativo y el afecto negativo tras el escenario de ansiedad. También predice, en el GC, el afecto positivo tras la inducción de tristeza y el afecto negativo tras la escena ambigua.

El uso de supresión en el período de recuperación no predice la evolución del afecto en ese lapso en el GTD. En el GC aparece ese rasgo en el modelo de afecto positivo en la recuperación de tristeza y en el de afecto negativo en la recuperación de la escena ambigua.

9. DISCUSIÓN

En este apartado se realizará la discusión de los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos e hipótesis planteados.

RASGOS DE RE

Comparación entre grupo clínico y grupo control en rasgos de RE

Recordamos que en este objetivo nuestra hipótesis era la siguiente:

- *El GP, respecto al GC, informará de un mayor nivel de dificultades para la RE (dimensiones de DERS), menor grado de uso habitual de reevaluación y reflexión y mayor empleo de supresión y reproche (subescalas de ERQ y RRS).*

Se confirma que las dificultades para la RE son mayores en el GP que en el GC a excepción de la subescala de desatención en la que no hay diferencias. El funcionamiento diferente de esta subescala confluye con lo que se ha hallado en estudios anteriores y se explica por el hecho de que la atención a las emociones no es necesariamente funcional (Hervás y Jódar, 2008).

Convergiendo con la literatura anterior, el rasgo de reevaluación es menor en el GP mientras que la tendencia a la supresión es mayor.

En cuanto a los componentes de la rumiación, ambos diferenciaron a los grupos. En el caso de Reflexión, el GP, también superó al GC. Esto último es contrario a lo esperado, pero ya fue hallado anteriormente por Joormann, Dkane y Gotlib (2006).

Dentro del GP, el GTD presenta mayores dificultades para la RE (excepto desatención) que el GTA, el cual presenta niveles menos elevados de sintomatología depresiva y de ansiedad. No hay diferencias entre los dos subgrupos en reevaluación, supresión, reproches ni reflexión. Por tanto, las diferencias del GP frente al GC se deben, principalmente al subgrupo de pacientes depresivos, lo cual concuerda con investigaciones previas (Campbell-Sills et al., 2006a; Garnefski y Kraaij, 2006;

Joormann y Gotlib, 2010; Joorman y Siemer, 2014; Joormann y Vanderlind, 2014; Rude y McCarthy, 2003; Vistedet al., 2018).

Los pacientes con trastornos de ansiedad se asemejan al GC en dificultades y rasgos de RE, a excepción de Reproches que sí es mayor en el GTA. Estos datos no corroboran los resultados de investigaciones anteriores sobre la reevaluación y, sobretodo, la supresión (Amstadter, 2008; Blalock et al., 2016; Kivity y Huppert, 2019; Werner et al., 2011). Tampoco respecto a dificultades de RE (Yap et al., 2018). En cambio, se alinearían más con otros trabajos también relevantes (Dekeret al., 2008; McLaughlin et al., 2011; O'Toole et al., 2017) y respaldarían la aplicación de la teoría de los estilos de respuesta a la patología de ansiedad (McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2011; Nolen-Hoeksema, 2000). La rumiación como indica esta teoría se vincula a la ansiedad y sería un mecanismo de mantenimiento de los trastornos de ansiedad.

Relación entre rasgos de RE y sintomatología emocional

Esta era la hipótesis de partida:

- *Tanto en el GP como en el GC, los rasgos y dificultades de RE (ERQ, DERS y RRS) predecirán la sintomatología emocional depresiva (BDI) y de ansiedad (STAI). La influencia será directa para supresión, dificultades y reproche; e inversa en el caso de reevaluación y reflexión.*

La influencia de los rasgos y dificultades de RE sobre la sintomatología depresiva y de ansiedad, contrariamente a lo esperable desde la perspectiva dimensional, se comporta de manera diferente en el GC y el GTD (representando al GP). Esto sugiere que quizás las diferencias entre las personas de la población general y las personas con trastornos emocionales no son solo cuantitativas, sino que pueden existir aspectos cualitativamente distintos. Este resultado apunta a la necesidad de investigar en RE con muestras de pacientes (un número importante de estudios utiliza muestras no clínicas y se tiende a extrapolar los resultados a la población clínica). Nuestro hallazgo también señala la dificultad bien conocida para trasladar los conocimientos de la psicología básica a la psicología clínica.

En el GC el uso habitual de rumiación permite predecir tanto la sintomatología depresiva como la de ansiedad, confirmando lo que se apuntaba sobre la aplicabilidad amplia de la teoría del estilo de respuesta.

En el GP, tomando como referente el GTD, cobran mayor protagonismo las dificultades de RE para la predicción de la sintomatología emocional; en la línea de anteriores estudios como Salters-Pedneault et al. (2006) o Mennin et al. (2009). La sintomatología depresiva se vincula a la interferencia, mientras que la sintomatología ansiosa está relacionada con la confusión emocional.

El hecho de que ni el uso de reevaluación ni el de supresión predigan la sintomatología contrasta con resultados anteriores (Campbel-Sills et al., 2014; Joormann y Gotlib, 2010; Lasa-Aristu et al., 2019; Marino et al., 2014). Los resultados van en la línea de los estudios que indican que son estrategias desadaptativas, y no déficits de adaptativas, los que se asocian a sintomatología emocional (Aldao et al., 2014; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2011; Aldao, Nolen-Hoeksema y Schwizer, 2010).

RE EN SITUACIÓN EXPERIMENTAL DE INDUCCIÓN EMOCIONAL

Comparación entre grupo clínico y grupo control en el uso espontáneo de reevaluación y supresión

Las hipótesis a contrastar en este objetivo eran dos:

- *El GP empleará en mayor medida la supresión y en menor medida la reevaluación que el GC en la sesión de inducción de emociones.*
- *Se espera que esas diferencias se den durante las tres inducciones (situación ambigua, tristeza y ansiedad) y en el período de recuperación de cada una de ellas.*

La variación del afecto negativo en respuesta a los tres tipos de inducciones no difirió en función de la patología. El afecto positivo del GP disminuyó más que el del GC en la situación ambigua y en el escenario de ansiedad. Esa diferencia se debe al GTD. Este dato refleja la importancia de la disminución del afecto positivo en la depresión apuntada desde el modelo afectivo de los dos factores (Mineka et al., 1998; Watson et al., 1988a), incluso en las situaciones menos directamente relacionadas con la tristeza.

Nuestros resultados no respaldan las hipótesis planteadas y divergen de lo que cabría esperar según el modelo procesual de RE (Gross, 2015a; Gross, 2015b; Uusberg et al., 2019) ya que no existen diferencias entre los grupos en el uso de reevaluación y supresión ni en las inducciones ni en los períodos de recuperación. Tampoco coinciden con estudios anteriores (Ehring et al., 2010).

Esa ausencia de diferencias contrasta con la diferencia en los rasgos autoinformados. Una posible explicación sería que el componente de generación de los modelos psicopatológicos (p.ej. Gross y Jazaieri, 2014; Mennin et al., 2007) tiene una gran importancia. Se puede inferir que los pacientes se encuentran en su vida cotidiana con más momentos en que necesitan regular sus emociones debido a su intensidad. Esto se puede deber al estado de ánimo crónicamente negativo, al mayor número de situaciones estresantes que han de afrontar y/o a la duración de las reacciones a dichas situaciones.

El mayor grado de rumiación, que hemos hallado, también podría estar implicado en la generación prolongada de emociones negativas y la supresión de la expresión emocional (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

El grado de uso de reevaluación y supresión por parte de los participantes no varía de manera divergente, es decir, no se emplea una estrategia en detrimento de la otra, sino que más bien se observa una tendencia a emplear un mayor grado de RE que implica a ambas estrategias. La correlación entre el promedio de reevaluación y el de supresión es de 0,83, (0,81 en el GP y 0,91 en el GC).

Nuestros resultados sobre el uso espontáneo de varias estrategias simultáneamente, una “adaptativa” y una “desadaptativa”, irían en la línea de los de Aldao y Nolen-Hoeksema (2013) o Goubet y Chrysikou (2019). Fenómeno que ocurre, en mayor medida, con estímulos intensos e inducciones de tristeza (Dixon-Gordon et al., 2015; Lennarz et al., 2018; Opitz et al., 2015) y en población clínica (Gruber et al., 2012). Ford, Gross y Gruber (2019) se refieren al fenómeno habitual del uso de varias estrategias simultánea o consecutivamente en un mismo episodio con el término poliregulación. La poliregulación se podría dar en todas las fases del proceso de RE. Creemos que es importante investigar el uso espontáneo y auto-seleccionado de estrategias, tal como hemos hecho en este estudio, ya que refleja mejor que la RE bajo instrucciones lo que sucede en contextos naturales y, por tanto, tiene una mayor validez ecológica (Aldao, 2013; Volokhov y Demaree, 2010)

Relación entre sintomatología y rasgos y dificultades de RE y uso espontáneo de supresión y reevaluación

Las suposiciones de partida eran las siguientes:

- *El rasgo reportado de reevaluación y supresión predecirá el grado de uso espontáneo de estas estrategias en la situación experimental de inducción de emociones.*
- *La no aceptación o rechazo (subescala de DERS) predecirá el uso de supresión en la sesión de inducción de emociones.*
- *La sintomatología de ansiedad y depresión predecirá el empleo espontáneo de supresión e, inversamente, el empleo de reevaluación.*
- *Las relaciones anteriores serán más intensas en el GP que en GC.*

La primera hipótesis se cumple sólo de manera parcial y con muchos matices. Tomando los promedios de uso de supresión y reevaluación, los modelos de predicción son diferentes para el GC y el GTD (representando al GP). En el GC el rasgo

autoinformado de reevaluación predice, de manera directa, tanto el promedio de uso de reevaluación como, paradójicamente, el de supresión. En el GTD, ni el uso promedio de reevaluación, ni el de supresión, se predicen principalmente por sus respectivos rasgos.

Los modelos de predicción del uso espontáneo de reevaluación y supresión para cada tipo de elicitación tienen sus propias especificidades y son diferentes durante la inducción y en el período de recuperación. Durante las inducciones, la hipótesis sobre la relación entre la tendencia personal informada a usar la reevaluación y el grado de uso espontáneo de esa estrategia se cumple en todos los tipos de inducciones en el GC. En cambio, en el GTD sólo es significativa la capacidad predictiva en la situación ambigua. La segunda parte de la hipótesis, la referente al rasgo y el uso en la situación experimental de la estrategia de supresión, sólo se confirma en el GC durante la inducción de ansiedad. Sería incongruente con la hipótesis, el hecho de que en el GC el rasgo de reevaluación prediga, de manera directa, la supresión de tristeza y ansiedad. Tampoco sería muy congruente el resultado de que, en el mismo GC, el rasgo de supresión prediga, en sentido directo, el uso de reevaluación en la inducción de ansiedad.

En cuanto a la predicción del uso de estrategias en el período de recuperación, en el GC nuevamente el rasgo de reevaluación predice según lo esperado, el uso de reevaluación en todas las inducciones. No obstante, también predice, de manera directa, el uso de supresión en todas las elicitaciones. La relación directa con el uso de reevaluación es la esperada según la hipótesis. No sería lo esperable en el caso de la supresión. El rasgo de supresión no se relaciona significativamente con el uso de la misma en la recuperación.

La hipótesis sobre la capacidad predictiva de la no aceptación o rechazo sólo se cumple en el GC para la predicción del uso de reevaluación en la situación ambigua. En el GTD es otra dificultad de RE, el descontrol, la que mejor predice el uso de reevaluación y supresión de ansiedad. No obstante, ambas subescalas, rechazo y descontrol, están muy relacionadas (Hervás y Jódar, 2008).

La subescala DERSdescontrol también es la que predice el promedio de uso de reevaluación y supresión en el GTD. Este factor hace referencia a dos aspectos complementarios, la sensación de desbordamiento debido a la intensidad emocional y la sensación de persistencia de los estados emocionales negativos (Hervás, 2008). Esta relación está en consonancia con la interpretación que se hacía sobre la importancia de la intensidad de la generación emocional en personas con trastornos emocionales. La no aceptación o rechazo no se relaciona significativamente con el uso de estrategias en la recuperación. En su lugar, en el GTD, la confusión predice la reevaluación de la ansiedad. En el GC es la baja desatención la que predice el uso de supresión en la recuperación de la escena ambigua y la ansiedad.

En general, no se cumple la hipótesis de que la sintomatología prediga el empleo espontáneo de supresión e, inversamente, el empleo de reevaluación. Únicamente, en el GTD, durante la recuperación, la sintomatología de ansiedad se relaciona con la supresión de esa emoción.

En la comparación entre grupos, en vez de modelos similares con distintos niveles de capacidad predictiva, con lo que nos encontramos es con que los factores que se relacionan con el uso de estrategias son diferentes. Además, en el GTD, a diferencia del GC, no son predecibles el uso de estrategias para la recuperación de la situación ambigua y la tristeza. Por otra parte, los rasgos de reproche y reflexión predicen el uso de supresión del GTD en situación ambigua y ansiedad respectivamente.

Relación entre uso espontáneo de reevaluación y supresión y afecto positivo y negativo

En este objetivo se hipotetizaba lo siguiente:

- *Tanto en el GP como en el GC, el uso espontáneo de reevaluación y supresión predecirán, inversamente, el afecto negativo producido por las tres clases de inducciones. La influencia de la supresión será menor que la de la reevaluación.*

- *También en ambas muestras, el uso espontáneo de supresión y revaluación en el período de recuperación predecirán, en el modo indicado en la hipótesis anterior, el afecto negativo posterior a dicho período.*
- *En los dos grupos y tanto en las inducciones como en el período de recuperación, el uso espontáneo de supresión predecirá, de manera inversa, el afecto positivo subsiguiente.*

En general, se puede afirmar que no se cumplen las hipótesis ya que la relación entre el uso de estrategias y el afecto, positivo y negativo, posterior a las inducciones y a los períodos de recuperación es mucho más débil que la influencia del afecto previo. Los niveles de afecto positivo y negativo previo son el factor que predice en mayor medida, en muchos casos como único significativo, el afecto posterior. Además, en contra de lo que se esperaba, las relaciones tanto de la revaluación como de la supresión, en todos los casos, van en el mismo sentido: inversa con el afecto positivo y directa con el afecto negativo.

En promedio el afecto positivo posterior a las inducciones, no se ve influido por el uso de revaluación ni de supresión durante las mismas. En el GTD, el uso de supresión predice débilmente el afecto negativo, en contraposición a resultados anteriores (Liverant, 2008). En el GC el afecto negativo no se ve influido por el uso de estrategias. La revaluación no contribuye significativamente a la previsión del afecto posterior. Según el tipo de inducción, el uso de supresión del GTD sólo influye sobre el afecto negativo posterior en la inducción de ansiedad. En el GC el uso de supresión se relaciona, como se esperaba, inversamente con el afecto positivo tras la inducción de tristeza. Este dato respalda la idea del efecto colateral indeseado de la supresión sobre el afecto positivo. La supresión también se relaciona con el afecto negativo tras la situación ambigua. En contraposición a lo planteado en la hipótesis, la revaluación durante las inducciones no se vincula con el afecto posterior ni en promedio ni en las situaciones en concreto en ninguno de los dos grupos.

En cuanto al uso de estrategias durante la recuperación, en promedio la única influencia relevante sobre el afecto posterior a ese período se da en el GC en el que la

revaluación predice inversamente el afecto positivo tras la recuperación, nuevamente en contraposición a la hipótesis planteada.

Distinguiendo el tipo de inducción, en el GTD el uso de revaluación durante la recuperación de la inducción de tristeza se asocia, paradójicamente, con un mayor afecto negativo posterior a ese período. En el GC hallamos más relaciones: del uso de supresión con el afecto positivo tras la recuperación de tristeza (relación inversa), del uso de supresión con el afecto negativo tras la recuperación de la situación ambigua (relación directa), y de la revaluación sólo con el afecto negativo tras la recuperación de la inducción de ansiedad.

La relación entre el uso de estrategias y el estado emocional subsiguiente podría entenderse como ineficacia y consecuencias indeseables del uso espontáneo tanto de revaluación como de supresión. Por ejemplo, la revaluación puede no ser exitosa debido a que los procedimientos de inducción empleados en nuestro estudio son de una elevada intensidad o porque ofrecen posibilidades limitadas de revaluación (Ford y Troy, 2019). También cabría suponer que puede influir la dificultad para evaluar el uso de revaluación distinguiéndola de la rumiación (Johnson et al., 2011). No obstante, creemos que se puede explicar mejor aludiendo al esfuerzo regulador que necesita realizar la persona cuando el grado de intensidad emocional generado es mayor y plantea más dificultad para su control, lo cual enlazaría con el resultado de la relación de la subescala de descontrol con el uso de estrategias. En ese sentido, nuestros resultados pueden encajar en modelos que integren la generación y la RE como dos fases de la respuesta emocional. La reacción primaria relacionada con la sensibilidad emocional condiciona la reacción secundaria o RE consciente (Koole, 2009; Koole y Aldao, 2016; Koole et al., 2011).

El afecto previo a la inducción es el factor más importante para predecir la respuesta a las inducciones. En el grupo clínico el punto de partida es mucho peor. Podemos inferir que, dado que en la población con trastornos emocionales el estado de ánimo es crónicamente negativo y descontrolado, esto incidirá en una sensibilidad

mayor a eventos negativos y la necesidad de un mayor esfuerzo regulatorio que incluye poliregulación.

En línea con el modelo contextual, existen diferencias en la selección de estrategias según el tipo de emoción a regular y entre la RE in situ y a posteriori. La emoción específica a regular es contextualmente importante porque requiere respuestas particulares para una óptima regulación (Southward, Heiy y Cheavens, 2019). También hay diferencias entre la RE con el estímulo inductor presente, y la RE posterior cuando la persona intenta recuperar su estado emocional del impacto emocional.

10. CONCLUSIONES FINALES

RASGOS DE RE

Los pacientes con trastornos emocionales, respecto a la muestra control, tienen más dificultades para la RE (excepto desatención), menor grado de reevaluación habitual y mayor empleo de supresión y rumiación. Estas diferencias se deben, principalmente al subgrupo de pacientes depresivos. Los pacientes con trastornos de ansiedad sólo se diferencian de los controles en el uso habitual de rumiación.

En pacientes con trastornos depresivos, la sintomatología depresiva se vincula a la interferencia, mientras que la sintomatología ansiosa está relacionada con la confusión emocional. En el grupo control el uso habitual de rumiación permite predecir tanto la sintomatología depresiva como la de ansiedad. Ni el uso de reevaluación ni el de supresión predicen la gravedad de la sintomatología.

Los resultados referentes al perfil de las personas con trastornos depresivos respaldan tanto el modelo procesual como las teorías psicopatológicas de dificultades de RE y estilo rumiativo de respuesta. Los trastornos de ansiedad sólo se caracterizarían según lo esperado por esta última teoría.

La influencia de los rasgos y dificultades de RE sobre la gravedad de la sintomatología apunta a una diferencia cualitativa entre población clínica y población sana, frente a los supuestos de los modelos dimensionales, y se predice mejor desde los supuestos de las teorías psicopatológicas que según lo esperable desde el modelo procesual, originado en la psicología básica.

RE EN SITUACIÓN EXPERIMENTAL DE INDUCCIÓN EMOCIONAL

No existen diferencias entre la muestra clínica y los controles en el uso de reevaluación y supresión, ni en las inducciones, ni en los períodos de recuperación. Tampoco se diferencian en la variación del afecto negativo. El afecto positivo de los pacientes depresivos se reduce más que el de los controles en la situación ambigua y en la inducción de ansiedad.

Los rasgos y dificultades que predicen el uso de reevaluación y supresión son diferentes en la muestra clínica y la muestra control. Los modelos varían, además, en función de la situación inductora y entre el período de la inducción y el posterior. En el grupo control el rasgo de reevaluación predice directamente el uso promedio, en y tras las inducciones, tanto de reevaluación como de supresión. En pacientes depresivos es la dificultad por descontrol la que predice el uso promedio de ambas estrategias.

Los niveles de afecto positivo y negativo previo son el factor que predice en mayor medida el afecto posterior a las inducciones. El uso de supresión y reevaluación contribuyen débilmente a la predicción del afecto. Ambas estrategias predicen inversamente el afecto positivo y directamente el afecto negativo.

Los resultados de la sesión experimental confirman los supuestos del modelo afectivo de los dos factores y los modelos psicopatológicos y se explican desde contextualidad de la RE, la poliregulación, el componente de sensibilidad o intensidad emocional aumentada y las dificultades de descontrol y confusión. En cambio no estarían en concordancia con el modelo procesual ni con las teorías dimensionales y tampoco corroboran la importancia de la baja aceptación.

Dificultades y limitaciones

El estudio que se ha realizado no está exento de limitaciones. Realizar un estudio de estas características en el que se realizó una inducción experimental en un contexto clínico natural (una unidad de salud mental) conllevó un esfuerzo importante relacionado con aspectos logísticos como disponer de un ordenador y un espacio para la tarea de regulación emocional, así como la gestión de las agendas del experimentador y los pacientes.

Relacionado con la muestra clínica, aunque el hecho de que nuestro estudio se haya realizado con pacientes con diagnósticos de trastornos emocionales, es necesario señalar que fueron pacientes en tratamiento en una unidad de salud mental, lo que puede dificultar la generalización a población no tratada o en seguimiento en atención primaria u otro tipo de recursos. El tamaño muestral es un poco reducido, pero es debido a los

problemas de comorbilidad que suelen tener los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión.

Otra limitación es que el diseño cuasiexperimental y transversal de esta investigación dificulta el establecimiento de asociaciones entre el curso de los trastornos y los procesos de RE (estrategias, dificultades y efectos de los intentos de regulación).

Por último, como se ve en la revisión teórica, la literatura sobre estrategias de RE va avanzando y existen ya estudios que señalan diversas estrategias y habilidades de RE. La presente investigación se ha centrado en algunas de ellas por su solidez en la literatura, pero también hay en la actualidad otras aportaciones que están siendo bastante investigadas en la actualidad.

Líneas futuras

La realización de la tesis doctoral y sus resultados nos plantea nuevas preguntas que podrían convertirse en estudios futuros. Sería interesante añadir mediciones psicofisiológicas que se han relacionado con la regulación emocional, como el análisis de la variabilidad cardíaca. Asimismo, sería interesante incluir, en un mismo estudio, métodos de RE espontánea y manipulada experimentalmente.

Desarrollando mediciones conductuales ambientales, asistidos con nuevas tecnologías, como métodos de Ecological Momentary Assessment (EMA), se pueden conocer mejor las respuestas emocionales, los esfuerzos regulatorios y la eficacia de las diferentes estrategias regulatorias en situaciones de la vida real. Tras revisar la literatura y realizar nuestro estudio, creemos que las tareas de RE en laboratorio están alejadas de la experiencia que tienen los pacientes en su día a día en el manejo de sus emociones.

La finalidad de nuestro trabajo y de la línea a la que pertenece, el estudio de la RE y la psicopatología, ha sido poder aumentar los conocimientos sobre las dificultades para la RE que presentan las personas con trastornos emocionales y diseñar o mejorar programas de intervención para el tratamiento más eficiente de pacientes de servicios comunitarios. En este sentido, un aspecto importante que no habría que descuidar es la

individualización de los tratamientos. Pensamos que habría que desarrollar la aplicación de la evaluación de las estrategias, habilidades y dificultades para mejorar el análisis funcional de los casos clínicos y personalizar las intervenciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasen, H. (2001). *An Empirical Investigation of Depression Symptoms: Norms, Psychometric Characteristics and Factor Structure of the Beck Depression Inventory-II*. Tesis de Máster. The University of Bergen.
- Abraavanel, B. T. y Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 89-96.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2015). Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antidepresivos-2000-2013.pdf>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios (2019). Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2010-2018. <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/informes-publicados/informes-ansioliticos-hipnoticos-espana-2010-2018.htm>
- Agudelo, D., Spielberger, C. D. y Buela-Casal, G. (2007). La depresión:¿un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental*, 30, 20-28.
- Aguilar, E.J. y Menchón, J.M. (2005). Sistemas de clasificación. En Vallejo-Ruibola, J., y Leal-Cercós, C. (Eds.), *Tratado de Psiquiatría.(vol. II) (pp 664-683)*. Barcelona: Ars Médica.
- Aldao, A. (2012) Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 261-278.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 155-172.
- Aldao, A. y Christensen, K. (2015). Linking the expanded process model of emotion regulation to psychopathology by focusing on behavioral outcomes of regulation. *Psychological Inquiry*, 26, 27-36.
- Aldao, A., Gee, D. G., De los Reyes, A. y Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28, 927-946.
- Aldao, A. y Mennin, D. S. (2012). Paradoxical cardiovascular effects of implementing adaptive emotion regulation strategies in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 122-130.

- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 276-281.
- Aldao, A. y Nolen-Hoeksema, S. (2013). One versus many: Capturing the use of multiple emotion regulation strategies in response to an emotion-eliciting stimulus. *Cognition and Emotion*, 27, 753-760.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010) Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Aldao, A. y Tull, M. T. (2015). Putting emotion regulation in context. *Current Opinion in Psychology*, 3, 100-107.
- Angell, D. J. (2017). *Emotion regulation in depression, anxiety and stress: a focus on catastrophising*. Tesis doctoral. University of Reading.
- Appelhans, B. M. y Luecken, L. J. (2006). Heart rate variability as an index of regulated emotional responding. *Review of General Psychology*, 10, 229-240.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Ato, M., López, J.J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en Psicología. *Anales de Psicología*, 29, 1038-1059.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. y Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P. W., Thomas, S., y Owensb, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research & Therapy*, 42, 1271-1287.
- Baños, R.M., Botella, C., Quero, S., García-Palacios, A. y Alcañiz, M. (2011). Engaging Media for Mental Health Applications: the EMMA project. En Westwood, J. D. et al (Eds.). *Medicine Meets Virtual Reality 18: NextMed* (pp.44-50). Amsterdam, Berlin, Tokyo y Washington: IOS Press.
- Baños, R.M., Botella, C., Rubió, I., Quero, S., García-Palacios, A., y Alcañiz, M. (2008). Presence and emotions in virtual environments: The influence of stereoscopy. *CyberPsychology & Behavior*, 11, 1-8.
- Baños, R.M., Liaño, V., Botella, C., Alcañiz, M., Guerrero, B. y Rey, B. (2006). Changing Induced Moods via Virtual Reality. En W. Ijsselstttein, Y. de Kort, C.

- Midden, B. Eggen, E. van den Hoven, (Eds.) *Persuasive Thecnology: Lecture Notes in Computer Science*, (pp. 7-15). Berlin. Heilderberg: Springer-Verlag.
- Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*, 2, 58-71.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L. Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Bullis, J.R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... y Ametaj, A. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74, 875-884.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L. Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Nueva York: Oxford University Press.
- Barrett, L.F., Wilson-Mendenhall, C.D. y Barsalou, L.W. (2013). A psychological construction account of emotion regulation and dysregulation: The role of situated conceptualizations. En Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation* (pp. 447-465). Nueva York: Guilford Press.
- Beard, C., Millner, A.J., Forgeard, M.J., Fried, E.I., Hsu, K.J., Treadway, M.T., ... y Björgvinsson, T. (2016). Network analysis of depression and anxiety symptom relationships in a psychiatric sample. *Psychological Medicine*, 46, 3359-3369.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H.N., Vernon, L.L. y Gomez, J.J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 206-226.
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P. y Hofmann, S.G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 234-245.
- Berking, M. y Schwarz, J. (2014). Affect regulation training. En Gross, J.J. (Ed.) *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 350-392). Nueva York: Guilford Press.

- Berking, M. y Whitley, B. (2014). *Affect Regulation Training: A Practitioners Manual*. Nueva York: Springer.
- Berking, M., Wirtz, C.M., Svaldi, J. y Hofmann, S.G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 13-20.
- Berking, M. y Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 128-134.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., y Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1230-1237.
- Bigman, Y.E., Mauss, I.B., Gross, J.J. y Tamir, M. (2016). Yes I can: Expected success promotes actual success in emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 30, 1380-1387.
- Bigman, Y. E., Sheppes, G. y Tamir, M. (2017). When less is more: Effects of the availability of strategic options on regulating negative emotions. *Emotion*, 17, 993-1006.
- Bird, T., Mansell, W., Dickens, C. y Tai, S. (2013). Is there a core process across depression and anxiety? *Cognitive Therapy and Research*, 37, 307-323.
- Birk, J. L. y Bonanno, G. A. (2016). When to throw the switch: The adaptiveness of modifying emotion regulation strategies based on affective and physiological feedback. *Emotion*, 16, 657-670.
- Blalock, D. V., Kashdan, T. B. y Farmer, A. S. (2016). Trait and daily emotion regulation in social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 416-425.
- Blashfield, R. K. (1993). Variants of categorical and dimensional models. *Psychological Inquiry*, 4, 95-98.
- Bloch, L., Moran, E. K., y Kring, A. M. (2010). On the need for conceptual and definitional clarity in emotion regulation research on psychopathology. En Kring, A. M. y Sloan, D. M. (Eds.). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 88-104). Nueva York: Guilford Press.
- Boden, M. T., Westermann, S., McRae, K., Kuo, J., Alvarez, J., Kulkarni, M. R., Gross, J.J. y Bonn-Miller, M. O. (2013). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: a prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32, 296-314.

- Bonanno, G.A. y Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science* 8, 591-612.
- Bonanno, G. A. y Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 126-137.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. y Coifman, K. (2004). The importance of being flexible the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15, 482-487.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13.
- Boschloo, L., Van Borkulo, C. D., Borsboom, D. y Schoevers, R. A. (2016). A prospective study on how symptoms in a network predict the onset of depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 183-184.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C. y Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. En Kring, A. M. y Sloan, D. M. (Eds.). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 107-136). Nueva York: Guilford Press.
- Boutin, A. P. K., Rojas, L. G. y Ortiz, N. U. (2011). Modalidades evaluativas en la regulación emocional: Aproximaciones Actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 29-40.
- Bradley, M. M. y Lang, P. J. (1999). The International Affective Digitized Sounds (IADS): stimuli, instruction manual and affective ratings: NIMH Center for the Study of Emotion and Attention. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 49-59.
- Brockman, R., Ciarrochi, J., Parker, P. y Kashdan, T. (2017). Emotion regulation strategies in daily life: mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46, 91-113.
- Brockmeyer, T., Holtforth, M. G., Krieger, T., Altenstein, D., Doerig, N., Zimmermann, J., ... y Bents, H. (2015). Preliminary evidence for a nexus between rumination, behavioural avoidance, motive satisfaction and depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 232-239.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. y Creswell, J. D. (2007). Addressing fundamental questions about mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18, 272-281.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 551-556.

- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, *21*, 256-271.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 585-599.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F. y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 179-192.
- Buckholtz, J. W. y Meyer-Lindenberg, A. (2012). Psychopathology and the human connectome: toward a transdiagnostic model of risk for mental illness. *Neuron*, *74*, 990-1004.
- Buhle, J. T., Silvers, J. A., Wager, T. D., Lopez, R., Onyemekwu, C., Kober, H., ... y Ochsner, K. N. (2014). Cognitive reappraisal of emotion: a meta-analysis of human neuroimaging studies. *Cerebral Cortex*, *24*, 2981-2990.
- Burkitt, I. (2018). Decentring emotion regulation: from emotion regulation to relational emotion. *Emotion Review*, *10*, 167-173.
- Burns, K. C., Isbell, L. M. y Tyler, J. M. (2008). Suppressing emotions toward stereotyped targets: The impact on willingness to engage in contact. *Social Cognition*, *26*, 276-287.
- Burton, C. L. y Bonanno, G. A. (2015). Measuring Ability to Enhance and Suppress Emotional Expression: The Flexible Regulation of Emotional Expression (FREE) Scale. *Psychological Assessment*, *28*, 929-941.
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A. y Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, *3*, 48-67.
- Butler, E. A., Lee, T. L. y Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion*, *7*, 30-48.
- Butler, E. A., Wilhelm, F. H. y Gross, J. J. (2006). Respiratory sinus arrhythmia, emotion, and emotion regulation during social interaction. *Psychophysiology*, *43*, 612-622.
- Cabello, R., Salguero, M. J., Fernández-Berrocal, P. y Gross, J. J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *29*, 234-240.

- Campbell-Sills, L. y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). Nueva York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A. y Hofmann, S.G. (2006a). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251–1263.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G. (2006b). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- Campbell-Sills, L., Ellard, K.K. y Barlow, D.H. (2014). Emotion regulation in anxiety disorders. En Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation* (pp. 393-412). Nueva York: Guilford Press.
- Campos, J. J., Frankel, C. B. y Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377-394.
- Carl, J. R., Fairholme, C. P., Gallagher, M. W., Thompson-Hollands, J. y Barlow, D. H. (2014). The effects of anxiety and depressive symptoms on daily positive emotion regulation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 224-236.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... y Moffitt, T. E. (2014). The p factor: one general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2, 119-137.
- Catanzaro, S. J. y Mearns, J. (1990). Measuring generalized expectancies for negative mood regulation: Initial scale development and implications. *Journal of Personality Assessment*, 54, 546-563.
- Chapman, A., Gratz, K., y Tull, M. (2011). *The dialectical behavior therapy skills workbook for anxiety: breaking free from worry, panic, PTSD, and other anxiety symptoms*. Oakland: Ed. New Harbinger Publications.
- Chen, S., Chen, T. y Bonanno, G. A. (2018). Expressive flexibility: Enhancement and suppression abilities differentially predict life satisfaction and psychopathology symptoms. *Personality and Individual Differences*, 126, 78-84.
- Chmielewski, M., Clark, L. A., Bagby, R. M. y Watson, D. (2015). Method matters: Understanding diagnostic reliability in DSM-IV and DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 764-769.
- Choliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. <https://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>

- Chorpita, B. F., Albano, A. M. y Barlow, D. H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*, 74-85.
- Christou-Champi, S., Farrow, T. F., y Webb, T. L. (2015). Automatic control of negative emotions: Evidence that structured practice increases the efficiency of emotion regulation. *Cognition and Emotion*, *29*, 319-331.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P. y Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, *7*, 1-10.
- Cisler, J.M., Olatunji, B.O. y Feldner, M.T. (2009) Disgust sensitivity and emotion regulation potentiate the effect of disgust propensity on spider fear, blood-injection-injury fear, and contamination fear. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*, 219-29.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T. y Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*, 68-82.
- Clark, D. A. (2009). Cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: Possibilities and limitations of a transdiagnostic perspective. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*, 29-34.
- Clark, D. A. y Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *23*, 60-66.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 505-521.
- Clark, L. A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 316-336.
- Clark, L. A., Watson, D. y Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, *46*, 121-153.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., y Koenen, K. C. (2011). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. Nueva York: Guilford Press.
- Cole, P. M., Martin, S. E. y Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, *75*, 317-333.

- Consedine, N. S., Magai, C. y Bonanno, G. A. (2002). Moderators of the Emotion Inhibition–Health Relationship: A Review and Research Agenda. *Review of General Psychology, 6*, 204-228.
- Consejo General de Colegios Oficiales de la Psicología (2019). *El tratamiento psicológico de los trastornos mentales comunes en Atención Primaria*. <http://www.infocoponline.es/pdf/010319ap.pdf>
- Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., ... y Sunderland, M. (2019). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology can Transform Mental Health Research. *Perspectives on Psychological Science, 1*, 1-18.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et al. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 35*, 390-398.
- Dalgleish, T., Yiend, J., Schweizer, S. y Dunn, B. D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion, 9*, 744-749.
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., y Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research, 37*, 968-980.
- Davidson, R.J., Jackson, D.C. y Kalin, N.H. (2000). Emotion, Plasticity, Context, and Regulation: Perspectives From Affective Neuroscience. *Psychological Bulletin, 126*, 890-909.
- Decker, M. L., Turk, C. L., Hess, B. y Murray, C. E. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 485-494.
- Demaree, H. A., Robinson, J. L., Pu, J., y Allen, J. J. (2006). Strategies actually employed during response-focused emotion regulation research: Affective and physiological consequences. *Cognition and Emotion, 20*, 1248-1260.
- Demaree, H. A., Schmeichel, B. J., Robinson, J. L., Pu, J., Everhart, D. E. y Berntson, G. G. (2006). Up-and down-regulating facial disgust: Affective, vagal, sympathetic, and respiratory consequences. *Biological Psychology, 71*, 90-99.
- Denny, B. T., Inhoff, M. C., Zerubavel, N., Davachi, L. y Ochsner, K. N. (2015). Getting Over It: Long-Lasting Effects of Emotion Regulation on Amygdala Response. *Psychological Science, 26*, 1377-1388.
- Denny, B. T. y Ochsner, K. N. (2014). Behavioral effects of longitudinal training in cognitive reappraisal. *Emotion, 14*, 425-433.
- Denollet, J., Nykliček, I. y Vingerhoets, A. J. (2008). Introduction: Emotions, emotion regulation, and health. En A.J. Vingerhoets, I. Nykliček y J. Denollet (Eds.), *Emotion Regulation* (pp. 3-11). Boston: Springer US.

- Denson, T. F., Grisham, J. R. y Moulds, M. L. (2011). Cognitive reappraisal increases heart rate variability in response to an anger provocation. *Motivation and Emotion*, 35, 14-22.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Diedrich, A., Hofmann, S. G., Cuijpers, P. y Berking, M. (2016). Self-compassion enhances the efficacy of explicit cognitive reappraisal as an emotion regulation strategy in individuals with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 82, 1-10.
- Dixon-Gordon, K. L., Aldao, A. y De los Reyes, A. (2015). Emotion regulation in context: Examining the spontaneous use of strategies across emotional intensity and type of emotion. *Personality and Individual Differences*, 86, 271-276.
- Doré, B. P., Silvers, J. A. y Ochsner, K. N. (2016). Toward a personalized science of emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 10, 171-187.
- Dunn, B. D., Billotti, D., Murphy, V. y Dalgleish, T. (2009). The consequences of effortful emotion regulation when processing distressing material: A comparison of suppression and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 761-773.
- Du Pont, A., Welker, K., Gilbert, K. E. y Gruber, J. (2016). The emerging field of positive emotion dysregulation. En K. Vohs y R. Baumesier (Eds.), *Handbook of self-regulation, Theory and Applications*. (pp.364-379). Nueva York: Guilford Press.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología clínica. *Terapia Psicológica*, 32, 65-74.
- Eftekhari, A., Zoellner, L. A. y Vigil, S. A. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22, 571-586.
- Egloff, B., Schmukle, S. C., Burns, L. R. y Schwerdtfeger, A. (2006). Spontaneous emotion regulation during evaluated speaking tasks: associations with negative affect, anxiety expression, memory, and physiological responding. *Emotion*, 6, 356-366.
- Ehret, A. M., Joormann, J. y Berking, M. (2018). Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. *Journal of Affective Disorders*, 226, 220-226.
- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., y Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44, 1574-1584.

- Ehring, T. y Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior Therapy, 41*, 587-598.
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Fischer, J.S., Fischer, S. y Gross, J.J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depresión: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion, 10*, 563-572.
- Eifert, G. H. y Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 293-312.
- Eisner, L. R., Johnson, S. L. y Carver, C. S. (2009). Positive affect regulation in anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 645-649.
- English, T. y John, O. P. (2013). Understanding the social effects of emotion regulation: The mediating role of authenticity for individual differences in suppression. *Emotion, 13*, 314.
- English, T., Lee, I. A., John, O. P. y Gross, J. J. (2017). Emotion regulation strategy selection in daily life: The role of social context and goals. *Motivation and Emotion, 41*, 230-242.
- Erk, S., Mikschl, A., Stier, S., Ciaramidaro, A., Gapp, V., Weber, B. y Walter, H. (2010). Acute and sustained effects of cognitive emotion regulation in major depression. *The Journal of Neuroscience, 30*, 15726-15734.
- Etkin, A., Büchel, C. y Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Neuroscience, 16*, 693-700.
- Ezama, E., Alonso, Y. y Gómez, Y. F. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*, 293-314.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 509-528.
- Fehlinger, T., Stumpfenhorst, M., Stenzel, N. y Rief, W. (2013). Emotion regulation is the essential skill for improving depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 144*, 116-122.
- Feinberg, M., Willer, R., Antonenko, O. y John, O. P. (2012). Liberating reason from the passions overriding intuitionist moral judgments through emotion reappraisal. *Psychological Science, 23*, 788-795.
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M. y Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 316-321.

- Feldman L.B., Gross J.J., Conner T. y Benvenuto M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Feng, X., Shaw, D. S. y Silk, J. S. (2008). Developmental trajectories of anxiety symptoms among boys across early and middle childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 32-47.
- Ferdinand, R. F., De Nijs, P. F., Van Lier, P. y Verhulst, F. C. (2005). Latent class analysis of anxiety and depressive symptoms in referred adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 88, 299-306.
- Fernández, K. C., Jazaieri, H. y Gross, J. J. (2016). Emotion regulation: a transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 426-440.
- Fernández-Alvarez, J., Díaz García, A., González Robles, A., Botella, C. y García Palacios, A. (2017). La regulación emocional en los trastornos emocionales, una piedra nodal para los abordajes transdiagnósticos: una revisión de la literatura. *Ágora de Salut IV*, 111-121.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the trait meta-mood scale 1, 2. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M. y Soto, O. (2000). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Instrumentos de detección y orientación diagnóstica*. <http://www.academia.cat/files/4257297DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf>
- Ferrando, L., Gibert, J. y Lecrubier, Y. (1999). Fiabilidad y validez de la escala MINI versión CIE10. *Psiquiatría Biológica*, 6, 107.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 115-118.
- Fonfría, A., Poy, R., Segarra, P., López, R., Esteller, À., Ventura, C., Ribes, P. y Moltó, J. (2011). Variabilidad de la tasa cardíaca (HRV) y regulación emocional. *Fòrum de Recerca*, 16, 903-913.
- Ford, B. Q., Gross, J. J. y Gruber, J. (2019). Broadening our field of view: the role of emotion polyregulation. *Emotion Review*, 11, 197-208.
- Ford, B. Q., Karnilowicz, H. R. y Mauss, I. B. (2017). Understanding reappraisal as a multicomponent process: The psychological health benefits of attempting to use reappraisal depend on reappraisal success. *Emotion*, 17, 905-911.

- Ford, B. Q., Mauss, I. B., Troy, A. S., Smolen, A., y Hankin, B. (2014). Emotion regulation moderates the risk associated with the 5-HTT gene and stress in children. *Emotion, 14*, 930-939.
- Ford, B. Q. y Troy, A. S. (2019). Reappraisal reconsidered: A closer look at the costs of an acclaimed emotion regulation strategy. *Current Directions in Psychological Science, 28*, 195-203.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., y Ritter, M. (2013). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*, 282-300.
- Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Londres: Cambridge University Press.
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., ... y McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry, 18*, 192-207.
- García-Palacios, A. y Baños, R. (1999). Eficacia de dos procedimientos de inducción del estado de ánimo e influencia de variables moduladoras. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 4*, 15-26.
- García-Soriano, G., Belloch, A. y Prats, C. M. (2008). Sobre la heterogeneidad del trastorno obsesivo-compulsivo: una revisión. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica, 13*, 65-84.
- Garnefski, N., Boon, S. y Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence, 32*, 401-408.
- Garnefski, N. y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences 40*, 1659–1669.
- Garnefski, N., Kraaij, V. y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences, 30*, 1311-1327.
- Geisler, F. C. y Schröder-Abé, M. (2015). Is emotion suppression beneficial or harmful? It depends on self-regulatory strength. *Motivation and Emotion, 4*, 553-562.
- Giménez, M.A., Aparicio, M.E. y Cejudo, J.R. (2013). El papel de la rumiación y el género en la depresión. *Boletín de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, 38*, 8-25.

- Giuliani, N. R. y Gross, J. J. (2009). Reappraisal. En D. Sander y K. R. Scherer (Eds.), *Oxford companion to the affective sciences* (pp. 329–330). Nueva York: Oxford University Press.
- Giuliani, N. R., McRae, K. y Gross, J. J. (2008). The up-and down-regulation of amusement: experiential, behavioral, and autonomic consequences. *Emotion*, 8, 714-719.
- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W. y Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63, 577-586.
- González-Blanch, C., Alfageme, O. U., Andrés, P. C., Navarro, R. M., Rodríguez, P. R., Medrano, L. A., ... y Vindel, A. C. (2018). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 24, 1-11.
- Goodkind, M., Eickhoff, S. B., Oathes, D. J., Jiang, Y., Chang, A., Jones-Hagata, L. B., ... y Grieve, S. M. (2015). Identification of a common neurobiological substrate for mental illness. *JAMA Psychiatry*, 72, 305-315.
- Gotlib, I. H. y Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312.
- Goubet, K. E. y Chrysikou, E. G. (2019). Emotion Regulation Flexibility: Gender Differences in Context Sensitivity and Repertoire. *Frontiers in Psychology*, 10, 935-935.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gratz, K. L., Weiss, N. H. y Tull, M. T. (2015). Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion in Psychology*, 3, 85-90.
- Greenberg, L. S. y Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J.J. (1998a). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573.
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual foundations. En Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). Nueva York: Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015a). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26.
- Gross, J. J. (2015b). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26, 130-137.
- Gross, J. J. y Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3, 8-16.
- Gross, J. J. y Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387-401.
- Gross, J.J. y John, O.P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J. J. y Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970.
- Gross, J.J. y Levenson, R.W. (1997) Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Gross, J. J. y Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science y Practice*, 2, 151-164.
- Gross, J.J., Sheppes, G. y Urry, H.L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: a distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion*, 25, 765-781.
- Gross, J. J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Nueva York: Guilford Press.
- Gross, J. J., Uusberg, H. y Uusberg, A. (2019). Mental illness and well-being: an affect regulation perspective. *World Psychiatry*, 18, 130-139.
- Gruber, J., Harvey, A.G. y Gross, J.J. (2012). When trying is not enough: emotion regulation and the effort–success gap in bipolar disorder. *Emotion*, 12, 997-1003.

- Guillén-Riquelme, A. (2014). *Validación de la adaptación española del State-Trait Anxiety Inventory en diferentes muestras españolas*. Tesis doctoral. Universidad de Granada.
- Gupta, S. y Bonanno, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 635-643.
- Gyurak, A. y Etkin, A. (2014). A neurobiological model of implicit and explicit emotion regulation. En Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation (pp. 76-90)*. Nueva York: Guilford Press.
- Haines, S. J., Gleeson, J., Kuppens, P., Hollenstein, T., Ciarrochi, J., Labuschagne, I., . . . Koval, P. (2016). The wisdom to know the difference: Strategy-situation fit in emotion regulation in daily life is associated with well-being. *Psychological Science, 27*, 1651-1659.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M. y Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*, 136-143.
- Harvey, A., Murray, G., Chandler, R. y Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review, 31*, 225-235.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W. y Shafran, R. (2004). *Cognitive Behavioural Processes Across Psychological Disorders: A Transdiagnostic Approach to Research and Treatment*. Nueva York: Oxford University Press.
- Haslam, N., Holland, E. y Kuppens, P. (2012). Categories versus dimensions in personality and psychopathology: a quantitative review of taxometric research. *Psychological Medicine, 42*, 903-920.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1152-1168.
- Heller, A. S., Johnstone, T., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G., Kalin, N. H. y Davidson, R. J. (2013). Relationships between changes in sustained fronto-striatal connectivity and positive affect in major depression resulting from antidepressant treatment. *American Journal of Psychiatry, 170*, 197-206.

- Heller, A. S., Johnstone, T., Shackman, A. J., Light, S. N., Peterson, M. J., Kolden, G. G., Kalin, N.H. y Davidson, R. J. (2009). Reduced capacity to sustain positive emotion in major depression reflects diminished maintenance of fronto-striatal brain activation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 106, 22445-22450.
- Henry, J.D., Rendell, P.G., Green, M.J., McDonald, S., y O'Donnell, M. (2008). Emotion regulation in schizophrenia: Affective, social, and clinical correlatos of supression and reappraisal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M. y Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 111-120.
- Hervás, G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la Escala de Respuestas Rumiativas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 111-121.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19, 347-372.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19, 139-156.
- Hervás, G. y Vazquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, 9-36.
- Hofmann, S. G. (2014a). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45, 576-587.
- Hofmann, S. G. (2014b). Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 483-492.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. y Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 389-394.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Fang, A. y Asnaani A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29, 409-416.
- Hughes, J. W. y Stoney, C. M. (2000). Depressed mood is related to high-frequency heart rate variability during stressors. *Psychosomatic Medicine*, 62, 796-803.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinszen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, Ch. y Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification

- framework for research on mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, 167, 748-751.
- Jacobson, N. C. y Newman, M. G. (2017). Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 143, 1155-1200.
- Jackson, D. C., Malmstadt, J. R., Larson, C. L. y Davidson, R. J. (2000). Suppression and enhancement of emotional responses to unpleasant pictures. *Psychophysiology*, 37, 515-522.
- John, O.P. y Eng, J. (2014). Three approaches to individual differences in affect regulation: conceptualizations, measures and findings. En Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation* (pp. 321-345). Nueva York: Guilford Press.
- John, O.P. y Gross, J.J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333.
- Johns, L.C. y Van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Taylor, P. J. y Tarrier, N. (2011). Trait reappraisal amplifies subjective defeat, sadness, and negative affect in response to failure versus success in nonclinical and psychosis populations. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 922-934.
- Johnson, S. L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 241-262.
- Johnstone, T. y Walter, H. (2014). The neural basis of emotion dysregulation. En Gross, J.J., *Handbook of emotion regulation* (pp. 58-75). Nueva York: Guilford Press.
- Joormann, J. (2005). Inhibition, rumination, and mood regulation in depression. En R.W. Engle, R.W. Sedek, U. Von Hecker y D.N. McIntosh (Eds.) *Cognitive limitations in aging and psychopathology: Attention, working memory, and executive functions*, (pp. 275-312). Cambridge University Press.
- Joormann, J., Dkane, M. y Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-280.
- Joormann, J. y Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24, 281-298.
- Joormann, J. y Siemer, M. (2004). Memory accessibility, mood regulation, and dysphoria: Difficulties in repairing sad mood with happy memories? *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 179-188.

- Joormann, J., Siemer, M. y Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 484-490.
- Joormann, J. y Vanderlind, W. M. (2014). Emotion regulation in depression: the role of biased cognition and reduced cognitive control. *Clinical Psychological Science*, *2*, 402-421.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and practice*, *10*, 144-156.
- Kalisch, R., Wiech, K., Critchley, H. D., Seymour, B., O'Doherty, J. P., Oakley, D. A., ... yDolan, R. J. (2005). Anxiety Reduction through Detachment: Subjective, Physiological, and Neural Effects. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *17*, 874-883.
- Kalokerinos, E. K., Résibois, M., Verduyn, P. y Kuppens, P. (2017). The temporal deployment of emotion regulation strategies during negative emotional episodes. *Emotion*, *17*, 450-458.
- Kamphuis, J.H. y Telch, M.J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatments for specific fears. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 1163-1181.
- Kanske, P., Heissler, J., Schönfelder, S. y Wessa, M. (2012). Neural correlates of emotion regulation deficits in remitted depression: the influence of regulation strategy, habitual regulation use, and emotional valence. *Neuroimage*, *61*, 686-693.
- Kappas, A. (2011). Emotion and regulation are one! *Emotion Review*, *3*, 17-25.
- Kashdan, T. B., y Breen, W. E. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, *39*, 1-12.
- Kassel, J. D., Bornovalova, M. y Mehta, N. (2007). Generalized expectancies for negative mood regulation predict change in anxiety and depression among college students. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 939-950.
- Keltner, D. y Haidt, J. (1999). Social functions of emotions at four levels of analysis. *Cognition and Emotion*, *13*, 505-521.
- Kendler, K. S., Zachar, P. y Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, *41*, 1143-1150.
- Kendrick, T. y Pilling, S. (2012). Common mental health disorders identification and pathways to care: NICE clinical guideline. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, *62*, 47-49.

- Keng, S. L., Robins, C. J., Smoski, M. J., Dagenbach, J. y Leary, M. R. (2013). Reappraisal and mindfulness: A comparison of subjective effects and cognitive costs. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 899-904.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617-627.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., ... y Andrade, L. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 90-100.
- Kim, S. H. y Hamann, S. (2012). The effect of cognitive reappraisal on physiological reactivity and emotional memory. *International Journal of Psychophysiology*, *83*, 348-356.
- Kivity, Y. y Huppert, J. D. (2016). Does cognitive reappraisal reduce anxiety? A daily diary study of a micro-intervention with individuals with high social anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*, 269-283.
- Kivity, Y. y Huppert, J. D. (2019). Emotion regulation in social anxiety: a systematic investigation and meta-analysis using self-report, subjective, and event-related potentials measures. *Cognition and Emotion*, *33*, 213-230.
- Kneeland, E. T., Dovidio, J. F., Joormann, J. y Clark, M. S. (2016). Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical Psychology Review*, *45*, 81-88.
- Kneeland, E. T., Nolen-Hoeksema, S., Dovidio, J. F. y Gruber, J. (2016). Beliefs about emotion's malleability influence state emotion regulation. *Motivation and Emotion*, *40*, 740-749.
- Knight, R. T. y Stuss, D. T. (2002). Prefrontal cortex: The present and the future. En Stuss, D. T. y Knight, R. T. (Eds.). (2013). *Principles of frontal lobe function*. (pp. 573-597) Oxford: University Press.
- Kober, H. (2014). Emotion regulation in substance use disorders. En Gross, J.J. *Handbook of emotion regulation*, (pp. 428-46). Nueva York: Guilford Press.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and emotion*, *23*, 4-41.
- Koole, S. y Aldao, A. (2016). The self-regulation of emotion: theoretical and empirical advances. En Vohs, K. D. y Baumeister, R. F. (Eds.). *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications (3a edición)* (pp. 101-112). Nueva York: Guilford Press.

- Koole, S. L., Van Dillen, L. F. y Sheppes, G. (2011). The self-regulation of emotion. En Vohs, K. D. y Baumeister, R. F. (Eds.). *Handbook of Self-Regulation* (pp. 22-40). New York: Guilford Press.
- Koole, S. L., Webb, T. L. y Sheeran, P. L. (2015). Implicit emotion regulation: feeling better without knowing why. *Current Opinion in Psychology*, 3, 6-10.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... y Eaton, N. R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477.
- Kraaij, V., Pruyboom, E. y Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 6, 275-281.
- Kring, A. M. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. *Handbook of Emotion*, 3, 691-705.
- Kring, A. M. (2010). The Future of Emotion Research in the Study of Psychopathology. *Emotion Review*, 2, 225-228.
- Kring, A.M. y Bachorowski, J.A. (1999) Emotions and Psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13, 575-599.
- Krompinger, J. W., Moser, J. S. y Simons, R. F. (2008). Modulations of the electrophysiological response to pleasant stimuli by cognitive reappraisal. *Emotion*, 8, 132-137.
- Kross, E. y Ayduk, O. (2011). Making meaning out of negative experiences by self-distancing. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 187-191.
- Kross, E., Gard, D., Deldin, P., Clifton, J. y Ayduk, O. (2012). " Asking why" from a distance: its cognitive and emotional consequences for people with major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 559-569.
- Krueger, R. F. y Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111-133.
- Krueger, R. F., Watson, D. y Barlow, D. H. (2005). Introduction to the special section: toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 491-493.
- Kudinova, A. Y., Owens, M., Burkhouse, K. L., Barretto, K. M., Bonanno, G. A. y Gibb, B. E. (2016). Differences in emotion modulation using cognitive reappraisal in individuals with and without suicidal ideation: *An ERP study*. *Cognition and Emotion*, 30, 999-1007.

- Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (1995). *The international affective picture system (IAPS): Photographic slides*. The Center for Research in Psychophysiology, University of Florida.
- Lasa-Aristu, A., Delgado-Egido, B., Holgado-Tello, F. P., Amor, P. J. y Domínguez-Sánchez, F. J. (2019). Profiles of Cognitive Emotion Regulation and their Association with Emotional Traits. *Clinical and Health, 30*, 33-39.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a Cognitive–motivational–relational Theory of Emotion. *American Psychologist, 46*, 819-834.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Leahy, R. L., Tirch, D. D., y Napolitano, L. A. (2012). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Lennarz, H. K., Hollenstein, T., Lichtwarck-Aschoff, A., Kuntsche, E. y Granic, I. (2018). Emotion regulation in action: Use, selection, and success of emotion regulation in adolescents' daily lives. *International Journal of Behavioral Development, 43*, 1-11.
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A. y Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*, 155-163.
- Levitt, J.T., Brown, T.A., Orsillo, S.M. y Barlow, D.H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy 35*, 747-766.
- Levy-Gigi, E., Bonanno, G. A., Shapiro, A. R., Richter-Levin, G., Kéri, S. y Sheppes, G. (2016). Emotion regulatory flexibility sheds light on the elusive relationship between repeated traumatic exposure and posttraumatic stress disorder symptoms. *Clinical Psychological Science, 4*, 28-39.
- Levy-Gigi, E. y Shamay-Tsoory, S. G. (2017). Help me if you can: Evaluating the effectiveness of interpersonal compared to intrapersonal emotion regulation in reducing distress. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 55*, 33-40.
- Li, P., Wang, W., Fan, C., Zhu, C., Li, S., Zhang, Z., ... y Luo, W. (2017). Distraction and expressive suppression strategies in regulation of high-and low-intensity negative emotions. *Scientific Reports, 7*, 1-8.
- Lilienfeld, S. O., Sauvigné, K. C., Lynn, S. J., Cautin, R. L., Latzman, R. D. y Waldman, I. D. (2015). Fifty psychological and psychiatric terms to avoid: a list of

- inaccurate, misleading, misused, ambiguous, and logically confused words and phrases. *Frontiers in Psychology*, 6, e1100.
- Lilienfeld, S. O. y Treadway, M. T. (2016). Clashing diagnostic approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 435-463.
- Lilienfeld, S. O., Waldman, I. D. e Israel, A. C. (1994). A critical examination of the use of the term and concept of comorbidity in psychopathology research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 71-83.
- Linden, D. E., Habes, I., Johnston, S. J., Linden, S., Tatineni, R., Subramanian, L., Sorger, B., Healy, D. y Goebel, R. (2012). Real-time self-regulation of emotion networks in patients with depression. *PloS one*, 7, e38115.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Madrid: Paidós.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H. y Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1201-1209.
- Llewellyn, N., Dolcos, S., Jordan, A. D., Rudolph, K. D. y Dolcos, F. (2013). Reappraisal and suppression mediate the contribution of regulatory focus to anxiety in healthy adults. *Emotion*, 13, 610-615.
- López-Gómez, I., Hervás, G. y Vázquez, C. (2015). Adaptación de la “Escala de afecto positivo y negativo”(PANAS) en una muestra general española. *Psicología Conductual*, 23, 529-548.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N. y Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205.
- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.
- Mansell, W., Carey, T. A. y Tai, S. J. (2015). Classification of psychopathology and unifying theory: The ingredients of a Darwinian paradigm shift in research methodology. *Psychopathology Review*, 2, 129-153.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 6-19.
- Marino, J., Silva, J. D., Luna, F., y Mesas, A. A. (2014). Evaluación conductual de la regulación emocional: la habilidad en reevaluación y supresión y su relación con el

- control ejecutivo-semántico y la inteligencia emocional. *Neuropsicología Latinoamericana*, 6, 55-65.
- Markon, K. E., Chmielewski, M. y Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137, 856-879.
- Martins, B., Sheppes, G., Gross, J. J. y Mather, M. (2016). Age differences in emotion regulation choice: Older adults use distraction less than younger adults in high-intensity positive contexts. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73, 603-611.
- Matsumoto, D., Yoo, S. H. y Nakagawa, S. (2008). Culture, emotion regulation, and adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 925-937.
- Mauss, I. B., Bunge, S. A. y Gross, J. J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1, 146-167.
- Mauss, I. B., Cook, C. L., Cheng, J. Y. y Gross, J. J. (2007b). Individual differences in cognitive reappraisal: Experiential and physiological responses to an anger provocation. *International Journal of Psychophysiology*, 66, 116-124.
- Mayer, J. D y Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 197-208.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. R. (2004). Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- McGreevy, C. A., Bonanno, G. A. y D'Andrea, W. (2015). Variation in the physiological costs and benefits of rumination and distraction: The moderating effect of habitual thought suppression. *Personality and Individual Differences*, 85, 93-97.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion Dysregulation and Adolescent Psychopathology: A Prospective Study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 544-554.
- McLaughlin, K. A. y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 186-193.
- McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Wu, G. W., Wang, L., Deserno, M. K. y Borsboom, D. (2015). Mental disorders as causal systems: A network approach to posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 3, 836-849.
- McRae, K. (2016). Cognitive emotion regulation: A review of theory and scientific findings. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10, 119-124.
- McRae, K., Ciesielski, B. y Gross, J. J. (2012). Unpacking cognitive reappraisal: goals, tactics, and outcomes. *Emotion*, 12, 250-255.

- McRae, K., Jacobs, S. E., Ray, R. D., John, O. P. y Gross, J. J. (2012). Individual differences in reappraisal ability: Links to reappraisal frequency, well-being, and cognitive control. *Journal of Research in Personality*, 46, 2-7.
- McRae, K., Ochsner, K. N., Mauss, I. B., Gabrieli, J. J. y Gross, J. J. (2008). Gender Differences in Emotion Regulation: An fMRI Study of Cognitive Reappraisal. *Group Processes & Intergroup Relations: GPIR*, 11, 143-162.
- Mehta, A., Young, G., Wicker, A., Barber, S. y Suri, G. (2017). Emotion regulation choice: Differences in US and Indian populations. *International Journal of Indian Psychology*, 4, 203-219.
- Melvin, G. A. y Molloy, G. N. (2000). Some psychometric properties of the Positive and Negative Affect Schedule among Australian youth. *Psychological Reports*, 86, 1209-1212.
- Memedovic, S., Grisham, J. R., Denson, T. F. y Moulds, M. L. (2010). The effects of trait reappraisal and suppression on anger and blood pressure in response to provocation. *Journal of Research in Personality*, 44, 540-543.
- Mennin, D.S. y Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329-352
- Mennin, D. S. y Fresco, D. M. (2009). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. En Kring, A. M. y Sloan, D. M. (Eds.). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 356-379). Nueva York: Guilford Press.
- Mennin, D. S. y Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. En J. J. Gross (Ed.), *The handbook of emotion regulation*(pp. 469–490). Nueva York: Guilford Press.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M. y Heimberg, R. G. (2015). An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and Anxiety*, 32, 614-623.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L. y Fresco, D.M. (2002). Applying an Emotion Regulation Framework to Integrative Approaches to Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85-90.
- Mennin D.S., Heimberg R.G., Turk C.L. y Fresco D.M. (2005). Preliminary evidence for an emotion regulation deficit model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281–1310.
- Mennin, D.S., Holoway, R.M., Fresco, D.M., Moore, M.T. y Heimberg, R.G. (2007) Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284–302.

- Mennin, D. S., McLaughlin, K. A. y Flanagan, T. J. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 866-871.
- Mesquita, B. y Albert, D. (2007). The cultural regulation of emotions. En J. J. Gross (Ed.), *The handbook of emotion regulation* (pp. 486–503). Nueva York: Guilford Press.
- Millgram, Y., Sheppes, G., Kalokerinos, E. K., Kuppens, P. y Tamir, M. (2019). Do the ends dictate the means in emotion regulation? *Journal of Experimental Psychology: General*, *148*, 80-96.
- Mineka, S., Watson, D., y Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, *49*, 377-412.
- Miu, A. C., Vulturar, R., Chiş, A., Ungureanu, L. y Gross, J. J. (2013). Reappraisal as a mediator in the link between 5-HTTLPR and social anxiety symptoms. *Emotion*, *13*, 1012-1022.
- Mogg, K. y Bradley, B. P. (2005). Attentional Bias in Generalized Anxiety Disorder Versus Depressive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *29*, 29-45.
- Moore, S. A., Zoellner, L. A. y Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms? *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 993-1000.
- Moors, A., Ellsworth, P. C., Scherer, K. R. y Frijda, N. H. (2013). Appraisal theories of emotion: State of the art and future development. *Emotion Review*, *5*, 119-124.
- Morris, R. R., Schueller, S. M. y Picard, R. W. (2015). Efficacy of a web-based, crowdsourced peer-to-peer cognitive reappraisal platform for depression: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *17*, e72.
- Nezlek, J. B. y Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, *76*, 561-580.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bulletin*, *101*, 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 569–582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 115–121.

- Nolen-Hoeksema, S. y Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 589-609.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Ochsner, K. N., y Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 242-249.
- Ochsner, K. N. y Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 153-158.
- Ochsner, K. N. y Gross, J. J. (2014). The neural bases of emotion and emotion regulation: A valuation perspective. En Gross, J.J. *Handbook of emotion regulation* (pp. 23-42). Nueva York: Guilford Press.
- Ochsner, K. N., Ray, R. R., Hughes, B., McRae, K., Cooper, J. C., Weber, J., ... y Gross, J. J. (2009). Bottom-up and top-down processes in emotion generation common and distinct neural mechanisms. *Psychological Science*, 20, 1322-1331.
- Ochsner, K. N., Silvers, J. A. y Buhle, J. T. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals of the Nueva York Academy of Sciences*, 1251, E1-E24.
- Öner, S. (2018) Neural substrates of cognitive emotion regulation: a brief review, *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 28, 91-96.
- Opitz, P. C., Cavanagh, S. R. y Urry, H. L. (2015). Uninstructed emotion regulation choice in four studies of cognitive reappraisal. *Personality and Individual Differences*, 86, 455-464.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. https://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
- Ormel, J., Raven, D., van Oort, F., Hartman, C. A., Reijneveld, S. A., Veenstra, R., ... y Oldehinkel, A. J. (2015). Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. *Psychological Medicine*, 45, 345-360.
- O'Toole, M. S., Zachariae, R. y Mennin, D. S. (2017). Social anxiety and emotion regulation flexibility: considering emotion intensity and type as contextual factors. *Anxiety, Stress, & Coping*, 30, 716-724.

- Page, S. y Coxon, M. (2016). Virtual Reality Exposure Therapy for Anxiety Disorders: Small Samples and No Controls? *Frontiers in Psychology*, 7, e326.
- Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J. y Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 376-385.
- Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8, 162-166.
- Pennebaker, J. W. y Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. *Foundations of Health Psychology*, 12, 263-284.
- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M. y Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-27.
- Perez, C. R. y Soto, J. A. (2011). Cognitive reappraisal in the context of oppression: Implications for psychological functioning. *Emotion*, 11, 675.
- Philippot, P., Chapelle, G. y Blairy, S. (2002). Respiratory feedback in the generation of emotion. *Cognition & Emotion*, 16, 605-627.
- Plate, A. J., Aldao, A., Quintero, J. M. y Mennin, D. S. (2016). Interactions between reappraisal and emotional nonacceptance in psychopathology: Examining disability and depression symptoms in generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 733-746.
- Pliskin, R., Halperin, E., Bar-tal, D. y Sheppes, G. (2018). When ideology meets conflict-related content: influences on emotion generation and regulation. *Emotion*, 18, 159-170.
- Proudfit, G.H., Dinning, J.P., Foti, D. y Weinberg (2014). Temporal dynamics of emotion regulation. En Gross, J.J. *Handbook of emotion regulation*(pp. 43-57). Nueva York: Guilford Press.
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M. y Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being: Comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49, 368-373.
- Raes, F., Smets, J., Nelis, S. y Schoofs, H. (2012). Dampening of positive affect prospectively predicts depressive symptoms in non-clinical samples. *Cognition & Emotion*, 26, 75-82.
- Raio, C. M., Orederu, T. A., Palazzolo, L., Shurick, A. A. y Phelps, E. A. (2013). Cognitive emotion regulation fails the stress test. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110, 15139-15144.

- Rajappa, K., Gallagher, M. y Miranda, R. (2012). Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 833-839.
- Ray, R. D., McRae, K., Ochsner, K. N., y Gross, J. J. (2010). Cognitive reappraisal of negative affect: converging evidence from EMG and self-report. *Emotion*, 10, 587-592.
- Ray, R. D., Wilhelm, F. H. y Gross, J. J. (2008). All in the mind's eye? Anger rumination and reappraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 133-145.
- Reeck, C., Ames, D. R. y Ochsner, K. N. (2016). The social regulation of emotion: An integrative, cross-disciplinary model. *Trends in Cognitive Sciences*, 20, 47-63.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A. y Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170, 59-70.
- Reinecke, A., Filippini, N., Berna, C., Western, D. G., Hanson, B., Cooper, M. J., ... y Harmer, C. J. (2015). Effective emotion regulation strategies improve fMRI and ECG markers of psychopathology in panic disorder: implications for psychological treatment action. *Translational Psychiatry*, 5, e673.
- Richards, J. M. y Gross, J. J. (1999). Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 1033-1044.
- Richards, J.M. y Gross, J.J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 410-424.
- Richards, J. M. y Gross, J. J. (2006). Personality and emotional memory: How regulating emotion impairs memory for emotional events. *Journal of Research in Personality*, 40, 631-651.
- Robinson, J. L. y Demaree, H. A. (2007). Physiological and cognitive effects of expressive dissonance. *Brain and Cognition*, 63, 70-78.
- Rodebaugh, T. L. y Heimberg, R. G. (2008). Emotion regulation and the anxiety disorders: Adopting a self-regulation perspective. En J. Denollet, I. Nyklicek y A. Vingerhoets(Eds.), *Emotion, emotion regulation, and health*. (pp. 140-149). Nueva York: Springer.
- Rodin, R., Bonanno, G. A., Rahman, N., Kouri, N. A., Bryant, R. A., Marmar, C. R. y Brown, A. D. (2017). Expressive flexibility in combat veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Affective Disorders*, 207, 236-241.

- Rodríguez, P. R., Vindel, A. C., Navarro, R. M., Medrano, L. A., Elvira, J. A. M., Aguado, C. B., ... y González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y estrés*, 23, 118-123.
- Rodríguez-Carvajal R, Moreno-Jiménez B, Garrosa E. (2006). *Emotion regulation questionnaire: Spanish version*. Disponible en: <http://spl.stanford.edu/pdfs/erq10-spanish>.
- Roemer, L., Williston, S. K. y Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 52-57.
- Rosselló, J. y Revert, X. (2008). Modelos teóricos en el estudio científico de la emoción. En F. Palmero y F. Martínez (Eds.) *Motivación y emoción*. (pp. 95-137). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Rottemberg, J. y Gross, J.J. (2003). When Emotion Goes Wrong: Realizing the Promise of Affective Science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 227-231.
- Rude, S.S. y McCarthy, C.T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Ruipérez, M. A., Ibáñez, M. I., Lorente, E., Moro, M. y Ortet, G. (2001). Psychometric properties of the Spanish version of the BSI. Contributions to the relationship between personality and psychopathology. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 241-250.
- Rusting, C. L. y Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 790-803.
- Sakakibara, R. y Endo, T. (2016). Cognitive appraisal as a predictor of cognitive emotion regulation choice. *Japanese Psychological Research*, 58, 175-185.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A. y Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker y Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 469-480.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286.

- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, *11*, 37-51.
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *17*, 185-203.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C. y García-Vera, M. P. (2014). Criterios y baremos para interpretar el “Inventario de Depresión de Beck-II”(BDI-II). *Behavioral Psychology*, *22*, 37-59.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, *14*, 249-280.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A. y Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 551-557.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. y Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, *48*, 128-138.
- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B. y Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, *46*, 261-276.
- Scheibe, S., Sheppes, G. y Staudinger, U. M. (2015). Distract or reappraise? Age-related differences in emotion-regulation choice. *Emotion*, *15*, 677-681.
- Schmitt, M. (2018). *Emotion Regulation Repertoire: Which Strategies Drive Mental Health?* Tesis Doctoral. Arizona State University.
- Segal Z. V., Williams J. M. G. y Teasdale J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.
- Shafir, R., Guarino, T., Lee, I. A. y Sheppes, G. (2017). Emotion regulation choice in an evaluative context: the moderating role of self-esteem. *Cognition and Emotion*, *31*, 1725-1732.
- Shafir, R., Schwartz, N., Blechert, J. y Sheppes, G. (2015). Emotional intensity influences pre-implementation and implementation of distraction and reappraisal. *Social cognitive and affective neuroscience*, *10*, 1329-1337.

- Shallcross, A. J., Troy, A. S., Boland, M. y Mauss, I. B. (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 921-929.
- Shallcross, A. J., Troy, A. y Mauss, I. B. (2015). Regulation of emotions under stress. En Scott, R. H. y Kosslyn, S. M. (Eds.). *Emerging trends in the social and behavioral sciences*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Shapero, B. G., Abramson, L. Y. y Alloy, L. B. (2016). Emotional reactivity and internalizing symptoms: Moderating role of emotion regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 328-340.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Sheppes, G. (2014). Emotion regulation choice: theory and findings. En Gross, J.J. (Ed) *Handbook of emotion regulation* (pp. 126-139), Nueva York: Guilford Press.
- Sheppes, G., Catran, E. y Meiran, N. (2009). Reappraisal (but not distraction) is going to make you sweat: Physiological evidence for self-control effort. *International Journal of Psychophysiology*, 71, 91-96.
- Sheppes, G. y Gross, J. J. (2011). Is timing everything? Temporal considerations in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 319-331.
- Sheppes, G. y Levin, Z. (2013). Emotion regulation choice: selecting between cognitive regulation strategies to control emotion. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, e179.
- Sheppes, G. y Meiran, N. (2007). Better late than never? On the dynamics of online regulation of sadness using distraction and cognitive reappraisal. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 1518-1532.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G. y Gross, J. J. (2011). Emotion-Regulation Choice. *Psychological Science*, 22, 1391-1396.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J. y Gross, J. J. (2014). Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 163-181.
- Sheppes, G., Suri, G. y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405.
- Shiota, M. N. y Levenson, R. W. (2012). Turn down the volume or change the channel? Emotional effects of detached versus positive reappraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 416-429.

- Silk, J. S., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Lane, T. L. y Kovacs, M. (2006). Maternal depression and child internalizing: The moderating role of child emotion regulation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 116-126.
- Silk, J. S., Vanderbilt-Adriance, E., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Whalen, D. J., Ryan, N. D. y Dahl, R. E. (2007). Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Development and Psychopathology*, 19, 841-865.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 433, 201-209.
- Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana (2016). Informe especial a les Corts Valencianes. Atención residencial a personas con problemas de salud mental en la Comunitat Valenciana. http://www.elsindic.com/wp-content/uploads/2017/03/548_SINDIC-Informe-especial-Salud-Mental-CASTELLANO-segunda-edici%C3%B3n-003.pdf
- Singer, A. R. y Dobson, K. S. (2007). An experimental investigation of the cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 563-575.
- Skinner, H. A. (1986). Construct validity approach to psychiatric classification. En T. Millon y G. L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology: Towards DSM-IV* (pp. 307-330). Nueva York: Guilford Press.
- Smith, A. H., Wetterneck, C. T., Hart, J. M., Short, M. B. y Björgvinsson, T. (2012). Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 54-61.
- Southward, M. W., Altenburger, E. M., Moss, S. A., Cregg, D. R. y Cheavens, J. S. (2018). Flexible, Yet Firm: A Model of Healthy Emotion Regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 37, 231-251.
- Southward, M. W., Heiy, J. E. y Cheavens, J. S. (2019). Emotions as context: do the naturalistic effects of emotion regulation strategies depend on the regulated emotion?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38, 451-474.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto: California: Consulting Psychologist.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Steer, R. A., Ball, R. y Ranieri, W. F. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 117-128.

- Stein, D. J., Lund, C. y Nesse, R. M. (2013). Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 493-497.
- Suri, G., Sheppes, G., Young, G., Abraham, D., McRae, K. y Gross, J. J. (2018). Emotion regulation choice: the role of environmental affordances. *Cognition and Emotion*, 32, 963-971.
- Suri, G., Whittaker, K. y Gross, J. J. (2015). Launching reappraisal: it's less common than you might think. *Emotion*, 15, 73-77.
- Suveg, C., Morelen, D., Brewer, G.A. y Thomassin, K. (2010). The emotion dysregulation model of ansiedad: A preliminary path analytic examination. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 924-930.
- Szasz, P. L., Szentagotai, A. y Hofmann, S. G. (2011). The effect of emotion regulation strategies on anger. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 114-119.
- Tamir, M. (2016). Why do people regulate their emotions? A taxonomy of motives in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 20, 199-222.
- Tamir, M., John, O. P., Srivastava, S. y Gross, J. J. (2007). Implicit theories of emotion: affective and social outcomes across a major life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 731-744.
- Tamir, M., Mitchell, C. y Gross, J. J. (2008). Hedonic and instrumental motives in anger regulation. *Psychological Science*, 19, 324-328.
- Taylor, G. J. y Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73, 68-77.
- Teesson, M., Slade, T. y Mills, K. (2009). Comorbidity in Australia: findings of the 2007 national survey of mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 606-614.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En Tuma, A. H. y Maser, J. D. (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Thayer, J. F., Åhs, F., Fredrikson, M., Sollers III, J. J. y Wager, T. D. (2012). A meta-analysis of heart rate variability and neuroimaging studies: Implications for heart rate variability as a marker of stress and health. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 747-756.

- Thibodeau, M. A., Carleton, R. N., Collimore, K. C. y Asmundson, G. J. (2013). From higher-order to underlying constructs: Examining the relationships between affect and fundamental fears. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 324-331.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Thompson, R. A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review*, 3, 53-61.
- Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- Troy, A. S., Ford, B. Q., McRae, K., Zorolia, P. y Mauss, I. B. (2017). Change the things you can: Emotion regulation is more beneficial for people from lower than from higher socioeconomic status. *Emotion*, 17, 141-154.
- Troy, A. S., y Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. En S. Southwick, D. Charney, M., Friedman y B. Litz (Eds.), *Resilience to stress* (pp. 30-44). Cambridge: University Press.
- Troy, A. S., Shallcross, A. J., Brunner, A., Friedman, R. y Jones, M. C. (2018). Cognitive reappraisal and acceptance: Effects on emotion, physiology, and perceived cognitive costs. *Emotion*, 18, 58-74.
- Troy, A.S., Shallcross, A.J. y Mauss, I.B. (2013). A person-by-situation approach to emotion regulation cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychological Science*, 24, 2505-2514.
- Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J. y Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining: cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*, 10, 783-795.
- Tull, M. T. y Aldao, A. (2015). Editorial overview: New directions in the science of emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 1-5.
- Tull, M. T., Rodman, S. A. y Roemer, L. (2008). An examination of the fear of bodily sensations and body hypervigilance as predictors of emotion regulation difficulties among individuals with a recent history of uncued panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 750-760.
- Urry, H. L. (2009). Using reappraisal to regulate unpleasant emotional episodes: goals and timing matter. *Emotion*, 9, 782-797.
- Urry, H. L. y Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 352-357.

- Uusberg, A., Uusber, H. y Gross, J.J. (2019). How can emotions be regulated. En Scarantino, A. (Ed), *The Routledge Handbook of Emotion Theory*. Abingdon:Routledge.
- Van Os, J. y Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry, 15*, 118-124.
- Vázquez, C., Sánchez, Á. y Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: el DSM-IV-TR/DSM-V y la CIE-10. En V. E. Caballo, I. C. Salazar, J. A. Carrobes (Ed.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2ª edición)*, (pp.93-1). Madrid: Siglo XXI.
- Verzeletti, C., Zammuner, V. L., Galli, C. y Agnoli, S. (2016). Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence. *Cogent Psychology, 3*, 1199294.
- Visted, E. V., Vøllestad, J. J., Nielsen, M. M. y Schanche, E. E. (2018). Emotion Regulation in Current and Remitted Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology, 9*, e026993.
- Volokhov, R. N. y Demaree, H. A. (2010). Spontaneous emotion regulation to positive and negative stimuli. *Brain and Cognition, 73*, 1-6.
- Von Scheve, C. (2012). Emotion regulation and emotion work: two sides of the same coin?. *Frontiers in Psychology, 3*, e496.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134*, 163-206.
- Watkins, E. R. (2015). Psychological treatment of depressive rumination. *Current Opinion in Psychology, 4*, 32-36.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 522-536.
- Watson, D. y Clark, L. A. (1997). Measurement and mismeasurement of mood: Recurrent and emergent issues. *Journal of Personality Assessment, 68*, 267-296.
- Watson, D., Clark, L.A. y Carey, G. (1988). Positive y negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 346-353.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E. y McCormick, R. A. (1995a). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of

- anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 15-25.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E., y McCormick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.
- Webb, T. L., Miles, E. y Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138, 775-808.
- Werner, K. H., Goldin, P. R., Ball, T. M., Heimberg, R. G. y Gross, J. J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33, 346-354.
- Werner, K. y Gross, J. J. (2009). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. En Kring, A. M. y Sloan, D. M. (Eds.). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13-37). Nueva York: Guilford Press.
- Werner-Seidler, A., Banks, R., Dunn, B. D. y Moulds, M. L. (2013). An investigation of the relationship between positive affect regulation and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 46-56.
- Westphal, M., Seivert, N. H. y Bonanno, G. A. (2010). Expressive flexibility. *Emotion*, 10, 92-100.
- Widiger, T. A. y Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126, 946-963.
- Widiger, T. A. y Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494-504.
- Wilson, K., Gullone, E. y Moss, S. (1998). The youth version of the Positive and Negative Affect Schedule: A psychometric validation. *Behaviour Change*, 15, 187-193.
- Williams, L. E., Bargh, J. A., Nocera, C. C. y Gray, J. R. (2009). The unconscious regulation of emotion: nonconscious reappraisal goals modulate emotional reactivity. *Emotion*, 9, 847-854.

- Wolgast, M., Lundh, L. G. y Viborg, G. (2011). Cognitive reappraisal and acceptance: An experimental comparison of two emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 858-866.
- Wu, L., Winkler, M. H., Wieser, M. J., Andreatta, M., Li, Y. y Pauli, P. (2015). Emotion regulation in heavy smokers: experiential, expressive and physiological consequences of cognitive reappraisal. *Frontiers in Psychology*, *6*, e1555.
- Yap, M. B., Allen, N. B. y Sheeber, L. (2007). Using an emotion regulation framework to understand the role of temperament and family processes in risk for adolescent depressive disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *10*, 180-196.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C. y Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *74*, 695-709.
- Zaki, J. y Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, *13*, 803-810.
- Zinbarg, R. E. y Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: a hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*, 181-193.

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

Usted ha mostrado su interés de participar en un estudio científico de la Unidad de Salud Mental de Gandía. Su participación en el estudio es completamente voluntaria. A continuación, se le pedirá que nos proporcione su consentimiento, de forma escrita, para participar en este estudio. No habrá ningún inconveniente si no desea participar. Además, usted puede interrumpir su participación en cualquier momento. Por favor, lea el siguiente texto con detenimiento y no dude en hacer cualquier pregunta.

¿Por qué se lleva a cabo este estudio?

Este estudio es parte de un proyecto llamado *Regulación emocional como proceso transdiagnóstico. Comunalidad y especificidad a través de los trastornos depresivos y de ansiedad.*

El objetivo general de este proyecto es conocer mejor las respuestas emocionales de las personas con trastornos psicológicos.

¿Cuál será el procedimiento implementado en el estudio?

En las primeras sesiones examinaremos su estado de salud y revisaremos si éste se ajusta a los criterios de inclusión del estudio.

En caso de que usted cumpla con los criterios de inclusión establecidos, participaría en dos sesiones en que se estudiarían sus reacciones psicológicas a diferentes escenas que se le presentarían mediante un equipo informático.

¿Existe algún riesgo asociado con mi participación?

De acuerdo con el conocimiento existente, el protocolo de evaluación utilizado en este estudio no conlleva riesgos para los participantes.

¿Cuáles son los posibles beneficios de mi participación?

Su participación en este estudio contribuirá a conocer mejor las disfunciones presentes en los trastornos emocionales que mantienen los mismos y dificultan la recuperación.

Además, si se cumplen los objetivos del estudio, los resultados pueden ser muy relevantes con vistas al futuro diseño o mejora de los programas de intervención para pacientes con sintomatología depresiva y de ansiedad.

¿Cómo serán tratados mis datos?

Todos los datos relevantes para el estudio serán recogidos y almacenados cumpliendo con la normativa de protección de datos vigente. Estos datos sólo serán utilizados de forma anónima con el objeto de realizar los análisis científicos pertinentes. Todas las personas involucradas en el estudio tienen la obligación de cumplir con las leyes de protección de datos. Nos aseguraremos de que toda su información - sin restricciones - sea tratada de manera confidencial. Cualquier dato recogido será eliminado tan pronto como no sea necesario para los fines científicos.

¿Puedo declinar o suspender mi participación?

Sí, usted puede negarse a participar en este estudio o terminar su participación en cualquier momento. En caso de que usted decida suspender su participación en el estudio todos sus datos serán destruidos inmediatamente.

¿Quién es el investigador responsable del estudio?

Dra. Azucena García Palacios, Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología, Universitat Jaume I (Castellón de la Plana), Tel .: 964 387 640, E-mail: azucena@uji.es

Puede contactar con los investigadores principales a si tiene alguna pregunta, inquietud sobre el estudio, sobre los datos que se están recogiendo, o si quiere hacer uso de su derecho a suspender su participación.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto de manera libre mi participación en el estudio:

Regulación emocional como proceso transdiagnóstico. Comunalidad y especificidad a través de los trastornos depresivos y de ansiedad

Por favor firme este formulario de consentimiento sólo si ha comprendido plenamente la naturaleza y el procedimiento de este estudio informado en la hoja de información y sólo si no tiene dudas y ha entendido todos sus derechos como participante.

Si usted desea participar en el estudio, por favor marque las casillas correspondientes a continuación:

- Soy mayor de 18 años y doy mi consentimiento para participar en este estudio.
- Certifico que he leído y comprendido la información anterior, que he recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas con respecto a este estudio, y que se me ha informado que tengo la libertad de retirar mi consentimiento y poner fin a mi participación en el proyecto en cualquier momento.
- Por la presente doy mi consentimiento para participar en este estudio con el entendimiento de que dicho consentimiento no conlleva la renuncia a ninguno de mis derechos legales, ni tampoco exime a los investigadores o cualquier agente de la misma de la responsabilidad por negligencia.

Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS:

DNI:

Fecha y Lugar:

Firma del participante:

ANEXO II: FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

A continuación presentamos los datos de los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos con los datos de la investigación:

BSI: 0,873

DERS:

Escala total: 0,944
Descontrol: 0,932
Rechazo: 0,929
Interferencia: 0,921
Desatención: 0,745
Confusión: 0,395

ERQ:

Revaluación: 0,802
Supresión: 0,692

RRS:

Total: 0,949
Reproches: 0,794
Reflexión: 0,711

BDI-II: 0,967

STAI:

A-E: 0,864
A-R: 0,902

PANAS:

Positivo: 0,891
Negativo: 0,938

Cuestionario de estrategias:

Revaluación: 0,755
Supresión: 0,680