

PSICOPATOLOGÍA DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL: EL PAPEL DE LOS DÉFICIT EMOCIONALES EN LOS TRASTORNOS CLÍNICOS

Gonzalo Hervás
Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen

Las emociones han demostrado ejercer una influencia importante en muchas áreas de funcionamiento psicológico. Sin embargo, en el campo clínico, en donde su importancia es aún mayor, hasta hace poco habían sido claramente desatendidas. En este artículo se propone un modelo que puede permitir la comprensión de una forma integrada de la reciente literatura acerca de cómo los procesos emocionales, cuando se tornan disfuncionales, pueden generar problemas en la regulación emocional y, eventualmente, trastornos clínicos. Para evaluar la utilidad y validez del modelo planteado, se estudian los cuadros psicopatológicos en donde se encontraron mayores pruebas acerca de la existencia de déficit en el procesamiento de las emociones: trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y trastorno límite de la personalidad. Aunque se encontraron procesos alterados en todos los trastornos, sólo las fases de etiquetado y aceptación emocional aparecieron deficitarias en todos los casos. Finalmente, se revisan los tratamientos más recientes que incluyen entre sus objetivos la rehabilitación de procesos emocionales alterados.

PALABRAS CLAVE: emoción, depresión, ansiedad, regulación emocional.

Abstract

Emotions have been shown to exert a significant influence on many areas of psychological functioning. However, until recently, research on emotions in clinical psychology - where emotions are a key issue - had been largely neglected. In this paper, a model is proposed to provide a comprehensive understanding of recent literature on how emotional processes, when they become dysfunctional, may lead to difficulties in emotional regulation and, ultimately, to clinical disorders. To evaluate the use and validity of the proposed model, an examination is made of the psychological manifestations that have provided most of the evidence on the existence of deficit in emotional processing: depressive disorders, anxiety disorders

and borderline personality disorder. Although altered processes were found in all the disorders examined, only emotional labelling and acceptance were deficient in all cases. Finally, a review is made of more recent treatments whose goals include the rehabilitation of altered emotional processes.

KEY WORDS: *emotion, depression, anxiety, emotion regulation.*

Introducción

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 con justicia el valor adaptativo de las emociones (p. ej., Lazarus, 1991). De las emociones se ha dicho que adaptan el estilo cognitivo a las demandas situacionales, que facilitan la toma de decisiones y que preparan al individuo para rápidas respuestas motoras (Gross, 1999). Además, cumplen también importantes funciones sociales. Por ejemplo, proporcionan información sobre intenciones, dan información a otros sobre si algo es bueno o malo y flexibilizan patrones complejos de comportamiento social (Keltner y Haidt, 1999). Sin embargo, para poder disponer de todos los recursos que nos aportan las emociones es necesario disponer de determinadas habilidades emocionales. En caso contrario, las emociones pueden suponer un desgaste enorme en el funcionamiento del individuo. Por ejemplo, los estados de ánimo, en ocasiones, persisten de forma completamente ajena a las circunstancias vitales objetivas convirtiéndose en disfuncionales y desadaptativos. Así, en numerosas situaciones debemos regular nuestros estados emocionales, ya sean de ira, tristeza, entusiasmo... etc., para adaptarnos a nuestro entorno laboral y/o social (Erber, Wegner y Therriault, 1996); otras veces, sencillamente regulamos ciertas emociones porque nos resultan desagradables (Larsen, 2000) o porque no se ajustan a la visión que tenemos de nosotros mismos (Heimpel, Wood, Marshall y Brown, 2002).

En ausencia de unas adecuadas estrategias y habilidades emocionales ("inteligencia emocional"), estos intentos de regulación pueden no ser exitosos. En ocasiones, emociones como la tristeza, la ira o el miedo se descontrolan de forma que exceden a las expectativas del individuo y a su comprensión. Y más aún, a menudo dichas emociones reaccionan de forma refractaria a los intentos por controlarlas, dando lugar a una serie de círculos viciosos de difícil resolución que pueden acabar afectando a muchas áreas del funcionamiento social y psicológico.

A continuación veremos que esta cascada de problemas emocionales puede ser un elemento común a numerosos trastornos psicopatológicos. Por esta razón, en ocasiones se ha sugerido que los déficit emocionales, como suceden con otros factores, pueden ser responsables de la alta comorbilidad encontrada en los trastornos del eje I (Kring, 2008). Por tanto, los procesos emocionales parecen ser claves para el buen funcionamiento psicológico pero también pueden ser protagonistas de los trastornos psicopatológicos. Hace más de una década algunos autores ya planteaban la necesidad de incluir en la investigación psicopatológica los recientes e importantes avances realizados en la psicología básica de las emociones y su regulación

(p. ej., Miranda, Gross, Persons y Hahn, 1998). Y de alguna forma sus previsiones se han cumplido ya que, cada vez con más determinación, se han comenzado a estudiar el papel de los distintos procesos emocionales en la vulnerabilidad y el mantenimiento de los trastornos psicopatológicos.

Antes de analizar la investigación a la que aludimos puede ser útil revisar brevemente los procesos emocionales que han sido más estudiados y hacer algunos comentarios acerca de ellos. Para ello, analizaremos los diferentes tipos de déficit de regulación emocional que se pueden encontrar desde un punto de vista psicopatológico.

Regulación vs. alteración de la regulación emocional

Según algunos autores, más de la mitad de los trastornos del eje I y todos los trastornos de personalidad del eje II, muestran alguna forma de déficit en la regulación emocional (Gross y Levenson, 1997). En cuanto a la definición, según Gross (1999) la regulación emocional se refiere a "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" (p. 557).

Es importante destacar que la definición de regulación emocional no aclara de forma definitiva a lo que nos referimos cuando hablamos de déficit de regulación emocional o sencillamente de alteración de la regulación emocional. La translación directa de definiciones generales de un campo básico al campo clínico no siempre es útil. Y en este caso, se pueden distinguir al menos tres vías por las que la regulación emocional se hace presente en el campo clínico (Hervás y Vázquez, 2006a):

- 1) Déficit de regulación por ausencia de activación. La primera vía se puede observar en aquellas situaciones en las cuales una persona no activa estrategias de regulación a pesar de experimentar intensos estados de disforia. Esta falta de activación de estrategias se puede convertir en parte importante del problema clínico como sucede, por ejemplo, en la depresión. En estos casos, el individuo puede abandonarse en su estado de ánimo negativo sin hacer nada para compensarlo y por tanto hablaríamos de un déficit en la activación de estrategias de regulación.
- 2) Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. En segundo lugar podemos situar la ineficacia de las estrategias de regulación empleadas ya que la activación de estrategias de regulación no tiene por qué conducir forzosamente a la regulación de un estado emocional negativo. Como veremos en el apartado siguiente, el proceso del manejo de emociones es complejo de forma que si no se ha realizado adecuadamente el procesamiento emocional de la experiencia, los intentos de regulación pueden ser infructuosos. Por ejemplo, ante un hecho impactante o incluso potencialmente traumático aunque la persona active estrategias de regulación emocional adecuadas –que serían útiles para cualquier otra persona–, probablemente no serán eficaces si no ha procesado y asimilado la situa-

ción vivida (p. ej., Hunt, 1998). En este sentido, la investigación ha demostrado que la distracción puede ser más eficaz a corto plazo que la rumiación (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993) para reducir el afecto negativo. Sin embargo, también se ha observado que, a medio plazo, la estrategia más eficaz es la reflexión, entendida como el análisis y exploración de las experiencias activadoras y reacciones posteriores (Treyner, Gonzalez y Nolen-Hoeksema, 2003). La investigación ha mostrado que éste es un componente adaptativo dentro de la escala clásica de estilo rumiativo (ver Hervás, 2008). Por tanto, una estrategia puede ser eficaz para regular emociones en una situación, pero no en otra. Igualmente, puede ser eficaz a corto plazo, pero no a medio plazo. En conjunto, estos resultados sugieren que evaluar la eficacia de las estrategias de regulación es un tema complejo y aún no completamente resuelto. En todo caso, las investigaciones apuntan de forma clara a que algunas habilidades emocionales como la claridad emocional o la aceptación emocional promueven la eficacia de las estrategias de regulación empleadas (Hervás y Vázquez, 2006a; Liverant, Brown, Barlow y Roemer, 2008).

- 3) Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. Algunas personas, ante sus reacciones emocionales negativas, activan estrategias de regulación para corregir dichas experiencias pero no lo consiguen. Por el contrario, lo que encuentran es que sus reacciones son más intensas y descontroladas. A menudo esto es la consecuencia de usar estrategias contraproducentes (p. ej., evitación/rechazo/supresión emocional) que lejos de reducir la intensidad de la experiencia la intensifican (Dalglish, Yiend, Schweizer y Dunn, 2009; Gross y Levenson, 1997). Por tanto, la alteración de la regulación puede no ser un problema de activación o de eficacia, sino que a veces los intentos de regulación, en sí mismos, son el problema. En este sentido, más adelante veremos que en muchos trastornos de ansiedad, un componente clave del mantenimiento son los intentos de control contraproducentes realizados por el individuo. Por último, es importante añadir que existen otras formas de regulación disfuncional que, aunque consiguen el objetivo de reducir la experiencia emocional, conllevan efectos secundarios desadaptativos. Conductas como el consumo de alcohol y otras sustancias, o de forma aún más evidente, las conductas autolesivas (Gratz, 2003) podrían encajar en la definición aportada por Gross (1999) como estrategias de regulación emocional, ya que son realizadas con el objetivo de reducir la experiencia emocional negativa. Aquellas estrategias de regulación que conllevan riesgos importantes para la salud física o mental del individuo no deberían ser etiquetadas como estrategias de regulación emocional eficaces. De hecho, en el campo clínico son a menudo consideradas, ya no disfuncionales, sino auténticos síntomas. Por tanto, es clave diferenciar una regulación adecuada de lo que pueden ser intentos de control emocional, que pueden ser subjetivamente útiles pero absolutamente contraproducentes desde una perspectiva más amplia.

Bases de una regulación emocional eficaz

Aunque en la literatura previa se han descrito varios modelos de regulación afectiva provenientes de la psicología básica (Hervás y Vázquez, 2006a), como veíamos en el apartado anterior, los parámetros para comprender los procesos adaptativos no son los mismos que los que se necesitan para comprender los déficit y trastornos².

En este trabajo se propone un modelo diseñado para que sea útil para la comprensión de los fenómenos psicopatológicos y que plantea la regulación emocional como un apartado dentro de un modelo más amplio basado en el procesamiento emocional.

Según este modelo, tras un suceso o situación con implicaciones emocionales, se activaría automáticamente la necesidad de procesar emocionalmente la experiencia. Según Rachman (1980), el procesamiento emocional es el proceso por el cual las alteraciones emocionales van declinando hasta que se absorben de forma que otros comportamientos y experiencias pueden aparecer sin interferencias. Es decir, que el procesamiento emocional permite absorber y canalizar una reacción emocional que en ocasiones, por su importancia (p. ej., un duelo) u otras razones, puede llegar a resultar excesivamente intensa o persistente, llegando incluso a interferir en la vida del individuo. Partiendo de esta definición, algunos autores sugieren que las reacciones emocionales no decrecerán si se intentan regular de forma directa, sino que es necesario un proceso activo de elaboración y comprensión emocional que es lo que se denomina procesamiento emocional (p. ej., Hunt, 1998). En consecuencia, el modelo propuesto en este artículo, al igual que otros modelos similares (p. ej., Martínez-Pons, 1997), plantea que la regulación emocional será exitosa si se completan adecuadamente determinadas tareas previas.

En concreto, este modelo plantea seis tareas o procesos (figura 1) que permiten un procesamiento emocional óptimo de la experiencia y, en consecuencia, una regulación emocional eficaz. A la inversa, cuando uno de estos procesos es deficitario, la regulación emocional puede verse comprometida en su eficacia³.

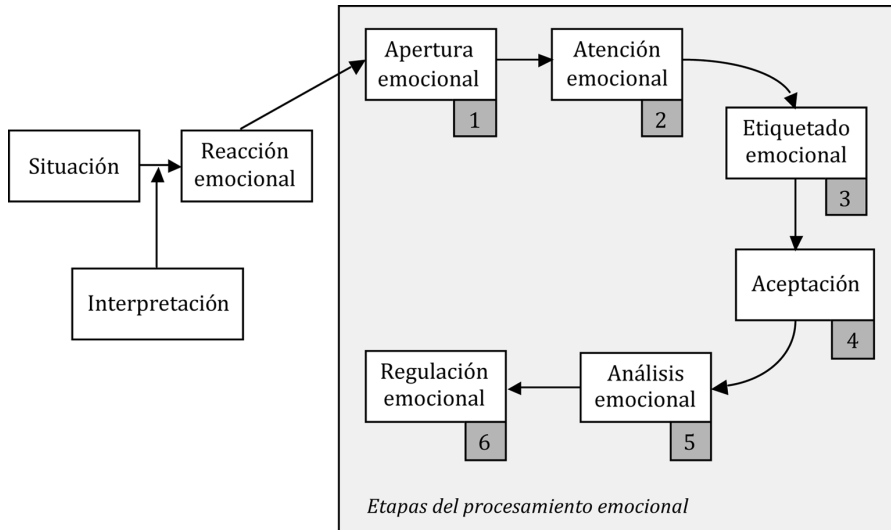
En cuanto a la definición de cada una de las tareas, en primer lugar se plantea la *apertura emocional* como la capacidad del individuo para tener acceso consciente a sus emociones, siendo el polo deficitario la alexitimia (Lane y Schwartz, 1987; Taylor *et al.*, 1988). La *atención emocional* se refiere a la tendencia a dedicar recursos atencionales a la información emocional, siendo el polo deficitario la desatención emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). La *aceptación emocional* consiste en la ausencia de juicio nega-

2 De forma similar, los modelos de inteligencia emocional se adaptan muy bien al estudio de las personas sanas, pero son más limitados para explicar las dinámicas de los procesos disfuncionales y por esa razón no se revisan aquí.

3 Existen pruebas empíricas que justifican que los déficit en cada una de estas áreas están asociadas a un peor funcionamiento regulatorio en población sin problemas clínicos (ver Hervás y Vázquez, 2006a) lo cual es importante para justificar el modelo. Sin embargo, el orden establecido en la Figura 1 no tiene implicaciones teóricas ya que las tareas propuestas pueden cambiar de orden o incluso se pueden realizar simultáneamente.

Figura 1

Modelo de regulación emocional basado en el procesamiento emocional



tivo ante la propia experiencia emocional, siendo el polo deficitario el rechazo emocional (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008). El *etiquetado emocional* se refiere a la capacidad del individuo para nombrar con claridad sus emociones, siendo el polo deficitario la confusión emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey *et al.*, 1995). El *análisis emocional* se refiere a la capacidad de la persona para reflexionar y entender el significado y las implicaciones de sus emociones siendo el polo opuesto la evitación emocional (Stanton, Kirk, Cameron y Danoff-Burg, 2000; Treynor *et al.*, 2003). Por último, la *regulación emocional* se refiere a la capacidad de la persona para modular sus respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias ya sean éstas emocionales, cognitivas o conductuales, siendo el polo opuesto la alteración de la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey *et al.*, 1995).

La intención de este artículo es demostrar, por tanto, que los déficit asociados a cada una de estas áreas emocionales, están presentes en numerosos trastornos psicopatológicos, y que el presente modelo puede ayudar a entender mejor el proceso por el cual aparecen los problemas de regulación emocional tan centrales en estos trastornos.

Hasta hace poco, en la terapia cognitiva se prestaba atención fundamentalmente a la primera parte del proceso que explicaba que la reacción era consecuencia de la interpretación de la situación que hacía el individuo. La terapia conductual se ha centrado especialmente en el desarrollo de conductas de regulación que generen experiencias positivas correctoras, es decir, la última fase del proceso. Sin

embargo, entre unas y otras, existe un proceso que, como veremos más adelante, es muy relevante a nivel clínico. Sin minusvalorar la influencia de las creencias y expectativas del individuo en la reacción emocional, ni tampoco los déficit conductuales, es necesario ampliar el enfoque ya que los mecanismos potencialmente desadaptativos parecen abarcar un rango más amplio de procesos. Específicamente, este modelo plantea la importancia del manejo de las emociones activadas ya que pueden facilitar o complicar enormemente el proceso de regulación emocional y la adaptación posterior del individuo (Hervás y Jódar, 2008).

Procesos emocionales y psicopatología

A continuación analizaremos la investigación existente que puede justificar que las alteraciones de los procesos especificados por el modelo están presentes en individuos con distintos trastornos psicopatológicos. Aunque disponemos ciertas pruebas acerca de la existencia de déficit emocionales en muchos otros trastornos (p. ej., abuso de sustancias, esquizofrenia o trastornos alimentarios), nos centraremos en aquellos trastornos sobre los que se han obtenido resultados consolidados (estudios longitudinales y/o experimentales) tanto a nivel de comprensión psicopatológica como a nivel de intervención.

De forma complementaria a la validación del modelo propuesto, en este trabajo se discute, para cada trastorno, el encaje de los modelos clásicos psicopatológicos con las últimas investigaciones de tipo emocional, prestando especial atención a posibles investigaciones futuras. Por último, se revisan los tratamientos más recientes que incluyen entre sus objetivos la rehabilitación de procesos emocionales alterados.

Trastornos depresivos

La relación conceptual entre regulación afectiva y depresión es muy estrecha. Tal es así que la depresión podría ser denominada no ya un trastorno del estado de ánimo, sino específicamente un trastorno de la regulación del estado de ánimo. En efecto, la depresión tiene un componente muy importante de descontrol afectivo, o dicho de otra forma, de ruptura de la homeostasis afectiva en la que cada individuo fluctúa.

La investigación corrobora la existencia de déficit de regulación emocional en las personas con depresión ya que se ha observado que sus estados de ánimo son más duraderos (Peeters, Nicolson, Delespaul y deVries, 2003) y, al mismo tiempo, su tendencia a realizar actividades positivas es muy reducida (p. ej., Lewinsohn y Graf, 1973). Por ejemplo, un estudio con pacientes depresivos ha mostrado que este grupo tiende a reaccionar ante los acontecimientos negativos cotidianos con menor intensidad que el grupo control, pero en cambio su reacción negativa tendía a ser más duradera (Peeters *et al.*, 2003). Este resultado podría ser interpretado como una prueba de la existencia de determinados déficit en la regulación del estado de ánimo que presentan los individuos con depresión.

Pero estos problemas de regulación no aparecen sólo en los pacientes con depresión, sino también en los individuos con vulnerabilidad a este trastorno. Por ejemplo, se ha observado que, tras una inducción negativa del estado de ánimo, las personas con historia de depresión y, por tanto, vulnerables a sufrir más episodios, muestran una mayor persistencia en el estado de ánimo negativo cuando son comparados con personas sin historia de depresión (Gilboa y Gotlib, 1997). Este resultado ha sido además posteriormente corroborado usando un diseño longitudinal en el cual se encontró que las personas con mayor persistencia emocional (es decir, mayor déficit de regulación emocional) tenían más probabilidades de experimentar aumentos en la sintomatología depresiva pasadas unas semanas (Beevers y Carver, 2003). Por tanto, la falta de activación de estrategias de regulación podría estar contribuyendo a que, en determinadas personas, un estado anímico negativo pueda ir agravándose con el tiempo permitiendo la aparición de espirales depresivas.

En otros estudios se ha observado también que la gravedad de la sintomatología en pacientes depresivos aparece asociada a una baja tendencia a la reparación percibida, especialmente en aquellos casos en los que la depresión parece haberse desencadenado en respuesta a un acontecimiento vital estresante (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2003; Williams, Fernández-Berrocal, Extremera, Ramos y Joiner, 2004). También es de destacar el hecho de que varias de las variables que sabemos modulan la tendencia a la regulación afectiva, coinciden con algunas de las variables de personalidad que más robustamente aparecen en la literatura asociadas a la depresión como neuroticismo, estilos de apego o autoestima (Hervás y Vázquez, 2006a). Parecería, por tanto, que los procesos de regulación emocional pueden también ayudar a explicar porqué unas personas se deprimen y otras no ante un acontecimiento negativo.

Otras investigaciones han encontrado que los pacientes depresivos tienen problemas cuando intentan regular sus estados de ánimo tristes con recuerdos positivos (Joorman, Siemer y Gotlib, 2007). Es decir, una estrategia que es eficaz para las personas sanas, parece ser ineficaz en las personas con depresión. Esto podría deberse, según el modelo planteado en este artículo (figura 1), a que los depresivos presentan problemas en una o varias de las habilidades emocionales previas (claridad emocional, aceptación emocional, etc.), y en consecuencia, las estrategias de regulación funcionarían de forma deficitaria.

De hecho, se han encontrado alteraciones en varias de estas tareas. Por ejemplo, varias investigaciones han mostrado que las personas con mayores niveles de sintomatología depresiva tienden a tener una mayor atención a las emociones y una menor claridad y reparación emocional (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006; Rude y McCarthy, 2003). En uno de estos estudios además se observó que el grupo de personas vulnerables (es decir, con historia previa de depresión) pero sin sintomatología en el momento de la evaluación también presentaban niveles más bajos de claridad emocional (Rude y McCarthy, 2003). Igualmente, un estudio más reciente se encontró que las personas con historia de depresión presentaban mayores problemas de regulación afectiva, menor claridad y menor aceptación emocional que el grupo control sin historia de depresión (Ehring,

Fischer, Schnulle, Bosterling y Caffier, 2008). Por tanto, parece que la aceptación emocional puede estar alterada en los deprimidos (Barraca, 2004). Por desgracia, salvo excepciones, estos aspectos sólo han sido evaluados en estudios con diseños transversales por lo que no sabemos con certeza si actúan como factores de vulnerabilidad, como factores de mantenimiento o ambos.

Una interesante excepción es un estudio experimental, usando una muestra de pacientes depresivos, en el que se comparó la eficacia de la estrategia de supresión versus aceptación (Liverant *et al.*, 2008) ante una inducción afectiva negativa. Estos autores encontraron que los participantes con un nivel medio o alto de rechazo emocional en la condición de supresión emocional fueron los que mostraron los peores resultados en términos de intensidad y duración de la experiencia emocional negativa.

Uno de los mecanismos por los que tanto la falta de claridad, como la excesiva atención o la falta de aceptación emocional, favorecen el desarrollo de síntomas depresivos parece ser el aumento de las reacciones de rumiación (Extremera *et al.*, 2006; Hervás y Vázquez, 2006b; Salovey *et al.*, 1995). Mientras que algunas personas afrontan las situaciones negativas usando la reflexión (es decir, el análisis emocional) que es una estrategia adaptativa, otras personas emplean la rumiación que aumenta la vulnerabilidad a desarrollar episodios depresivos (p. ej., Treynor *et al.*, 2003). Por tanto, parece que las personas con trastornos depresivos pueden tener dificultades para analizar y procesar emocionalmente los acontecimientos negativos (Greenberg y Watson, 2006). Algunos estudios recientes de tipo experimental sugieren que la falta de aceptación podría estar generando una mayor tendencia a rumiar (p. ej., Watkins y Moulds, 2005), y este efecto parece ser consecuencia del aumento en el número de emociones generados en los episodios de tristeza (Hervás y Vázquez, en prensa).

Aunque la investigación es aún muy escasa, el estudio acerca de la sobrerregulación de estados de ánimo positivos (*dampening*) podría también ayudar a explicar importantes aspectos afectivos de la depresión (Feldman, Joormann y Johnson, 2008). Hay que recordar que, a nivel emocional, lo que caracteriza a la depresión, más que un nivel elevado de afecto negativo, es el bajo nivel de emocionalidad positiva (Clark y Watson, 1991). En cuanto a este tipo de regulación, se ha observado, por ejemplo, que la baja autoestima aparece asociada con una mayor tendencia a reducir estados de ánimo positivos (Wood, Heimpel y Michela, 2003). Este resultado es coherente ya que, dados los reducidos niveles de autoestima que presentan los pacientes depresivos, es de esperar que también aparezcan problemas de sobrerregulación de afecto positivo en muestras de pacientes. Debido a su novedad, las investigaciones en esta área serían de gran interés y podrían aclarar no sólo si existen problemas de sobrerregulación del afecto positivo en la depresión, sino el posible impacto de ésta sobre la regulación de los estados de ánimo negativos.

La investigación sobre el papel de la regulación emocional en la depresión plantea interesantes retos para el futuro como, por ejemplo, conocer la relación entre los déficit en estos procesos afectivos y la aparición y el mantenimiento de los sesgos cognitivos. Habitualmente en la literatura clínica se conceptualizan los sesgos cognitivos como consecuencia de la activación de esquemas cognitivos negativos

o disfuncionales. Sin embargo, la literatura proveniente de la psicología de la personalidad plantea a menudo los sesgos cognitivos como resultado de procesos de regulación anímica (p. ej., Heimpel *et al.* 2002).

En un plano teórico, Beevers (2005) ha propuesto recientemente una teoría dual de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión, distinguiendo entre procesos automáticos y controlados. Según su propuesta, los procesos automáticos o asociativos se tornarían perniciosos por la asociación entre el afecto negativo y la cognición negativa. Por su parte, los procesos reflexivos (o controlados) tendrían como misión corregir el sesgo negativo generado. Según este autor, estos procesos controlados podrían no activarse adecuadamente generando sesgos negativos más intensos y, en consecuencia, una mayor vulnerabilidad a la depresión. Lo más relevante para el tema que nos ocupa es que Beevers (2005) sugiere que la activación o no de dichos procesos correctivos estaría en función de variables como, por ejemplo, la tendencia a la regulación afectiva.

Por tanto, a pesar de algunos intentos por reconciliar los modelos clásicos y estos nuevos hallazgos, queda mucho camino por recorrer tanto a nivel teórico como empírico para aclarar la relación entre los procesos cognitivos y emocionales entre sí, y su relación específica con la depresión.

En cuanto a las aplicaciones clínicas, son especialmente relevantes los programas de activación conductual. Este tratamiento empíricamente validado plantea de forma explícita, entre otros elementos, la necesidad de programar estrategias de regulación en situaciones clave que permitan un manejo óptimo del afecto negativo (Syzdek, Addis y Martell, 2010). También se ha desarrollado recientemente un programa de terapia cognitiva basada en la atención plena (*mindfulness*) que permite prevenir las recaídas en pacientes con depresión recurrente a través de técnicas de conciencia y aceptación (p. ej., Ma y Teasdale, 2004). También es importante considerar una modalidad terapéutica centrada en el desarrollo de habilidades emocionales y el procesamiento emocional (Terapia centrada en la emoción) (Greenberg, 2002) que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión (Greenberg y Watson, 2006). Por último, recientemente se ha propuesto un nuevo tratamiento centrado en el desarrollo de habilidades emocionales y que emplea estrategias de atención plena y otros módulos de la terapia dialéctico comportamental y que está cosechando resultados muy prometedores (p. ej., Feldman, Harley, Kerrigan, Jacobo y Fava, 2009).

En conjunto, podemos concluir que la regulación emocional, así como los procesos emocionales implicados, parecen ser muy relevantes tanto en la conceptualización como en el tratamiento de los trastornos depresivos.

Trastornos de ansiedad

La ansiedad es un proceso psicofisiológico muy estudiado como síntoma pero del que aún quedan muchos aspectos por conocer en cuanto a las variables psicológicas que la activan y la mantienen.

En todo caso, los trastornos de ansiedad son cada vez comprendidos con mayor profundidad gracias a la confluencia de la investigación básica y aplicada. Por ejem-

pló, varios estudios experimentales han comprobado que aquellas personas que son inducidas a afrontar un episodio emocional de laboratorio intentando suprimir sus emociones reaccionaban con elevados niveles de actividad fisiológica aunque su sensación emocional subjetiva se redujera (p. ej., Gross y Levenson, 1997). Estos estudios sugieren que la tendencia a suprimir las emociones puede elevar los niveles de activación fisiológica de una persona. En consecuencia, la supresión emocional continuada podría, en combinación con otros factores situacionales (p. ej., estrés continuado, situación traumática, etc.), estar en la base de las reacciones de intensa ansiedad en algunos pacientes. Por tanto, aunque como veremos, son necesarios más estudios que demuestren inequívocamente el papel de los procesos emocionales como factores de vulnerabilidad, los datos demuestran la existencia de alteraciones emocionales en muchos pacientes con trastornos de ansiedad. De hecho, los programas de intervención unificados que se están planteando para los trastornos emocionales (depresión y ansiedad) plantean la necesidad de incluir un módulo centrado en la regulación emocional para tratar con eficacia este tipo de trastornos (Barlow, Allen y Choate, 2004). A continuación analizaremos la investigación específica acerca de la existencia de procesos emocionales alterados con respecto a algunos trastornos de ansiedad (incluiremos sólo aquellos en los que hay resultados empíricos consolidados como, por ejemplo, estudios experimentales o longitudinales).

a) TRASTORNO DE PÁNICO

El trastorno de pánico está caracterizado por la vivencia de experiencias puntuales de ansiedad intensa acompañadas de sensaciones físicas diversas y de sentimientos de miedo y malestar, sin la presencia de ningún estímulo considerado como amenazante por el individuo (APA, 1994). Aunque actualmente el modelo cognitivo del pánico es el más generalizado, hay datos recientes que sugieren, como vamos a ver, la existencia de diversos procesos disfuncionales en el plano emocional que podrían tener un papel relevante en el desarrollo del trastorno.

Varios estudios han encontrado que los pacientes con trastorno de pánico presentan una tendencia a evitar, suprimir y constreñir la experiencia emocional negativa así como su expresión (Baker, Holloway, Thomas, Thomas y Owens, 2004; Katerndahl, 1999; Tull y Roemer, 2007). Por tanto, parece que las personas con trastorno de pánico no sólo temen las sensaciones corporales de ansiedad (p. ej., Borden, Clum, Broyles y Watkins, 1988) sino que también, en general, manifiestan un temor y un rechazo a toda su experiencia emocional (Tull y Roemer, 2007; Williams, Chambless y Ahrens, 1997).

Si analizamos los resultados según el esquema propuesto anteriormente, podemos observar que, en primer lugar, los pacientes con trastorno de pánico presentan importantes dificultades en las etapas de la apertura emocional y la aceptación emocional. Por ejemplo, diversos estudios indican que estos pacientes presentan mayores niveles de alexitimia que los controles y que, por ejemplo, un grupo de pacientes con fobia simple (p. ej., Gutiérrez y Arbej, 2005).

Pero no son los únicos déficit emocionales que presentan estos pacientes. La tendencia a experimentar ataques de pánico aparece asociada con bajos niveles de claridad emocional (Gratz y Roemer, 2004; Tull y Roemer, 2007) lo cual probablemente está relacionado con otro rasgo observado en estos pacientes, su baja capacidad para etiquetar emociones (Baker *et al.*, 2004).

Algunos estudios experimentales han evaluado el papel de actitudes como la supresión y la evitación en el proceso de respuesta a las sensaciones y emociones que se producen tras una tarea de administración de aire enriquecido con CO₂, una estrategia dirigida a aumentar la sensación de ansiedad de los participantes. Los resultados muestran que cuando a un grupo de personas sanas se les invita a suprimir la ansiedad mientras realiza dicho ejercicio tienden a reaccionar con mayores niveles de ansiedad durante el proceso (Levitt, Brown, Orsillo y Barlow, 2004) y con mayores tasas cardíacas durante la fase de recuperación del mismo (Feldner, Zvolensky, Stickle, Bonn-Miller y Leen-Feldner, 2006). Por el contrario, cuando se les daba instrucciones para aceptar la ansiedad, tanto en el caso de pacientes como en el de individuos sanos, vivieron la experiencia con menos miedo y menos pensamientos catastrofistas (Eifert y Heffner, 2003; Levitt *et al.*, 2004). Cuando se estudió experimentalmente el efecto de controlar la ansiedad con estrategias de respiración diafragmática –técnica habitualmente usada en los programas de intervención para el trastorno de pánico–, comparándolo con el efecto de usar estrategias de aceptación, se observó que la aceptación dio lugar a un menor miedo y a un menor número de pensamientos catastrofistas que la estrategia de respiración diafragmática (Eifert y Heffner, 2003).

En cuanto a la aceptación, en otro estudio en el que se comparó la reacción de dos grupos de estudiantes con niveles altos o bajos en evitación experiencial en la tarea de aire enriquecido con CO₂, los resultados muestran que el grupo con alta evitación mostró mayor nivel de miedo, más síntomas de pánico y más síntomas cognitivos que el grupo de baja evitación (Karekla, Forsyth y Kelly, 2004).

Una tarea importante consiste en vincular estos nuevos resultados a los modelos clásicos del trastorno de pánico. Una de las variables clásicas asociadas con una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastorno de pánico es la sensibilidad a la ansiedad. Esta variable ha aparecido asociada con varios de estos déficit emocionales (Devine, Stewart y Watt, 1999). En un estudio, los participantes con mayores niveles de sensibilidad a la ansiedad y de evitación a las experiencias internas reaccionaron con mayores niveles subjetivos de ansiedad (Fedner *et al.*, 2006; Feldner, Zvolensky, Eifert y Spira, 2003; Levitt *et al.*, 2004). Igualmente, se ha encontrado que la combinación de una elevada sensibilidad a la ansiedad y un elevado rechazo emocional interactúan para predecir mayores niveles de ansiedad (Kashdan, Zvolensky y McLeish, 2008). Por tanto, parece que los déficit emocionales generalizados podrían potenciar la sensibilidad a la ansiedad aumentando las probabilidades de sufrir un ataque de pánico.

Por otra parte, los modelos clásicos no aclaran suficientemente cómo y por qué aparecen las primeras reacciones de ansiedad en personas que no experimentan miedo ni están sometidas a situaciones potencialmente peligrosas. Los resultados que acabamos de revisar podrían ayudar a aclarar el origen de dichas

reacciones iniciales de ansiedad. Estas nuevas investigaciones apuntan a que emplear estrategias disfuncionales de regulación emocional (evitación, rechazo, supresión) ante acontecimientos negativos de alta intensidad emocional podría aumentar progresivamente el nivel de activación fisiológica y, por tanto, predisponer a la experiencia de un ataque de pánico (Baker *et al.*, 2004). Un resultado coherente con este planteamiento es el encontrado en un estudio reciente en el que se observó que las personas que sufren ataques de pánico tienden a afrontar los acontecimientos emocionales de una forma evitativa (Feldner, Zvolensky y Leen-Feldner, 2004).

Además, se ha demostrado que dichas estrategias disfuncionales tienden a producir aumentos de pensamientos catastrofistas en las situaciones de laboratorio que emulan un ataque de pánico (Eifert y Heffner, 2003). Este resultado revela que los pensamientos catastrofistas interpretados por la teoría cognitiva clásica como fruto de creencias previas negativas, puede ser también parcialmente resultado de la propia tendencia al exceso de control emocional.

En resumen, 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. Por tanto, este proceso circular basado en la supresión y el control emocional complementaría al que plantea el modelo tradicional del trastorno según el cual los ataques de pánico se desarrollan a partir de un círculo vicioso entre pensamientos catastrofistas, sensaciones corporales intensas y mayor emoción de miedo (p. ej., Barlow, 2002). En conjunto, estos resultados ponen de manifiesto la ventaja potencial de usar técnicas de aceptación y atención plena (p. ej., *mindfulness*) frente a estrategias de control de la respiración.

En el futuro, sería recomendable la realización de investigaciones longitudinales que exploren qué variables actúan como predictores significativos de futuras apariciones de ataques de pánico incluyendo tanto los factores emocionales antes mencionados como otras variables ya asentadas como la sensibilidad a la ansiedad. Esto también aclarará la importancia relativa de todos estos factores. De igual forma, sería de gran interés incluir módulos específicos para corregir estos déficit emocionales en las intervenciones psicológicas para el trastorno de pánico. En caso de ser eficaces, serán una prueba que ayudará a dar más validez a los resultados anteriormente descritos. Desafortunadamente, hasta el momento sólo hay una investigación preliminar y en la cual se han incluido únicamente elementos de aceptación (Levitt y Karekla, 2005). Un asunto pendiente, es la evaluación de programas más completos que aborden todos los déficit emocionales encontrados.

b) TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un trastorno complejo. De hecho, hay que resaltar que los pacientes con este trastorno presentan en muchos casos una importante resistencia al tratamiento (Borkovec y Whisman, 1996). El elemento

central del mismo es una excesiva preocupación que se manifiesta en numerosas áreas vitales (APA, 1994). Las teorías recientes sobre este trastorno plantean que la preocupación es una estrategia que sirve para evitar las imágenes internas negativas, las sensaciones desagradables asociadas y en general las emociones negativas (Borkovec, Alcaine y Behar, 2004). Estas teorías sugieren que las personas con ansiedad generalizada podrían estar usando de forma generalizada estrategias disfuncionales de regulación emocional. Los resultados de investigación han ido mostrando que, además de su tendencia a la evitación, estos pacientes presentan déficit emocionales importantes. De hecho, si analizamos estos déficit en detalle según el modelo planteado al comienzo vamos a observar datos que muestran carencias en todas ellas.

Por ejemplo, en cuanto a la apertura, varias investigaciones han demostrado que los pacientes con TAG presentan mayores niveles de alexitimia que los respectivos grupos control (Gutiérrez y Arbej, 2005; Schut, Castonguay y Borkovec, 2001). Además, se ha demostrado que estos pacientes presentan déficit en la fase de etiquetado ya que manifiestan una muy baja comprensión de sus emociones (Mennin, Heimberg, Turk y Fresco, 2005) y en la fase de aceptación ya que se ha observado que tienden a rechazar a la propia experiencia (Mennin *et al.*, 2005). Recientemente algunos autores han planteado un modelo emocional del TAG (Mennin *et al.*, 2005; Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007). Estos autores plantean que estos pacientes presentan déficit emocionales en cuatro áreas específicas): (a) una elevada intensidad emocional, (b) una reducida comprensión de las emociones, (c) un rechazo a la propia experiencia emocional y (d) uso de estrategias de regulación emocional disfuncionales. Estos autores demostraron que el conjunto de estas variables emocionales eran capaces de predecir de forma significativa qué participantes presentaban diagnóstico de TAG y cuáles no, incluso tras controlar el efecto de variables como la ansiedad rasgo, el nivel de sintomatología depresiva o el nivel de preocupación patológica. Es importante destacar que estos resultados se obtuvieron en primer lugar con muestras de estudiantes, pero luego fueron replicados con muestras clínicas (Mennin *et al.*, 2005; Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker y Mennin, 2006), aunque es importante destacar que no se han encontrado déficit en comprensión emocional cuando se han comparado con controles en otros estudios (Decker, Turk, Hess y Murray, 2008; Novick-Kline, Turk, Mennin, Hoyt y Gallagher, 2005).

Por tanto, parece que el TAG también está caracterizado por la presencia de diversos déficit emocionales. Una de las vías de investigación para el futuro es discernir si la alta intensidad emocional de los pacientes con TAG es consecuencia de sus estrategias disfuncionales y su rechazo emocional o es consecuencia de una predisposición temperamental, o de ambos. También puede ser de interés analizar en qué medida las respuestas de preocupación son un reflejo de la alta intensidad emocional y de las estrategias de evitación emocional –ambos elementos pueden causar la aparición de un mayor número de pensamientos negativos– más que un proceso activado por el sujeto de forma voluntaria para distraerse y evitar la intensidad de las reacciones emocionales (Borkovec *et al.*, 2004).

En todo caso, en donde la investigación deberá centrarse especialmente es en la evaluación de programas de intervención específicos que incluyan apartados dirigidos a corregir estos déficit emocionales. Afortunadamente, ya hay algunos programas específicos que incluyen dentro de sus objetivos la modificación de algunos de estos procesos emocionales deficitarios. A este respecto, existen datos iniciales sobre la eficacia de una intervención basada en la aceptación (Orsillo, Roemer y Holowka, 2005; Roemer y Orsillo, 2007), así como de otra intervención integradora para el TAG que incluye estrategias clásicas cognitivo conductuales junto a un módulo destinado a aumentar las habilidades emocionales de los pacientes (Newman, Castonguay, Borkovec, Fisher y Nordberg, 2008). Estos resultados son de gran interés pero no son sino el punto de partida para futuros ensayos clínicos.

C) TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Las reacciones postraumáticas están caracterizadas en la mayoría de casos por la aparición de numerosas emociones negativas y, habitualmente, de forma muy intensa (p. ej., Vázquez, Hervás y Pérez-Sales, 2008). Este primer hecho indica que la gravedad de la experiencia traumática suele exigir una capacidad de regulación emocional muy elevada. En consecuencia, dado que no todo el mundo dispone de esa capacidad, es habitual que las personas con un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) presenten rasgos marcados de déficit de regulación emocional (Tull, Barrett, McMillan y Roemer, 2007).

Rachman (1980, 2001) ha argumentado que las reacciones postraumáticas como las pesadillas o los *flashback* son signos de la existencia de dificultades para procesar emocionalmente el acontecimiento traumático. Siguiendo este razonamiento podríamos concluir que la presencia mantenida de un trastorno postraumático puede ser consecuencia de una incapacidad o un bloqueo para asimilar las implicaciones cognitivas y emocionales de la experiencia; en muchos casos, este bloqueo puede ser consecuencia, como veremos, del empleo de estrategias disfuncionales para manejar las intensas reacciones presentes (Rachman, 2001).

Dadas las dificultades asociadas con el procesamiento cognitivo emocional de determinadas situaciones traumáticas (Janoff-Bulman, 1992), la sintomatología persistente puede llevar a la persona a evitar finalmente las emociones y recuerdos asociados con el trauma, generándose déficit emocionales como consecuencia del curso crónico del trastorno (Cloitre, Koenen, Cohen y Han, 2002). En otros casos, déficit emocionales previos como la falta de claridad o de aceptación emocional podrían actuar como factores de vulnerabilidad favoreciendo que la experiencia traumática derive en un trastorno clínico. A continuación repasaremos la investigación reciente que se ha centrado en la existencia de alteraciones emocionales en pacientes con TEPT.

En cuanto a la etapa de apertura emocional, parece que las personas con TEPT presentan niveles más elevados de alexitimia que los controles –personas sometidas a un trauma similar pero sin TEPT– (p. ej., Yehuda *et al.*, 1997), y un reciente

metaanálisis ha comprobado que el tamaño del efecto es considerable (Frewen, Dozois, Neufel y Lanius, 1998). Con respecto a la atención, etiquetado y aceptación emocional, se ha encontrado que el nivel de sintomatología postraumática parece independiente del nivel de atención emocional, pero correlaciona con una baja claridad emocional y con una reducida aceptación emocional (Tull *et al.*, 2007).

Otras investigaciones han mostrado que los pacientes con TEPT presentan en mayor medida evitación experiencial (Marx y Sloan, 2005; Plumb, Orsillo y Luterek, 2004; Tull y Roemer, 2003). De forma coherente con estos resultados, se ha observado que, en comparación con combatientes sin TEPT, aquellos con TEPT presentaban una mayor tendencia a ocultar sus emociones a los demás (Roemer, Litz, Orsillo y Wagner, 2001).

Como es esperable, cuando se combinan varios de estos déficit aumentan las probabilidades de que se genere sintomatología postraumática. Una investigación reciente ha mostrado que la combinación de un déficit en la descripción de las emociones y el uso de estrategias de evitación da lugar a una mayor gravedad de síntomas postraumáticos (Monson, Price, Rodriguez, Ripley y Warner, 2004). Aunque aparentemente los resultados empíricos sugieren que la evitación tanto de pensamientos, como de imágenes, situaciones y emociones son desadaptativos (Vázquez *et al.*, 2008), en el futuro sería interesante evaluar el impacto relativo de cada uno de estos componentes, ya que es posible que las correlaciones entre ellos generando asociaciones artificiales y enmascaren una mayor importancia de alguno de ellos. Por ejemplo, es posible que la evitación emocional sea la responsable de los efectos más dañinos, y que, en realidad, los pacientes que evitan imágenes, pensamientos y situaciones lo hagan exclusivamente para evitar la aparición de emociones intensas.

Los estudios longitudinales son también muy necesarios para el futuro. Estudios que evalúen la capacidad predictiva de estas variables emocionales nos permitirán asegurar el papel como factores de vulnerabilidad; en todo caso, los datos son claros en cuanto a la presencia de dichos déficit una vez se ha instaurado el trastorno, así como en cuanto a su importante papel como factores de mantenimiento del mismo.

En cuanto a las implicaciones clínicas, parece que la intervención sobre estos aspectos puede ser de gran importancia para lograr mejorías significativas. Los tratamientos en los que se interviene sobre la atención plena y la capacidad de aceptación parecen dar buenos resultados (Follette, Palm y Rasmussen-Hall, 2004), aunque aún faltan estudios controlados para concluir sobre su eficacia. Otra de las utilidades de intervenir sobre los procesos emocionales es lograr la mejora de otros aspectos básicos del tratamiento como la exposición. A menudo, los pacientes se muestran reacios a relatar el suceso traumático lo cual retrasa y en ocasiones incluso bloquea la aplicación del tratamiento. En esta línea, una investigación ha mostrado la importancia de incluir un módulo centrado en las habilidades emocionales en el tratamiento para el TEPT por abuso sexual infantil antes de comenzar la exposición (Cloitre *et al.*, 2002).

Por otra parte, desde el punto de vista del procesamiento emocional de la experiencia, es probable que aumentar la capacidad para comprender y etiquetar las

emociones involucradas permita asimilar con mayor celeridad el trauma. De hecho, algunos tratamientos con resultados positivos de eficacia para el TEPT especifican la importancia de ayudar a los pacientes a que describan su experiencia emocional así como a validarla dentro del proceso de exposición (Resick y Schnicke, 1992).

En conjunto, incluir las variables emocionales en la investigación e intervención sobre el TEPT puede ser, y está siendo, una forma muy fructífera de completar el conocimiento sobre un trastorno, que por sus características requiere altos niveles de habilidades emocionales durante el proceso de afrontamiento.

d) TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Los individuos que presentan trastornos de la personalidad, en general, suelen presentar problemas de regulación emocional, que a menudo les llevan a tener problemas en el control de sus conductas (Gross y Levenson, 1997). Dentro de los trastornos de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad (TLP) es el que mejor representa el papel de estos déficit en los problemas de regulación emocional y es, además, el que más investigación ha reunido.

Según el consenso actual, el elemento central del TLP es precisamente un marcado déficit de regulación emocional. Linehan (1993) denomina a este aspecto *vulnerabilidad emocional* y lo define como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una elevada sensibilidad (rápidamente), una elevada reactividad (reacción de gran magnitud) y una recuperación retardada (vuelven a la línea base afectiva tras un periodo de tiempo muy amplio).

La investigación ha demostrado que, en efecto, en comparación con otros trastornos de la personalidad, el TLP aparece asociado con una elevada intensidad emocional (Henry *et al.*, 2001; Koenigsberg *et al.*, 2002), más variabilidad anímica y más oscilaciones en ansiedad y depresión (Cowdry, Gardner, O'Leary, Leibenluft y Rubinow, 1991; Koenigsberg *et al.*, 2002). Una reciente investigación también ha mostrado que las personas con TLP presentan más problemas vitales que los controles tras dos años de seguimiento. En concreto, se observó que fueron dos factores, la impulsividad y la inestabilidad afectiva, los que fundamentalmente predecían dichos resultados vitales negativos (Bagge *et al.*, 2004).

En cuanto a déficit emocionales, en primer lugar se han encontrado elevados niveles de alexitimia (Guttman y Laporte, 2002) lo cual sugiere una reducida apertura emocional. En cuanto a la atención y claridad emocional, se han observado déficit en ambos (Levine, Marziali y Hood, 1997).

La aceptación emocional parece también estar alterada y tener un papel importante en el trastorno. Una reciente investigación ha mostrado que la evitación experiencial predice la gravedad de los síntomas de TLP, incluso controlando otros rasgos asentados asociados con el TLP, como la impulsividad o la intensidad afectiva (Gratz, Tull y Gunderson, 2008).

Por último, entre los rasgos característicos y más difíciles de manejar de estos pacientes están la tendencia a autolesionarse y los intentos de suicidio, los cuales pueden explicarse dentro de un marco de regulación emocional. Según el

modelo de evitación experiencial propuesto por Chapman, Gratz y Brown (2006), estos pacientes usan las autolesiones y los intentos de suicidio como una forma de escapar y evitar sus intensos estados emocionales negativos. De hecho, lo cierto es que estos actos suelen reducir dicha emocionalidad negativa, por lo que se consolidarían a largo plazo por un proceso de refuerzo negativo (Gratz, 2003). La investigación ha apoyado inicialmente estos planteamientos. En primer lugar, se ha observado que el rechazo emocional aparece asociado con una mayor intolerancia al malestar, evaluada en el laboratorio, en pacientes con TLP (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson, 2006). En segundo lugar, el rechazo emocional también se ha visto asociado con una mayor frecuencia de conductas autolesivas (Chapman *et al.*, 2006; Gratz y Roemer, 2004). Por tanto, parece que las conductas autolesivas y parasuicidas podrían ser parcialmente consecuencia de actitudes emocionales disfuncionales como el rechazo emocional o la intolerancia al malestar.

Un área aún inexplorada es la relación entre los déficit emocionales y la alta variabilidad emocional característica en estos trastornos. La investigación futura debería analizar si los cambios bruscos en el estado de ánimo, tan característicos de este trastorno, podrían ser consecuencia de la combinación de marcados déficit en áreas específicas, como por ejemplo, las de etiquetado y aceptación.

Las implicaciones clínicas de estos estudios son muy relevantes y, de hecho, para este trastorno es quizá para el que más se ha avanzado en la elaboración y validación de intervenciones emocionales gracias a los trabajos de Linehan (1993) y su tratamiento dialéctico conductual en el cual hay una sección específica dedicada a la psicoeducación emocional y al entrenamiento en regulación emocional (García-Palacios, 2006).

Conclusiones

En este artículo se ha realizado una revisión de los resultados de investigación que han vinculado diversos cuadros psicopatológicos con disfunciones en el funcionamiento emocional partiendo de un modelo basado en el procesamiento emocional. Los resultados muestran que muchos síntomas que aparecen en estos trastornos tienen su base en graves dificultades de regulación emocional y, a su vez, muestran que dichas dificultades están enraizadas en las disfunciones propuestas por el modelo (tabla 1). En consecuencia, el modelo planteado al inicio ha demostrado ser útil para representar las diferentes posibilidades por las cuales un déficit emocional puede alimentar los problemas de regulación y finalmente colaborar en el inicio y/o el mantenimiento de un trastorno.

La segunda aportación de esta revisión ha sido mostrar la importancia de los procesos emocionales en la comprensión de los procesos de desarrollo y mantenimiento de algunos trastornos psicológicos de alta prevalencia. Los problemas de regulación emocional son elementos centrales en todos los trastornos estudiados y, de nuevo, pueden ser mucho mejor comprendidos a partir del esquema propuesto centrado en el procesamiento emocional.

Tabla 1
Resumen de la evidencia empírica, interrogantes e intervenciones clínicas encontradas para cada uno de los trastornos examinados

	Tipo de déficit de regulación	Procesos alterados	Investigación futura	Intervenciones clínicas relacionadas
Trastorno depresivo	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de activación - Déficit de eficacia - Estrategias disfuncionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Atención - Etiquetado - Aceptación - Análisis 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación emocional y su efecto sobre los procesos cognitivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Activación conductual (Syzdek et al., 2010) - Terapia dialéctica conductual adaptada (Feldman et al., 2009) - Atención plena (Ma y Teasdale, 2004) - Terapia centrada en la emoción (Greenberg y Watson, 2006)
Trastorno de pánico	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de eficacia - Estrategias disfuncionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura - Etiquetado - Aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación clínica sobre intervención sobre los déficit emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia de aceptación para el pánico (Levitt y Karekla, 2005)
Trastorno de ansiedad generalizada	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de eficacia - Estrategias disfuncionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura - Etiquetado - Aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> - El papel de los déficit emocionales en la preocupación 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia de aceptación para TAG (Orsillo et al., 2005). - Terapia integradora para el TAG (Newman et al., 2008).
Trastorno de estrés postraumático	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de eficacia - Estrategias disfuncionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura - Etiquetado - Aceptación - Análisis 	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación clínica sobre la eficacia de estrategias de aceptación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia de aceptación (Follette, 2004) - Entrenamiento en regulación emocional y exposición (Cloitre et al., 2002) - Terapia de procesamiento cognitivo (Resick y Schnicke, 1992)
Trastorno límite de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de eficacia - Estrategias disfuncionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura - Atención - Etiquetado - Aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> - El papel de los déficit emocionales en la alta variabilidad emocional 	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia dialéctica conductual (Linehan, 1993)

Además de repasar los hallazgos más importantes dentro de cada trastorno, se han descrito posibles líneas de investigación futura. Se han enfatizado especialmente aquellas áreas de investigación que pueden permitirnos comprender mejor el encaje de estos nuevos resultados con los modelos e investigaciones ya asentados. Este es un reto importante, ya que uno de los problemas habituales en la investigación en psicología es la relativa ausencia de interrelación entre teorías, modelos y tradiciones de investigación. Por esta razón, son especialmente valiosas las investigaciones que permitan unir en un marco coherente visiones provenientes de diferentes tradiciones. Esta interrelación en la investigación favorece una mayor integración en el plano de la intervención, lo cual puede permitir una mayor eficacia de los tratamientos sin caer en un eclecticismo ateoórico. Es importante destacar la variedad de metodologías incluidas en estas series de estudios. Se han revisado estudios transversales, longitudinales y experimentales. Esta amplia variedad de estudios pone de manifiesto las amplias posibilidades de investigación en este campo, así como la validez y robustez de los resultados encontrados.

Por último, la revisión demuestra que estos avances a nivel psicopatológico están siendo transferidos progresivamente a nivel de intervención. Teniendo en cuenta los avances realizados, es muy probable que en el futuro estas propuestas se traduzcan en significativas mejoras para los pacientes que presentan estos cuadros, ya sean mejoras de eficacia en el tratamiento o a nivel de prevención de recaídas. Por otra parte, la validación de programas que incluyen componentes emocionales permite corroborar la importancia de dichos mecanismos emocionales, es decir, constituye una importante fuente de validez ecológica.

Como limitación, es importante destacar que por cuestiones de espacio, no se ha podido detallar de una forma suficientemente extensa los estudios más importantes, ni todas las implicaciones teóricas de los mismos. Asimismo, tampoco se han podido incluir otros trastornos en los que, aún existiendo alguna prueba que sugiere la presencia de algún déficit emocional, su apoyo empírico es aún limitado (p. ej., fobia social o abuso de sustancias).

En resumen, estas nuevas líneas de investigación pueden permitirnos comprender mejor el papel de las emociones y su funcionamiento en los procesos etiológicos y de mantenimiento asociados a importantes trastornos, ofreciéndonos una visión más completa del funcionamiento a nivel psicológico de estos pacientes.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: autor.
- Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson K. y Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 279-288.
- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P. W., Thomas, S. y Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1271-1287.

- Barlow, D. H. (2002). The phenomenon of panic. En D. H. Barlow (dir.), *Anxiety and its disorders* (2ª ed., pp. 105-138). Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505-515.
- Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: a dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25, 975-1002.
- Beevers, C. G. y Carver, C. S. (2003). Attentional bias and mood persistence as prospective predictors of dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 619-637.
- Borden, J. W., Clum, G. A., Broyles, S. E. y Watkins, P. L. (1988). Coping strategies and panic. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 339-352.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. y Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En R. G. Heimberg, C. L. Turk y D. S. Mennin (dirs.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 77-108). Nueva York: Guilford.
- Borkovec, T. D. y Whisman, M. A. (1996). Psychological treatment for generalized anxiety disorder. En M. R. Mavissakalian y R. F. Prien (dirs.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 171-199). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L. y Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394.
- 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.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R. y Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
- Cowdry, R. W., Gardner, D. L., O'Leary, K. M., Leibenluft, E. y Rubinow, D. R. (1991). Mood variability: a study of four groups. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1505-1511.
- Dalgleish, T., Yiend, J., Schweizer, S. y Dunn, B. D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 9, 744-749.
- 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.
- Devine, H., Stewart, S. H. y Watt, M. C. (1999). Relations between anxiety sensitivity and dimensions of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 145-158.
- 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.
- Ehring, T., Fischer, S., Schnulle, J., Bosterling, A. y Tuschen-Caffier, B. (2008) Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences*, 44, 1574-1584.
- Erber, R., Wegner, D. M. y Theriault, N. (1996). On being cool and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 757-766.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 191-205.
- Feldman, G. C., 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, G., Joormann, J. y Johnson, S. L. (2008). A self-report measure of responses to positive affect: rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 507-525.

- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H. y Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 403-411.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J. y Leen-Feldner, E. W. (2004). A critical review of the literature on coping and panic disorder. *Clinical Psychology Review*, *24*, 123-148.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Stickle, T. R., Bonn-Miller, M. O. y Leen-Feldner, E. W. (2006). Anxiety sensitivity as a moderator of the emotional consequences of emotion suppression during biological challenge: an experimental test using individual growth curve analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 249-272.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, *1*, 251-254.
- Follette, V. M., Palm, K. M. y Rasmussen-Hall, M. L. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. Linehan (dirs.), *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 192-208). Nueva York: Guilford.
- Frewen, P. A., Dozois, D. J., Neufel, R. W. J. y Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 243-246.
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*, *14*, 453-466.
- Gilboa, E. y Gotlib, I. H. (1997). Cognitive biases and affect persistence in previously dysphoric and never-dysphoric individuals. *Cognition and Emotion*, *11*, 517-538.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*, 192-205.
- 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., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W. y Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 850-855.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. y Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: the role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, *42*, 550-559.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: coaching clients to work through feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. y Watson, J. (2006). *Emotion-focused therapy of depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, *13*, 551-573.
- 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.
- Gutiérrez, J. M. y Arbej, J. S. (2005). Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicothema*, *17*, 14-19.
- Guttman, H. y Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, *43*, 448-455.
- Heimpel, S. A., Wood, J. V., Marshall, M. y Brown, J. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 128-147.
- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J. y Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, *35*, 307-312.

- 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. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud, 9*, 139-156.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006a). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada, 59*, 9-36.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006b). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés, 59*, 9-32.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (en prensa). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*.
- Hunt, M. G. (1998). The only way out is through: emotional processing and recovery after a depressing life event. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 361-384.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: towards a new psychology of trauma*. Nueva York: Free Press.
- 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.
- Karekla, M., Forsyth, J. P. y Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy, 35*, 725-746.
- Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J. y McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 429-440.
- Katerndahl, D. A. (1999). Illness attitudes and coping process in subjects with panic attacks. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 561-565.
- Keltner, D. y Haidt, J. (1999). Social functions of emotions at four levels of analysis. *Cognition and Emotion, 13*, 505-521.
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J. M., Serby, M., Schopick, F. y Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*, 784-788.
- Kring, A. M. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones y L. F. Barrett (dirs.), *Handbook of emotion* (3ª ed., pp. 691-705). Nueva York: Guilford.
- Lane, R. D. y Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry, 144*, 133-143.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry, 11*, 129-141.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University.
- Levine, D., Marziali, E. y Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 185*, 240-246.
- 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.
- Levitt, J. T. y Karekla, M. (2005). Integrating acceptance and mindfulness with cognitive behavioral treatment for panic disorder. En S. M. Orsillo y L. Roemer (dirs.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment* (pp. 165-188). Nueva York: Springer.

- Lewinsohn, P. M. y Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 261-268.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- 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.
- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 339-349.
- Ma, S. H. y Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31-40.
- Marx, B. P. y Sloan, D. M. (2005). Experiential avoidance and peritraumatic dissociation as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 569-583.
- Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality, 17*, 3-13.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Fresco, D. M. (2005). Emotion regulation deficits as a key feature of generalized anxiety disorder: testing a theoretical model. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1281-1310.
- Mennin, D. S., Holaway, 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.
- Miranda, J., Gross, J., Persons, J. y Hahn, J. (1998). Mood matters: negative mood induction activates dysfunctional attitudes in women vulnerable to depression. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 363-376.
- Monson, C. M., Price, J. L., Rodriguez, B., Ripley, M. y Warner, R. (2004). Emotional deficits in military-related PTSD: an investigation of content and process disturbances. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 275-279.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J. y Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Special Issue: New treatments in psychotherapy, 45*, 135-147.
- Novick-Kline, P., Turk, C. L., Mennin, D. S., Hoyt, E. A. y Gallagher, C. L. (2005). Level of emotional awareness as a differentiating variable between individuals with and without generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 557-572.
- Orsillo, S. M., Roemer, L. y Holowka, D. W. (2005). Acceptance-based behavioral therapies for anxiety: using acceptance and mindfulness to enhance traditional cognitive-behavioral approaches. En S. M. Orsillo y L. Roemer (dirs.) *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and Treatment* (pp. 3-35). Nueva York: Springer.
- Peeters, F., Nicolson, N. A., Berkhof, J., Delespaul, P. y deVries, M. (2003). Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 203-211.
- Plumb, J. C., Orsillo, S. M. y Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of experiential avoidance in post-event processing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*, 245-257.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 51-60.

- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorders. *International Review of Psychiatry*, 13, 164-171.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Roemer, L. y Orsillo, S. M. (2007). An open-trial investigation of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Roemer, L., Litz, B. T., Orsillo, S. M. y Wagner, A. W. (2001). A preliminary investigation of the role of strategic withholding of emotions in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 143-150.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. y Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 71-88.
- Rude, S. S. y McCarthy, C. J. (2003). Emotion regulation in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and emotional repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (dir.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-151). Washington, DC: American Psychological Association.
- Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L. y Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficit in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 469-480.
- Schut, A. J., Castonguay, L. G. y Borkovec, T. D. (2001). Compulsive checking behaviors in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 705-715.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L. y Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 1150-1169.
- Syzdek, M. R., Addis, M. E. y Martell, C. R. (2009). Working with emotion and emotion regulation in behavioral activation treatment for depressed mood. En A. M. Kring y D. M. Sloan (dirs.), *Emotion regulation and psychopathology* (pp. 405-426). Nueva York: Guilford.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D., Doofy, K. F. y Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic Medicine*, 50, 500-509.
- Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- Tull, M. T., Barrett-Modell, H. M., McMillan, E. S. y Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38, 303-313.
- Tull, M. T. y Roemer, L. (2003). Alternative explanations of emotional numbing of posttraumatic stress disorder: an examination of hyperarousal and experiential avoidance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 147-154.
- Tull, M. T. y Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*, 38, 378-391.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Pérez-Sales (2008). Chronic thought suppression as a vulnerability factor to posttraumatic symptoms: data from the Madrid March 11, 2004 terrorist attack. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1226-1236.
- Watkins, E. y Moulds, M. L. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, 5, 319-328.

- Williams, F. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos, N. y Joiner, T. E. (2004). Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression in Spanish high school students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*, 233-240.
- Williams, K. E., Chambless, D. L. y Ahrens, A. H. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear concept. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 239-248.
- Wood, J. V., Heimpel, S. A. y Michela, J. L. (2003). Savoring versus dampening: self-esteem differences in regulating positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 566-580.
- Yehuda, R., Steiner, A., Kahana, B., Binder-Byrnes, K., Southwick, S. M., Zelman, S. y Giller, E. L. (1997). Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 93-100.

RECIBIDO: 11 de junio de 2010

ACEPTADO: 16 de octubre de 2010

Reproduced with permission of the copyright owner. Further reproduction prohibited without permission.