



**Universidad de la República  
Facultad de Psicología**

**Comprensión y Abordajes de los Trastornos Emocionales desde la Terapia Cognitivo  
Conductual**

**Trabajo Final de Grado  
Monografía**

Estudiante: Clarice Malvasio Silva  
Tutora: Prof. Adj. Dra. Gabriela Fernández  
Revisora: Asist. Mag. Valentina Paz

Montevideo, Uruguay  
Abril 2024

## Índice

Resumen.....	3
1. Introducción.....	4
2. Alternativa al Diagnóstico Categorical: Enfoque Transdiagnóstico en Salud Mental.....	5
3. Trastornos Emocionales.....	12
4. Regulación Emocional: Un factor Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales..	16
5. Terapia Cognitivo Conductual.....	25
6. Abordajes de los Trastornos Emocionales desde la Terapia Cognitivo Conductual....	29
7. Reflexiones finales.....	35
Referencias.....	39

## **Resumen**

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un acercamiento a la comprensión de los trastornos emocionales y los enfoques psicoterapéuticos pertinentes para su abordaje. Los trastornos emocionales se caracterizan por la vivencia frecuente de emociones negativas e intensas, que son experimentadas de manera aversiva. Frente a esto, los individuos emplean conductas para disminuir, escapar o evitar la experiencia emocional, las cuales tienen un efecto contraproducente y generan mayor malestar a largo plazo. Estos trastornos tienen una elevada prevalencia en la población mundial, y afectan de manera significativa la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de las personas afectadas. Es en este contexto que cobra relevancia la comprensión de los factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de estos problemas psicológicos. Desde la perspectiva transdiagnóstica en Salud Mental, que atiende a las dimensiones psicopatológicas compartidas por diversos trastornos mentales sintomatológicamente diferentes, varios autores han identificado que, las dificultades en el proceso de regulación emocional consisten en un importante factor en común a los diversos trastornos emocionales. Este hallazgo posibilita pensar intervenciones psicoterapéuticas que resulten pertinentes y eficaces en el abordaje de estos problemas. En este sentido, la Terapia de Regulación Emocional de Mennin, y el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales de Barlow, constituyen tratamientos de corte cognitivo conductual y con amplio respaldo científico, que trabajan activamente en el entrenamiento de habilidades adaptativas de regulación emocional y en el aprendizaje de comportamientos más funcionales, reduciendo así el malestar emocional que experimentan las personas.

**Palabras Clave:** *Trastornos Emocionales, Transdiagnóstico, Regulación Emocional, Terapia Cognitivo Conductual.*

## 1. Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo principal realizar un acercamiento a la comprensión de los llamados trastornos emocionales, y profundizar en los abordajes psicoterapéuticos eficaces en la disminución de la intensidad y gravedad de los síntomas. Los trastornos comprendidos en esta categoría son: el trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y los trastornos depresivos (Barlow et al., 2011). La relevancia de este tema en concreto reside en la constatación de la elevada prevalencia de estos trastornos a nivel mundial, y el importante impacto que tienen en la calidad de vida de las personas afectadas (OMS, 2022). En este sentido, los aportes de autores como Gross y Thompson (2007), Barlow et al. (2011), Bullis et al. (2019), entre otros, serán relevantes para profundizar en el proceso de generación de las emociones, las características de estas afecciones psicopatológicas y los factores de vulnerabilidad subyacentes a su desarrollo y mantenimiento.

En esta línea, en los últimos tiempos ha aumentado la disconformidad de los profesionales de la salud y la población en general, con la manera en que los manuales diagnósticos, como el DSM y el CIE, piensan y clasifican las diversas psicopatologías. Las consideraciones aisladas de los trastornos mentales y síntomas, el rebajamiento del umbral diagnóstico, y la excesiva proliferación de categorías diagnósticas, constituyen algunos de los problemas que enfrentan estos sistemas, y que conllevan importantes implicaciones a nivel de la validez del diagnóstico y la calidad de los tratamientos. Estos enfoques clasificatorios prescinden de pensar las características compartidas entre los problemas emocionales y reducen la complejidad de los trastornos a la mera enumeración de síntomas (González Pando et al., 2018; Hernández-Guzmán et al., 2019).

Frente a este panorama, se introduce como alternativa el enfoque transdiagnóstico en Salud Mental, el cual atiende de manera integral al conjunto de procesos psicopatológicos comunes entre diversos trastornos mentales diferentes (Sauer-Zavala et al., 2017). Autores como Belloch (2012), González Pando et al. (2018), Sandín et al. (2012), y Sauer-Zavala et al. (2017) dan a conocer que estos procesos refieren a dimensiones psicológicas básicas, que inciden en el inicio y mantenimiento de los trastornos emocionales. Son diversos los modelos comprendidos en esta perspectiva; en este trabajo se alude al Research Domain Criteria (RDoC), el Modelo de los Estados (Clinical Staging), Factores Internalizantes y Externalizantes de la Psicopatología, y el Factor General "P" de la Psicopatología.

El interés en esta perspectiva dimensional de la psicopatología, ha llevado a dedicar esfuerzos en la identificación de los factores considerados transdiagnósticos. Algunos de estos corresponden a: la atención y la memoria selectiva; los sesgos de interpretación y expectativas; el razonamiento emocional; el pensamiento negativo recurrente; la supresión de pensamientos; la afectividad negativa y las dificultades para regular las emociones (Harvey et al., 2004; Pérez y Bello, 2017). Este trabajo se centrará en este último factor.

La regulación emocional, referida al proceso mediante el cual las personas modulan sus emociones de manera adaptativa o desadaptativa, se aborda en esta monografía a partir de los aportes de Gross (1998) y su Modelo de Proceso de la Regulación Emocional. Este autor identifica cinco grupos de estrategias regulatorias que los individuos utilizan en el intento de manejar emociones no deseadas, y que se asocian a un momento específico del proceso de generación de emociones: selección de la situación, modificación de la situación, despliegue de recursos atencionales, cambio cognitivo y modulación de la respuesta. A su vez, dentro de cada uno de estos grupos, se distinguen también algunas estrategias disfuncionales determinadas: la rumiación, evitación, supresión y distracción. A lo largo de los siguientes apartados, se buscó conocer la relación existente entre las estrategias mencionadas, y el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales.

Una vez que se logró una mayor comprensión de estos problemas psicológicos, adquirió relevancia pensar las modalidades psicoterapéuticas para tratar estos trastornos de manera adecuada. La Terapia Cognitiva Conductual consiste en una familia de enfoques reconocidos por su carácter activo, directivo, estructurado (Beck, 1979), y por su interés en comprobar la eficacia de sus intervenciones. En esta línea, la Terapia de Regulación Emocional de Mennin (2006) y el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales de Barlow et al. (2011) constituyen abordajes cognitivo conductuales, con amplio respaldo científico, que centran su atención en la modificación de los procesos desadaptativos de regulación emocional, y con los cuales se obtienen importantes resultados en la disminución de la sintomatología. Es así que se constata en este trabajo, la pertinencia de abordar los trastornos emocionales desde dispositivos cognitivos conductuales, centrados en la regulación emocional como factor transdiagnóstico.

## **2. Alternativa al Diagnóstico Categorial: Enfoque Transdiagnóstico en Salud Mental**

En el intento de abordar los problemas psicológicos y psiquiátricos, y a partir del reconocimiento de la necesidad de pensar modelos teóricos que sirvan de trasfondo a las

intervenciones en Salud Mental, históricamente se han ido desarrollado diversos enfoques con el objetivo de comprender, ordenar y clasificar los diferentes trastornos mentales. De esta manera se fueron constituyendo los enfoques categoriales y dimensionales de la psicopatología, y la reconocida confrontación entre ellos (González Pando et al., 2018; Sandín et al., 2012).

Respecto a los enfoques categoriales, Hernández-Guzmán (2011), como se citó en Hernández-Guzmán et al. (2019), destaca la pertinencia de la creación de modelos taxonómicos en Salud Mental como solución a la profunda crisis que atravesaba la psiquiatría como disciplina en los años 50 del siglo pasado, que la colocaba en riesgo de desaparecer como área de la medicina. En esa época, las intervenciones obedecían a un enfoque subjetivo carente de evidencia empírica, al estar fundamentadas en una explicación psicodinámica de la psicopatología, y en consecuencia recibían numerosas críticas por su incapacidad para curar la enfermedad mental. Es así que la adopción de un modelo clasificatorio similar al de la medicina sirvió para recomponer el estatus de la disciplina psiquiátrica, mientras que, por su parte, la Psicología tampoco resultó ajena a la influencia del modelo médico tradicional, dejándose persuadir por este y adoptando su modo de acercamiento a los trastornos mentales (Belloch, 2012).

Es en este contexto que surgen los sistemas categoriales, representados fundamentalmente en dos manuales de diagnóstico clínico ampliamente reconocidos, como son el manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) (OMS, 2000) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (APA, 2014) y que se caracterizan por la clasificación de los trastornos mentales en entidades diferenciadas, en función del conjunto de signos y síntomas asociados a cada categoría (Clark et al., 2017). Asimismo, se distingue también la etiología, el curso y respuesta al tratamiento de cada trastorno, aún cuando se reconoce que diferentes entidades comparten diversas características en común (Clark et al., 2017; Hernández-Guzmán et al., 2019).

Las ventajas provistas por la utilización de estos sistemas son varias. En primer lugar, proporcionan sistemas de clasificación relevantes para la salud pública, en tanto facilitan la organización de las prestaciones de los servicios al definir los tratamientos adecuados a cada caso, proporcionando también información sobre el pronóstico y los factores etiológicos asociados a cada condición. A su vez, se reconoce que la alta diferenciación entre categorías propicia una eficiente comunicación entre los profesionales de la salud (Hernández-Guzmán et al., 2019). En último lugar, las investigaciones realizadas en temáticas en Salud Mental se ven enriquecidas por la posibilidad de atender a categorías

definidas que permiten su análisis en profundidad (Clark et al., 2017; Hernández-Guzmán et al., 2019).

Sin embargo, son también numerosas las deficiencias y contradicciones que atraviesan a este modelo. Según Hernández-Guzmán et al. (2011), las categorías de todo sistema categórico deben cumplir con tres criterios fundamentales: ser discretas, ser mutuamente exclusivas y ser exhaustivas. Para ser discretas, los elementos asignados a diferentes categorías no deben compartir entre ellos las características relevantes a la clasificación. Se espera entonces que aquellas personas diagnosticadas con distintos trastornos no compartan los mismos síntomas. Siguiendo en esta línea, para que las categorías sean mutuamente exclusivas, las personas no pueden padecer simultáneamente más de un trastorno mental. Finalmente, una categoría diagnóstica será exhaustiva si todos los elementos ubicados en esta comparten las mismas características relevantes. De este modo, las personas que comparten un mismo diagnóstico deberían de presentar el mismo conjunto de síntomas asociados a esa determinada categoría (Hernández-Guzmán et al., 2011).

No obstante, la práctica clínica y los datos obtenidos en diversas investigaciones revelan que los sistemas de clasificación diagnóstica de trastornos mentales no cumplen satisfactoriamente con estos criterios recién desarrollados. Lo que efectivamente se observa es una fusión de las fronteras entre las categorías, a partir de evidenciarse una gran heterogeneidad de síntomas entre pacientes con el mismo diagnóstico, la concurrencia en un mismo individuo de síntomas correspondientes a varias entidades clínicas y la superposición de síntomas entre distintos trastornos (Hernández-Guzmán et al., 2011). En la búsqueda de intentar resolver estas dificultades, se introdujo en la clínica el concepto de “comorbilidad”, referida a la posibilidad de que las personas reciban más de un diagnóstico a la vez, optando también por la creación de aún más categorías diagnósticas y el rebajamiento del umbral diagnóstico (Hernández-Guzmán et al., 2019). Estas consideraciones no sólo tienen implicaciones a nivel de la validez del diagnóstico y calidad del tratamiento consecuente, sino que también introducen el riesgo de psicopatologizar y medicalizar los problemas de la vida cotidiana. El creciente número de trastornos, el rebajamiento de umbral diagnóstico, y la creación de categorías de “síntomas no especificados” conlleva un aumento exponencial en la probabilidad de que las personas queden fácilmente comprendidas dentro de un diagnóstico (González Pando et al., 2018; Hernández-Guzmán et al., 2011; Hernández-Guzmán et al., 2019; Sandín et al., 2012).

La conjunción de estas situaciones dan lugar a un panorama de inmensa complejidad que no es pertinentemente abordado desde los modelos categoriales, siendo necesario atender a otras perspectivas, como la dimensional. Desde este enfoque se asume que entre la normalidad y la psicopatología no existen límites precisos a priori. Este modelo se interesa entonces en las dimensiones psicológicas de las personas, lo que permite identificar y valorar las diferencias particulares respecto a los diversos fenómenos psicológicos (Belloch, 2012). En contraste al mero conteo de síntomas, característico del modelo categórico, el enfoque dimensional posibilita apreciar la gravedad en que se manifiesta un problema, en relación a la cantidad, intensidad y variedad de los síntomas, y los efectos que estos tienen en el funcionamiento cotidiano de las personas (Hernández-Guzmán et al., 2011). Esto permite reducir la exagerada proliferación de categorías diagnósticas, a partir de hacer énfasis en este conjunto de dimensiones psicológicas básicas, a la vez que atiende al sufrimiento humano como un todo, en términos sistémicos (Belloch, 2012; Hernández-Guzmán et al., 2011; Sandín et al., 2012).

Un importante exponente del enfoque dimensional es la perspectiva transdiagnóstica en Salud Mental. Esta perspectiva representa una aproximación científica convergente e integradora, que surge al constatarse de la existencia de un número reducido de procesos psicopatológicos comunes entre diversos trastornos mentales sintomatológicamente diferentes, actuando como vulnerabilidades que propician el riesgo de comorbilidad (Sauer-Zavala et al., 2017). Esto permite avanzar en la comprensión de los factores etiológicos compartidos, al tener en cuenta diversas combinaciones de variables cognitivo-conductuales, interpersonales y biológicas que inciden en el inicio y mantenimiento de problemas psicológicos. De esto se deriva la posibilidad de comprender la comorbilidad y diagnosticarla de manera adecuada (Belloch, 2012; González Pando et al., 2018; Sandín et al. 2012; Sauer-Zavala et al., 2017).

En su vertiente aplicada, la adopción del enfoque transdiagnóstico, más allá de superar las limitaciones del modelo categorial, ofrece un conjunto de ventajas en la implementación de intervenciones terapéuticas y preventivas. Por ejemplo, en la medida en que se identifican los procesos subyacentes que mantienen los síntomas en una variedad de trastornos, también se han dedicado esfuerzos en el desarrollo de tratamientos eficaces válidos para conjuntos de problemas. Es así que se pueden diseñar intervenciones específicas para cada paciente individual, a la vez que ofrece la posibilidad de implementar programas de tratamiento transdiagnóstico en formato grupal, para el abordaje de diversos trastornos con factores comunes. Esto tiene importantes implicaciones en contextos asistenciales de alta demanda y escasos recursos terapéuticos. En este sentido, el rango de



problemas y las interrelaciones entre ellos que pueden abordarse desde este enfoque son significativamente mayores, siendo que al atender simultáneamente los trastornos comórbidos, las intervenciones se caracterizan por una eficacia superior y menor probabilidad de recaídas, en comparación con la perspectiva uni-trastorno que no brinda indicaciones sobre cómo tratar diagnósticos concurrentes (Belloch, 2012; González Pando et al., 2018; Sauer-Zavala et al., 2017).

Llegados a este momento, mucho se ha aludido a los procesos transdiagnósticos pero, ¿cuáles son estos factores que subyacen a la psicopatología? Nolen-Hoeksema y Watkins (2011) realizan un resumido listado, destacando algunas de las dimensiones transdiagnósticas principales: en un nivel ambiental, son diversas las experiencias que se han relacionado con psicopatologías, incluyendo situaciones de abuso sexual y físico; crianza negligente y psicopatología parental. Factores psicobiológicos, como las respuestas desreguladas al estrés y dificultades en los hábitos del sueño, son también comunes en una extensa variedad de trastornos, lo que influye a la vez en el mantenimiento y recaídas de la psicopatología. Siguiendo en esta línea, Harvey et al. (2004) identificaron una serie de procesos cognitivos transdiagnósticos para una variedad de trastornos emocionales, conductuales e incluso psicóticos, como pueden ser: la atención y la memoria selectiva; los sesgos de interpretación y expectativas; el razonamiento emocional; el pensamiento negativo recurrente, como la preocupación y la rumia; la supresión de pensamientos; conductas de seguridad; déficits de control ejecutivo; entre otros. Por último, el neuroticismo, la afectividad negativa y las dificultades para regular las emociones también se consideran importantes procesos transdiagnósticos. Sobre esta última dimensión, referida al proceso de modulación de las emociones con el objetivo de adaptarse al contexto (Pérez y Bello, 2017), se hará especial hincapié en los siguientes apartados.

Ahora bien, dentro del enfoque transdiagnóstico se pueden reconocer variados modelos que se caracterizan por su manera de agrupar los trastornos mentales en función de los factores transdiagnósticos comunes. Estos siguen la idea de que una amplia gama de trastornos pueden agruparse dentro de un número más limitado de categorías. A continuación se desarrollan algunas de estas perspectivas, como: el Research Domain Criteria (RDoC), el Modelo de los Estados (Clinical Staging), Factores Internalizantes y Externalizantes de la Psicopatología, y el Factor General "P" de la Psicopatología.

En primer lugar, el RDoC, como proyecto impulsado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), surge de la constatación de la necesidad de desarrollar un marco de investigación alternativo que posibilite la comprensión de las estructuras y procesos

neurológicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que subyacen y se ven afectados en los trastornos mentales. Lo novedoso de este enfoque es la idea de que para comprender las enfermedades mentales en toda su complejidad, se requiere de un abordaje en profundidad de los factores causales, a partir de atender a las relaciones cerebro-comportamiento en contextos ambientales y de desarrollo. Se extiende así una crítica a los criterios descriptivos provistos por los manuales clínicos actuales, en donde se estudian determinados factores etiológicos de manera aislada. En este contexto se proponen cinco grandes dominios psicobiológicos relevantes para la psicopatología, como son: los sistemas de valencia positiva, sistemas de valencia negativa, sistemas cognitivos, sistemas de activación y regulación, y procesos sociales. Asimismo, estos constructos se estudian desde siete niveles de análisis: genes, moléculas, células, circuitos nerviosos, fisiología, conducta y autoinformes. La intrincada matriz que se obtiene de este enfoque integrador, a largo plazo podría desembocar en la constitución de una nosología psiquiátrica que guíe el desarrollo de tratamientos transdiagnósticos (Clark et al., 2017, Insel et al., 2010, Vilar et al., 2019).

Siguiendo en la perspectiva dimensional, otra manera de ordenar la psicopatología se encuentra en los aportes de Kotov et al. (2017) y Lynch et al. (2021), quienes formulan que existe evidencia empírica de que los trastornos mentales no son entidades categóricamente distintas, sino que están organizados según dimensiones de orden superior: internalizantes y externalizantes. Estas premisas surgen de la observación de las altas tasas de comorbilidad entre los trastornos mentales, lo que sugiere la existencia de estructuras subyacentes en la psicopatología. La dimensión de internalización ayuda a explicar la comorbilidad entre los trastornos depresivos, de ansiedad, alimenticios, así como también el trastorno por estrés postraumático y trastornos de disfunciones sexuales. Por su parte, la dimensión de externalización aborda la comorbilidad entre los trastornos de oposición, los antisociales, los relacionados con los impulsos, y el consumo problemático de sustancias. Recientes investigaciones en el área han propuesto un tercer factor de trastorno del pensamiento, asociado, por ejemplo, a la esquizofrenia. Uno de los aspectos más interesantes de este enfoque es la evidencia de que la variación entre las dimensiones en las personas responde en parte a la genética, mientras que las influencias ambientales son responsables en gran medida de la variación entre los trastornos mentales asociados a una dimensión. En definitiva, este modelo favorece la comprensión de la tendencia en las personas a desarrollar trastornos asociados a una dimensión u otra (Kotov et al., 2017; Lynch et al., 2021).

El factor general de la psicopatología de orden superior, también llamado “factor p”, hace referencia a una dimensión aún más amplia de psicopatología que las internalizantes, externalizantes y el trastorno del pensamiento. Esta dimensión general subyace a la propensión de los individuos a desarrollar cada una de las formas de psicopatologías comunes, y parecería sentar sus bases en los circuitos neurológicos (Caspi et al., 2013). Al respecto, autores como Elliott et al. (2018) han realizado investigaciones buscando identificar los correlatos neuronales asociados al factor p, y han encontrado evidencia inicial de que el riesgo transdiagnóstico a padecer trastornos mentales se asocia con patrones de conectividad ineficientes entre la corteza de asociación visual y las redes que apoyan el control ejecutivo y los procesos autorreferenciales. Por otro lado, se puede evaluar el grado en que se expresa el factor p, siendo que puntuaciones altas son indicadores de riesgo en relación a la gravedad, duración del trastorno, grado de comorbilidad, y deterioro de la calidad de vida (Carver et al., 2017, Caspi et al., 2013, Lynch et al., 2021).

Por último, cabe mencionar el Modelo de los Estados. Respecto a este, los autores Scott y Henry (2017) constatan que los enfoques actuales de diagnóstico no tienen en cuenta la trayectoria de la enfermedad, clasificando el padecer de la persona en función de la presencia o ausencia de síntomas, cuando en realidad se trata de un proceso dimensional que varía en el tiempo. Al contrario, el Modelo de los Estados atiende a la necesidad de hacer énfasis en las trayectorias de las enfermedades, enfatizando en los factores de riesgo, como pueden ser antecedentes familiares y/o presentaciones sub-sindrómicas de trastornos. Se promueve así una mayor atención a las estrategias de prevención para personas con riesgo de desarrollar un trastorno mental grave. Bajo estas premisas, se ha formulado un espectro de riesgo a la enfermedad, que comprende desde la etapa cero de riesgo o latencia, a la etapa cuatro de mayor gravedad del trastorno, que no sólo desplaza el interés hacia la intervención temprana, sino que también contribuye a organizar las intervenciones pertinentes para cada etapa (Scott y Henry, 2017).

A partir de lo hasta aquí desarrollado se evidencia la relevancia que cobra la consideración de la psicopatología desde una perspectiva dimensional, que no simplifique la complejidad del sufrimiento humano en la acción de enumerar síntomas. El enfoque transdiagnóstico en Salud Mental posibilitará a lo largo de este trabajo comprender de manera integral los diversos problemas psicológicos entendidos como trastornos emocionales, y las líneas de intervenciones terapéuticas pertinentes para su abordaje.

### 3. Trastornos Emocionales

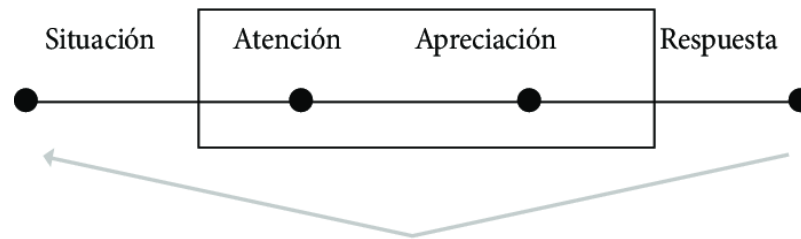
Previo a abordar los Trastornos Emocionales (TE), resulta de pertinencia definir qué son las emociones. Al respecto, son reconocidos los aportes de Gross (1998) quien destaca las diversas transformaciones que históricamente ha atravesado el término “emoción”, desde las primeras consideraciones de estos como estados de alerta disruptivos y no específicos, a una mirada de mayor complejidad que atiende a sus funciones adaptativas. En este sentido, según Gross y Barrett (2011) existe un importante consenso a nivel científico en que las emociones refieren a un conjunto de estados psicológicos en relación a la experiencia subjetiva, que incluyen el comportamiento expresivo a nivel corporal, facial y verbal, así como también la activación de respuestas fisiológicas periféricas, relacionadas al ritmo cardíaco, la respiración, entre otros procesos. Este último aspecto alude al carácter multifacético de las emociones y constituye una de sus características principales descritas por Gross y Thompsom (2007), quienes además refieren a otras dos que serán desarrolladas a continuación.

La segunda característica se refiere a la maleabilidad y flexibilidad de las emociones. Las emociones poseen una cualidad imperativa, lo cual significa que pueden interrumpir el curso de pensamiento y acción actual y obligan a ser reconocidas. Sin embargo, las emociones frecuentemente deben competir con otras respuestas también ocasionadas por el ambiente social en el que la persona se desenvuelve, ante lo cual es posible e incluso necesario la modulación y regulación de las respuestas emocionales (Gross y Thompson, 2007).

Por último, estos autores también constatan que la emergencia de las emociones ocurre a partir de la evaluación de una situación como significativa en función de las metas y objetivos personales del sujeto. Cualquiera sean las metas que guían el accionar (duraderas o transitorias; conscientes o inconscientes; socialmente compartidas o idiosincráticas) y cualquiera sean las situaciones, la relevancia y significado que el sujeto le otorgue a estas serán la razón desencadenante de las emociones (Gross y Thompson, 2007).

En conjunto, estas particularidades se articulan en el “Modelo Modal” planteado por Gross y Thompson (2007), a partir del cual se puede comprender el proceso de generación de las emociones. Este modelo da cuenta que ante una situación-estímulo interno o externo relevante para la persona, y que por lo tanto requiere de su atención, se realiza una valoración acerca de la familiaridad de la situación, así como también de su importancia y

valencia personal. En consecuencia a estas evaluaciones de la situación es que emergen las emociones y los cambios en el comportamiento expresivo y fisiológico asociados.



Representación del modelo modal (tomado de Gross y Thompson, 2007).

El acercamiento al concepto de “emoción” y al modelo que aborda su proceso de generación facilita introducirse en la comprensión de los trastornos emocionales. Barlow et al. (2011) conciben a los TE como aquellos trastornos de ansiedad y del estado del ánimo que se caracterizan por una “excesiva e inapropiada respuesta emocional, acompañada de la sensación de que las propias emociones están fuera de control” (p.18).

Por su parte, Bullis et al. (2019) plantean que los trastornos emocionales, para ser considerados como tal, deben cumplir con tres criterios fundamentales: a) experimentar frecuentemente emociones negativas de forma intensa; b) reaccionar de manera aversiva a la experiencia emocional a partir de valorar negativamente la emoción y experimentar una disminución del control percibido; y c) dedicar esfuerzos en disminuir, escapar o evitar la experiencia emocional, ya sea al iniciar esta o anteriormente, de forma preventiva.

Continuando con los aportes de Barlow et al. (2011), se puede comprender que “los TE comparten una misma vulnerabilidad que, asociada a factores de estrés psicosocial, puede dar lugar a diferentes manifestaciones de la misma vulnerabilidad” (p.25). Esta vulnerabilidad compartida por los TE es introducida por Barlow (2000) en el modelo etiológico de “triple vulnerabilidad”, en donde se sostiene que la interacción de vulnerabilidades biológicas, generalizadas y psicológicas específicas sientan las bases al desarrollo de trastornos de ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales.

La “vulnerabilidad biológica generalizada” hace referencia a la base genética que predispone a una persona a la posibilidad de desarrollar un TE. Sin embargo, esta vulnerabilidad, expresada en categorías de temperamento como “afecto negativo”, “neuroticismo”, “conducta inhibida”, entre otros, permanece de manera latente hasta ser activada por circunstancias o experiencias ambientales (Barlow et al., 2011). Por otro lado, en relación a la “vulnerabilidad psicológica generalizada”, Barlow (1991 y 2000) profundiza en la influencia que las experiencias tempranas de vida, en donde la persona enfrenta

situaciones de elevada incertidumbre y reducido control, poseen para el desarrollo posterior de trastornos emocionales. En la interacción de estas vulnerabilidades y acontecimientos estresantes de la vida se encuentra la explicación al riesgo de desarrollar trastornos depresivos y de ansiedad. En último lugar, la “vulnerabilidad psicológica específica” corresponde a las experiencias de aprendizaje tempranas que llevan a percibir determinadas situaciones y estados internos como potencialmente peligrosos y amenazantes, incluso si objetivamente no lo son. Esta vulnerabilidad es la que, cuando coincide con las anteriormente mencionadas, contribuye al desarrollo de trastornos específicos de ansiedad, como ansiedad social y trastorno de pánico (Barlow, 2018).

En este momento, resulta de relevancia desarrollar cuáles son estos trastornos emocionales a los que se ha estado aludiendo. Según Barlow et al. (2011), dentro del grupo de los TE se encuentra el trastorno de pánico con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos depresivos. Al respecto, si bien se procede a profundizar en estos trastornos de forma aislada, es de relevancia recordar la prevalencia de elevados índices de comorbilidad entre ellos (Barlow et al., 2011).

El trastorno de pánico se caracteriza por la presencia de ataques de pánico recurrentes y la experiencia de ansiedad ante la posibilidad de reaparición del pánico y sus consecuencias. Los ataques de pánico consisten en episodios de intenso temor o malestar que se acompañan de síntomas físicos y cogniciones de carácter catastrófico. Estos episodios emergen de manera repentina, tienen una breve duración y son percibidos por las personas como “inesperados”. Estas experiencias tienden también a ser acompañadas por la percepción de amenazas inminentes, como la posibilidad de muerte, pérdida de control y/o ridículo social. El trastorno de pánico puede presentarse con o sin agorafobia, la cual hace referencia al temor de las situaciones en donde, ante la presencia de síntomas de pánico, resulte difícil escapar o solicitar ayuda, lo que tiene como consecuencia la adopción de conductas evitativas de entornos reducidos, multitudinarios, o por el contrario, circunstancias donde la persona se encuentre sola (APA, 2014; Barlow, 2018).

Por su parte, el trastorno de ansiedad social es aquel relacionado con un intenso miedo o ansiedad ante situaciones sociales en las que el individuo teme ser evaluado negativamente por otras personas. Estos individuos pueden presentar una diversa gama de temores sociales ante la interacción social, el miedo al desempeño frente a un público y el miedo a ser observados por otros (Barlow, 2018). Esto evidencia la heterogeneidad de experiencias entre quienes padecen este trastorno en relación a la generalidad de sus temores, la intensidad de sus síntomas y el momento de aparición, siendo que, por ejemplo,

la persona puede experimentar intensa ansiedad anticipatoria al prever situaciones futuras. Estas experiencias de intensos temores explican la adopción de conductas evitativas como respuesta a la amenaza percibida (APA, 2014). De lo recién desarrollado se deriva el hecho de que este trastorno puede resultar significativamente incapacitante para las vidas de las personas, en tanto impacta su funcionamiento laboral, académico y social (Barlow, 2018).

Dentro del grupo de trastornos emocionales, se encuentra también el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), caracterizado por la vivencia de tensión, preocupación y aprensión en relación a diversos acontecimientos y actividades, incluso aquellas cotidianas. Estas preocupaciones se asocian con la aparición de síntomas de carácter fisiológico, como pueden ser: constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, aturdimiento, palpitaciones, mareos, entre otros (OMS, 2000). Según los criterios del DSM 5, la intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad real del suceso y/o a las implicaciones que efectivamente tendrían en caso de ocurrir. Estas experiencias de intensa ansiedad y preocupación, en conjunto con los síntomas asociados, interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial de las personas (APA, 2014).

Por otro lado, la experimentación de sucesos traumáticos o la exposición indirecta a estos, que involucren amenaza de muerte o muerte real, lesiones graves o violencia sexual, puede tener como consecuencia el desarrollo de síntomas específicos del trastorno de estrés postraumático (TEPT). El DSM 5 (APA, 2014) agrupa estos síntomas en cuatro categorías: síntomas de intrusión, de evitación, alteraciones negativas cognitivas y del estado del ánimo, y alteraciones en el estado de alerta y reactividad. Dentro de estas categorías, algunos de los síntomas característicos corresponden a la experiencia de recuerdos y sueños angustiosos recurrentes; evitación persistente de estímulos asociados a la situación traumática; hipervigilancia; entre otros varios síntomas. Atendiendo a la diversidad de no sólo las situaciones de carácter traumático, sino también los síntomas que se desarrollan, se puede comprender que la presentación clínica de este trastorno varía en gran medida (APA, 2014).

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), según el DSM 5 (APA, 2014), se define por la presencia de obsesiones y compulsiones que pueden variar en su frecuencia y gravedad, provocando un malestar y deterioro significativo en la calidad de vida de la persona. Las obsesiones consisten en pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que son experimentados como intrusivos y no deseados. Por su parte, las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que un individuo se siente impulsado a realizar, que tienen como objetivo intentar disminuir el malestar asociado a las obsesiones e impedir el

daño temido. En general, el paciente reconoce estos comportamientos como carentes de sentido o de eficacia e intenta resistirse a ellos (OMS, 2000). En este orden de ideas, si bien el contenido específico de las obsesiones y compulsiones también varían según los individuos, algunos síntomas comunes de este trastorno son aquellos relacionados con la limpieza, simetría, al daño y con los pensamientos prohibidos o tabúes (APA, 2014).

Por último, el DSM 5 (APA, 2014), dentro de la categoría de trastornos depresivos, distingue diversos trastornos, entre los cuales son de nuestro interés el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente (distimia). Estos trastornos tienen en común la presentación sintomática de un estado de ánimo triste y/o irritable, acompañado de sensaciones de vacío, anhedonia, a la vez que acontecen cambios somáticos y cognitivos que en conjunto afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. Lo que diferencia a ambos trastornos es su duración en el tiempo; en el trastorno de depresión mayor se registran episodios de al menos dos semanas en donde la persona experimenta síntomas persistentes. En cambio, se puede diagnosticar el trastorno depresivo persistente, como forma más crónica de depresión, cuando durante un período de dos años (en adultos), el individuo nunca ha estado sin determinados síntomas más de dos meses seguidos (APA, 2014).

En las descripciones realizadas de estos trastornos, se puede observar con claridad el gran impacto que tienen estas psicopatologías en la calidad de vida de las personas afectadas, al experimentar de forma recurrente e intensa una variedad de emociones negativas, que no logran modular de manera satisfactoria. Este último aspecto, relacionado a las dificultades en la regulación emocional, constituye una importante característica de los trastornos emocionales, y acerca de esto se profundizará a continuación.

#### **4. Regulación Emocional: Un factor Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales**

En el apartado anterior se introdujo el “Modelo Modal”, el cual conceptualiza las características centrales de las emociones y el proceso de generación de estas en función de las evaluaciones que los individuos realizan frente a variadas situaciones-estímulos (Gross y Thompson, 2007). Siguiendo este lineamiento, los aportes de Barlow et al. (2011) posibilitan definir los trastornos emocionales según la excesiva e inapropiada respuesta emocional que los caracteriza. Es en este contexto que el concepto de regulación emocional cobra especial relevancia en el intento de acercarnos a la comprensión y abordaje de estos trastornos.



En este sentido, los aportes de Gross (1998) posibilitan entender a la regulación emocional como el proceso mediante el cual los individuos influyen qué emociones tienen, cuándo y cómo las experimentan y/o expresan. A esta definición se puede agregar que este proceso puede tener como objetivo incrementar, mantener o disminuir uno o más aspectos de las emociones, como la intensidad. Asimismo, estos procesos regulatorios pueden variar en función del nivel de automatismo o control consciente en que se ejercen, siendo que también se diferencian según si se busca regular emociones propias o de otras personas. La complejidad de este proceso aumenta significativamente si se tiene en consideración que las diferentes estrategias de regulación emocional pueden influir en los distintos componentes fisiológicos, comportamentales y expresivos de la respuesta emocional, en los variados momentos del proceso de generación de las emociones (Werner y Gross, 2010).

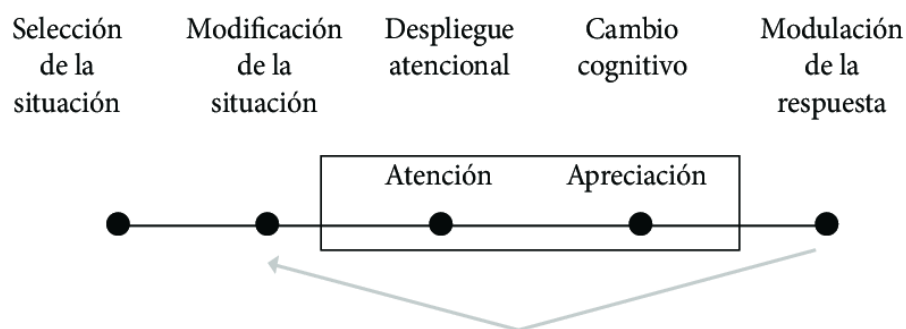
Gross (1998) organiza en su teoría del “Modelo de Proceso de la Regulación Emocional” esta conceptualización del complejo proceso de regulación emocional, la cual está intrínsecamente relacionada al “Modelo Modal” y permite distinguir las estrategias regulatorias en función del momento del proceso en el cual se implementan: regulación anterior al despliegue de la respuesta emocional y regulación que se implementa posterior a la respuesta emocional. Como su nombre lo anticipa, la primera se pone en funcionamiento previo a la activación de la respuesta emocional que se despliega en una situación. A modo de ejemplo, un individuo puede evitar mantener relaciones vinculares cercanas con el objetivo de evitar situaciones de rechazo y sentirse abandonado. Por el contrario, las estrategias centradas en las respuestas refieren al accionar del individuo una vez ya presente la emoción. Siguiendo con el ejemplo anterior, ante sentimientos de abandono, una persona puede recurrir a diversos métodos de distracción de estas emociones (Gross, 1998).

Ahora bien, esta no es la única distinción posible de realizar entre las estrategias; es de suma importancia destacar el carácter adaptativo o desadaptativo que estas pueden adoptar. Al respecto, Fernández-Álvarez et al. (2017) y Werner y Gross (2010) caracterizan a las estrategias adaptativas según su capacidad de lograr un efectivo despliegue regulatorio, a partir de realizar una evaluación del contexto que posibilite seleccionar qué estrategia es pertinente emplear, en qué momento, con qué intensidad y en concordancia con las metas personales a largo plazo. Para esto, resulta necesario seguir cuatro pasos: 1-pausar, en contraposición a reaccionar impulsivamente; 2-percibir e identificar las emociones presentes; 3-determinar la posibilidad de influir en la situación externa y/o en la propia reacción al acontecer; y 4- tener conciencia acerca de los valores personales y metas

a largo plazo mantenidas, con el objetivo de actuar en función de estos e inhibir respuestas contraproducentes (Fernández-Álvarez et al., 2017; Werner y Gross, 2010).

Por otro lado, estos autores definen a las estrategias desadaptativas como aquellas en donde falta la flexibilidad necesaria para elegir las respuestas apropiadas al contexto actual, no logrando así un ajuste emocional satisfactorio o implementando mecanismos que a largo plazo resultan perjudiciales. Puede también ocurrir que las emociones experimentadas sean de gran intensidad, y por lo tanto difíciles de regular, o incluso que la persona no haya desarrollado estrategias regulatorias adaptativas a lo largo de su vida. En último lugar, resulta desadaptativo también cuando ante una respuesta emocional se recurre a mecanismos represivos, inhibiendo así la vivencia emocional (Fernández-Álvarez et al., 2017; Werner y Gross, 2010).

Llegados a este momento, corresponde desarrollar cuáles son estas estrategias de regulación emocional. Retomando el “Modelo de Proceso de la Regulación Emocional”, Gross (1998) identifica cinco grupos específicos de estrategias regulatorias aplicadas en distintos momentos del proceso regulatorio. Estos son: selección de la situación, modificación de la situación, despliegue de recursos atencionales, cambio cognitivo y modulación de la respuesta. Por lo tanto, este autor explica que, en el intento de manejar emociones no deseadas, cualquiera de estos grupos de estrategias pueden ser implementados de manera adaptativa, o por el contrario, desadaptativa (Gross, 1998; Werner y Gross, 2010).



Representación del modelo de proceso de regulación emocional (tomado de Gross y Thompson, 2007).

El primer grupo de estrategias mencionado corresponde a la selección de la situación. Según Gross (1998), esta hace referencia a la acción de elegir introducirse, o por el contrario evitar, situaciones que potencialmente desencadenen emociones. Werner y Gross (2010) evidencian que las personas frecuentemente predicen la experiencia emocional que puede emerger en un determinado contexto, y emplean acciones para

modificarla. Es así que la selección y/o evitación de situaciones constituye una importante estrategia de regulación emocional que los sujetos emplean en su cotidianidad y tiene un beneficioso impacto en la calidad de sus vidas. Sin embargo, la utilización constante e inflexible de esta estrategia puede convertirse en una modalidad desadaptativa de regulación emocional. La excesiva evitación situacional, como respuesta ante la anticipación de emociones negativas, se asocia a un empobrecimiento de la vida social, académica y laboral, lo que a su vez tiene como consecuencia la aparición adicional de otras emociones desagradables, como culpa, frustración y tristeza. De esto deriva el hecho que los beneficios a corto plazo de esta estrategia, cuando se emplea de manera desadaptativa, no compensan las consecuencias a largo plazo que produce la evitación (Werner y Gross, 2010).

Por su parte, una vez que la persona seleccionó y se introdujo en una situación, puede servirse de acciones para modificar dicha situación e influenciar las emociones que experimenta (Gross, 2015). Esta estrategia constituye una relevante forma de regulación emocional en los casos donde el sujeto la implementa de manera asertiva, por ejemplo, frente a circunstancias que producen un intenso estrés y se torna pertinente intervenir en la situación y disminuir el impacto emocional. Por el contrario, cuando la motivación subyacente es evitar exponerse ante sucesos temidos y la persona utiliza continuamente conductas de control y seguridad, como prepararse excesivamente para una situación, la estrategia se torna disfuncional (De los Santos, 2022; Werner y Gross, 2010).

El tercer grupo de estrategias refiere al despliegue de recursos atencionales. Sin modificar ni retirarse de la situación, las personas también pueden regular sus emociones al reorientar su atención, acudiendo a la distracción o supresión de determinados aspectos específicos del suceso. Por ejemplo, frente a la experimentación de emociones muy intensas puede resultar efectivo recurrir a la distracción como método regulatorio. Sin embargo, nuevamente se evidencia que la generalización de esta estrategia se asocia con dificultades en la adecuada resolución de problemas (De los Santos, 2022). En el otro extremo nos encontramos con la rumia y la preocupación, a partir de las cuales la persona se concentra de manera repetitiva y pasiva en sus pensamientos y emociones pasados y futuros, correspondientemente. Como contracara, una herramienta de reorientación atencional adaptativa podría ser el mindfulness, la cual ha adquirido reciente reconocimiento en el ámbito de la Psicología Clínica, donde se ejercita la apertura y aceptación de las emociones propias (Werner y Gross, 2010).

Las respuestas emocionales que se producen ante una situación en donde la persona ha desplegado una serie de recursos emocionales ocurren al prestar importancia al

evento y evaluarlo como relevante para los objetivos personales (Werner y Gross, 2010). El cambio cognitivo hace referencia a la posibilidad de modificar el significado que se da a la situación o la percepción de nuestra capacidad de enfrentar el suceso, y en consecuencia generar una influencia en la experiencia emocional (Gross, 2015). En concreto, la reevaluación es una de las estrategias adaptativas de cambio cognitivo más conocidas para aumentar o disminuir tanto las emociones negativas como positivas. No obstante, las personas recurren a esta estrategia cuando la intensidad de la emoción es baja, optando en cambio por la distracción cuando la intensidad emocional es alta (De los Santos, 2022).

Siguiendo en esta línea, en los párrafos anteriores ha quedado en evidencia que incluso las estrategias adaptativas pueden tornarse disfuncionales según la manera en que son empleadas. Es así que Werner y Gross (2010) reconocen dos categorías de reevaluación asociadas estrechamente con la psicopatología: a) autoevaluación, en donde los pensamientos y emociones de la persona se encierran en torno a la pregunta ¿qué implica esta situación para mí?; y b) resistencia a la emoción, entendida como las creencias mantenidas acerca de cuáles emociones son aceptables experimentar y cuáles no (Werner y Gross, 2010).

El último grupo de estrategias refiere a la modulación de la respuesta, que abarca los esfuerzos empleados para influenciar en forma directa los componentes experienciales, conductuales y/o fisiológicos de las emociones, una vez desarrollada la respuesta emocional. Se pueden nombrar múltiples ejemplos de acciones implementadas con este fin, como el ejercicio físico, las técnicas de respiración profunda, así como también el consumo de alcohol y sustancias, e incluso la comida (Gross, 1998). En este sentido, una de las estrategias de modulación de la respuesta más estudiadas corresponde a la supresión expresiva, a partir de la cual se intenta suprimir por completo la experiencia emocional. Sin embargo, si bien esta estrategia genera efectos en la disminución de la experiencia subjetiva de emociones positivas, no se obtienen los efectos esperados en la disminución de emociones displacenteras (Gross, 2015), e incluso se ha descubierto que las personas que tienden a emplear con frecuencia esta estrategia presentan mayor probabilidad de exhibir tendencias ansiosas, depresivas y obsesivas (Werner y Gross, 2010).

A lo largo de estos párrafos ha quedado en evidencia que dentro de cada familia de estrategias, asociadas a un momento específico del proceso de generación de emociones, se pueden identificar también algunas de las estrategias disfuncionales determinadas que son frecuentemente adoptadas por las personas. Se aludió a la rumiación, evitación, supresión y distracción, las cuales como expresa Vizioli (2022), se encuentran en estrecha relación al desarrollo y mantenimiento de diversas psicopatologías en comparación con las

estrategias consideradas adaptativas, como la reevaluación o la resolución de problemas. Bajo esta consideración de la relevancia que adquieren estas estrategias en relación a los trastornos emocionales, se procede a continuación a abordar en detalle algunas de estas.

En primer lugar, se ha mencionado que en las instancias de selección y modificación de las situaciones parecería ser frecuente la evitación como estrategia de regulación emocional, que con facilidad se convierte en disfuncional cuando su uso se generaliza. Retomando los aportes de González Pando et al. (2018), se puede entender la evitación experiencial como los esfuerzos empleados para prescindir de eventos privados (sentimientos, pensamientos e imágenes) considerados indeseables, mostrando así una falta de apertura y aceptación de la experiencia presente. Sin embargo, debido a que las estrategias de escape obstruyen las oportunidades de percibirse capaz de afrontar satisfactoriamente las experiencias emocionales, estas conductas presentan el efecto paradójico de mantener el afecto negativo y generan una sensación de incontrolabilidad de las emociones (Bullis et al., 2019).

De manera similar a la evitación, los sujetos recurren a la distracción en la búsqueda de focalizar su atención en estímulos o situaciones diferente a la que actualmente les causa determinado malestar. Estos estímulos no necesariamente deben ser externos, siendo que es común en las personas evocar también pensamientos o recuerdos contrarios a aquellos relacionados con las emociones negativas (Gross y Thompson, 2007). Lo interesante de esta estrategia es su estatus ambiguo, en tanto si bien algunos autores consideran contraproducente su utilización, otros destacan su utilidad en el proceso de regulación emocional (Wolgast y Lundh, 2017). En este sentido, en un estudio realizado por Wolgast y Lundh (2017) se llegó a la conclusión de que las distracciones resultan adaptativas cuando se combinan con la aceptación, y por el contrario, se tornan desadaptativas cuando se asocian directamente con la evitación.

La supresión se puede definir como un esfuerzo de prescindir pensar en algo en particular e implica apartar intencionalmente un pensamiento de la atención (Wegner y Zanakos, 1994). De manera complementaria a esta definición, el fenómeno de la supresión abarca no sólo los pensamientos, sino también las emociones. Esto último es útil cuando las personas desean influir en la experiencia emocional en curso, inhibiéndola, pero tiende a resultar contraproducente, en tanto no proporciona un alivio a la experiencia de emociones negativas (Gross, 2002). Según Wegner y Zanakos (1994) la intención de suprimir un pensamiento da lugar a un esfuerzo consciente de búsqueda de distractores y simultáneamente se produce un monitoreo inconsciente del pensamiento indeseado, lo cual

irónicamente aumenta la accesibilidad y aparición del pensamiento o emoción en cuestión (Wegner y Zanakos, 1994).

Por último, son reconocidos los aportes de Nolen-Hoeksema et al. (2008) acerca de la rumiación. Según estos autores, consiste en una forma desadaptativa de autorreflexión, donde las personas responden a las emociones y sucesos negativos (errores, conflictos, fracasos, etc.) concentrándose de manera pasiva y repetitiva en su malestar y en las posibles causas y consecuencias de este. Lo problemático de esta estrategia reside en que interfiere en los procesos de resolución activa y efectiva de los problemas, prolonga el estado de ánimo negativo y se asocia con un progresivo empobrecimiento en el área social y vincular del sujeto. Asimismo, la rumia y sus consecuencias se relacionan de manera estrecha con el desarrollo y mantenimiento de psicopatologías, en especial la depresión (Nolen-Hoeksema et al., 2008).

En los apartados anteriores se comienza a vislumbrar la relevancia que cobra la regulación emocional, y en especial la utilización generalizada e inflexible de estrategias desadaptativas, a la hora de pensar en los factores que inciden en el desarrollo y mantenimiento de diversas psicopatologías y de los Trastornos Emocionales en concreto. Para profundizar en este aspecto cabe recordar que lo característico de estos trastornos reside en la experimentación frecuente e intensa de emociones displacenteras, acompañado de una valoración negativa de estas experiencias emocionales y la dedicación de esfuerzos para escapar o evitar las emociones (Bullis et al., 2019). Ya en la definición de estos trastornos se observa que tanto las dificultades en la intensidad, duración y tipo de emociones que experimenta una persona en su cotidianidad, así como también dificultades que emergen en el proceso regulatorio de estas, se encuentran en la base de muchos trastornos psicológicos, como pueden ser la depresión, ansiedad social, trastorno por estrés postraumático, entre otros (Gross y Jazaieri, 2014).

Es en este contexto que diversos autores han dedicado esfuerzos en el abordaje y comprensión de la regulación emocional desde el enfoque transdiagnóstico en Salud Mental que, tal como se desarrolló previamente, se interesa por descubrir las dimensiones en común que subyacen al desarrollo y mantenimiento de los trastornos mentales (Sandín et al., 2012). Siguiendo estos lineamientos, a partir de investigaciones recientes se ha llegado a la conclusión de que la regulación emocional consiste en un importante factor transdiagnóstico (Paredes-Rivera et al., 2021); en consecuencia, también adquieren relevancia las habilidades y estrategias regulatorias que emplean los sujetos (Berking et al., 2008).

En este orden de ideas, un estudio realizado por Aldao et al. (2016) indica que diferentes formas de regulación emocional disfuncionales se asocian directamente con el desarrollo de síntomas internalizantes y externalizantes de psicopatología, y ayudarían a explicar también la comorbilidad existente entre trastornos de cada dominio, mientras que en un estudio anterior Aldao et al. (2010) demostraban ya que, en general, la presencia de estrategias de regulación emocional desadaptativas resultan más perjudiciales en el desarrollo y mantenimiento de psicopatología que la relativa ausencia de habilidades adaptativas, como la aceptación y reevaluación. De esto se concluye que cada estrategia de regulación de emociones se asocia con la existencia de psicopatología general, aunque algunas de ellas ejercen una influencia mayor que otras. Por ejemplo, el efecto de la rumia sobre la psicopatología general es grande, mientras que el tamaño del efecto de la evitación y la supresión es mediano a grande (Aldao et al., 2010).

Por otro lado, al realizar un análisis de las relaciones de cada estrategia desadaptativa y psicopatología por separado emergen algunos patrones significativos. En primer lugar, se encontró que los trastornos depresivos se relacionan de manera significativa con la rumiación desadaptativa (Aldao et al., 2010; Hervás, 2011), con la evitación de los pensamientos y emociones (Aldao et al., 2010), e incluso con la supresión expresiva (Fernández-Álvarez et al., 2017).

En el caso de la ansiedad generalizada, también se evidencia una estrecha vinculación con la evitación (Aldao et al., 2010), así como también con la utilización desadaptativa de la distracción (Werner y Gross, 2010). Según Hervás (2011), la supresión emocional tiende a elevar los niveles de activación fisiológica de una persona, y en consecuencia, esta estrategia disfuncional, en combinación con otros factores situacionales como estrés continuado y situaciones traumáticas, podría estar en la base de la experimentación de intensa ansiedad en algunos pacientes.

Siguiendo con los trastornos de ansiedad, Fernández-Álvarez et al. (2017) muestra que las personas que padecen ansiedad social utilizan la supresión expresiva y la rumiación de un modo excesivo y en cambio subutilizan la reevaluación, entendida como una estrategia de regulación adaptativa. Por su parte, Jazaieri et al. (2015) resaltan el papel de la evitación en el desarrollo y mantenimiento de este trastorno, en tanto los sujetos tienden a considerar que la evitación funciona porque crea un alivio inmediato y a corto plazo del miedo y ansiedad que la situación genera. Sin embargo, a largo plazo se refuerza el patrón conductual desadaptativo de evitación.

En la base del trastorno de pánico con agorafobia se puede encontrar un uso excesivo de la distracción en situaciones probables de generar emociones displacenteras (Gross y Jazaieri, 2014). Asimismo, Hervás (2011) expone que varios estudios han demostrado que los pacientes con trastorno de pánico presentan una marcada tendencia a suprimir la experiencia emocional negativa. No obstante, estas investigaciones también apuntan que valerse de estrategias disfuncionales de regulación emocional, como la evitación y supresión, ante acontecimientos que producen alta intensidad emocional podría elevar el nivel de activación fisiológica y, por lo tanto, facilitar el comienzo de un ataque de pánico (Hervás, 2011).

Por otro lado, la distracción parecería ser común también en el trastorno por estrés postraumático, según es propuesto por Werner y Gross (2010). Los pensamientos, imágenes y recuerdos asociados a la situación traumática vivida, y la sintomatología persistente relacionada, pueden llevar a que la persona adopte la evitación como estrategia para prescindir de las intensas emociones experimentadas. En esta línea, investigaciones recientes han mostrado que la evitación da lugar a incluso una mayor gravedad de los síntomas postraumáticos (Hervás, 2011).

En relación al trastorno obsesivo compulsivo, en un estudio realizado por Stern et al. (2014) se encontró que los síntomas que experimentan las personas con este trastorno (obsesiones, comprobaciones, limpieza, orden, entre otros) se relacionan significativamente con una pobre comprensión de las propias emociones y una aprehensión generalizada ante la experimentación de emociones tanto negativas como positivas. En consecuencia, nuevamente ocurre que se establece y refuerza un ciclo de evitación de situaciones que evoquen emociones y el malestar consecuente. Con respecto a esto, un aporte realizado por estos autores es que proponen la posibilidad de que las compulsiones pueden entenderse como una manera de suprimir y evitar el malestar emocional generado por un pensamiento intrusivo (Stern et al., 2014).

Ahora bien, como se ha expuesto anteriormente, en el mantenimiento de los trastornos emocionales cobra a su vez gran relevancia el efecto contradictorio que provoca el uso excesivo de las estrategias regulatorias desadaptativas mencionadas, debido a que obstruyen las oportunidades de aprender sobre la capacidad propia para afrontar y recuperarse de las experiencias emocionales no deseadas. En este sentido, las estrategias disfuncionales sostienen el estado de ánimo negativo e intensifican la sensación de incontrolabilidad de las emociones (Bullis et al., 2019).



La consideración de la regulación emocional como un factor transdiagnóstico y la dedicación de esfuerzos en la comprensión de cómo influyen las estrategias adaptativas y desadaptativas en el inicio y curso de los trastornos psicológicos tiene importantes implicaciones en la prevención y diagnóstico de estos, así como también en la eficacia de las intervenciones (Berking et al., 2008; Paredes-Rivera et al., 2021). Por ejemplo, estos conocimientos pueden ayudar a desarrollar o perfeccionar tratamientos existentes para prevenir la aparición de trastornos, al detectar temprano en la vida de persona dificultades emocionales y de regulación de las emociones (Gross y Jazaieri, 2014). De la misma manera, y en especial con pacientes que presentan comorbilidades, hacer énfasis no solo en tratamientos específicos para un único trastorno, sino atender además al aprendizaje de habilidades de regulación emocional puede aumentar significativamente la eficacia y eficiencia de estas intervenciones (Berking et al., 2008).

En este sentido, existen variadas líneas de psicoterapia que abordan la regulación emocional, dentro de las cuales se destaca la terapia cognitiva conductual (TCC). A continuación, se desarrollan las características y objetivos principales que se proponen desde esta orientación y que resultan relevantes en la comprensión y abordaje de los trastornos emocionales.

## **5. Terapia Cognitivo Conductual**

La terapia cognitivo conductual es un enfoque de tratamiento estructurado, activo, directivo y con duración limitada en el tiempo (Beck, 1979), que tiene como uno de sus objetivos principales reducir el malestar emocional que experimentan las personas y potenciar comportamientos más adaptativos y funcionales. Más que una única modalidad de terapia, la TCC consiste en una familia de modelos que priorizan el trabajo colaborativo con el paciente en el establecimiento y consecución de objetivos terapéuticos (Beck, 1979; Keegan y Holas, 2010; Wenzel, 2017).

Aaron T. Beck, pionero de la Terapia Cognitiva y uno de los más importantes expositores de la TCC, propone que la teoría subyacente a este enfoque es que el afecto y comportamiento de una persona están influenciados en gran medida por la manera en que esta estructura su mundo a nivel cognitivo (Beck, 1979). En estrecha relación a esto, algunos de los postulados que sirven de base a este dispositivo psicoterapéutico son: 1) Los procesos cognitivos afectan el comportamiento de las personas; 2) La actividad cognitiva se puede controlar y modificar; 3) Trabajar en las cogniciones de las personas, es decir en sus pensamientos, interpretaciones y suposiciones, pueden producir importantes cambios en

sus acciones (Dobson y Dozois, 2001, como se citó en Keegan y Holas, 2010). Estas cogniciones desadaptativas que se mencionan incluyen creencias generales y/o esquemas sobre el yo, el mundo y el futuro, los cuales dan lugar en situaciones particulares a pensamientos automáticos, en general negativos (Hoffman et al., 2012) y, en consecuencia, se despliegan una serie de acciones desadaptativas y emociones intensas (Beck, 2011).

Ahora bien, detrás de las características y fundamentos de este dispositivo se evidencia una larga historia de desarrollo, compuesta tanto por momentos de marcadas discrepancias como también de articulación entre autores, teorías y prácticas. En este sentido, existe consenso general acerca de que la TCC como enfoque terapéutico surge y evoluciona a lo largo de tres etapas diferenciadas. La primera corresponde a los años 1950 a 1970, donde emerge la Terapia Conductual (TC) como la primera generación de psicoterapia con base científica. La TC constituye un riguroso modelo que busca explicar el comportamiento humano a partir del proceso estímulo-respuesta (Keegan y Holas, 2010). Por su parte, Chertock (2006) profundiza esta definición y entiende la terapia de la conducta como la aplicación del método científico y los principios teóricos del aprendizaje a la situación terapéutica. En este contexto, algunos de los autores que se destacan por haber ejercido una gran influencia en este modelo fueron Watson, Skinner, Wolpe y Bandura y Walters (Chertok, 2006).

Una segunda etapa de la TCC corresponde al auge de la Terapia Cognitiva, a finales de los años 60 y principios de los años 70, la cual surge de la investigación realizada por Aaron T. Beck acerca de la depresión, y que continuó adquiriendo reconocimiento con los aportes de Albert Ellis. Según Keegan y Holas (2010), la principal diferencia entre las terapias cognitivas y las conductuales reside en que las primeras se posicionan desde una perspectiva mediacional que prioriza el trabajo con las cogniciones que tienen lugar entre una situación y las conductas de las personas (Keegan y Holas, 2010).

El tercer momento corresponde a la articulación entre la Terapia Comportamental y Cognitiva, dando comienzo a la TCC. A finales de los años 70, y a partir de constatar que los conceptos cognitivos ampliaban la comprensión de la conducta patológica pero que por sí solos resultaban insuficientes, los psicólogos de ambas corrientes dedicaron esfuerzos en el abordaje de las problemas psicológicos desde esta perspectiva conjunta. Un aspecto interesante es que el auge de este enfoque se asoció a una creciente tendencia de investigación acerca de la eficacia de las intervenciones cognitivo-comportamentales, buscando y logrando comprobar su impacto positivo en la Salud Mental de las personas (Keegan y Holas, 2010).

Sin embargo, posterior a este momento de integración, alrededor de los años 90, surge una nueva perspectiva que se distancia en cierta medida de la tradicional TCC, al considerar que algunos de sus supuestos centrales no resultaban del todo convincentes. La llamada Tercera Ola de la TCC, en vez de sostener la necesidad de dedicar esfuerzos en lograr un cambio cognitivo directo en la persona, a partir de cuestionar activamente la validez de los pensamientos, coloca el énfasis en la adopción de una postura de aceptación, consciencia plena (mindfulness) y compasión frente a las experiencias internas. Dentro de estas nuevas direcciones se desarrollaron reconocidos abordajes, como la Terapia Dialéctica Comportamental, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena. Estas se caracterizan por implementar estrategias de reorientación de la atención, con el objetivo de ayudar al paciente a dejar de intentar modificar sus pensamientos y sentimientos, normalizando las experiencias desagradables y la presencia de sufrimiento (Keegan y Holas, 2010).

En otro orden de ideas, anteriormente se señaló el carácter activo, directivo y estructurado de la TCC, las cuales son características compartidas por los diversos abordajes incluidos en este enfoque. Tomando los aportes de Whitfield y Davidson (2018), se puede comprender que esto hace referencia a que tanto en el comienzo del proceso psicoterapéutico como al inicio de cada sesión se establecen entre paciente y profesional los temas y objetivos a trabajar, por lo cual el contenido de la consulta se planifica y estructura en función a lo acordado mutuamente. A partir de esto, el terapeuta dirige activamente la terapia, sugiriendo las tareas a realizar en casa y abordar en las sesiones, y también las estrategias que resultan pertinentes emplear según los objetivos terapéuticos. Esta constituye una característica fundamental de la TCC que la distingue de otras modalidades de psicoterapia y es, por supuesto, posible sobre la base de un previo proceso de construcción de la alianza terapéutica y un vínculo de confianza que permite esta forma de abordaje.

Siguiendo en esta línea, también se hizo mención del interés por parte de la TCC de comprobar la eficacia de sus intervenciones. En este sentido, uno de los más grandes atractivos de este enfoque es su énfasis en poner a prueba la validez de sus postulados teóricos y la efectividad de su accionar clínico a través de métodos empíricos (Reinecke y Clark, 2004, como se citó en Keegan y Holas, 2010). Es así que autores como Hoffman et al. (2012) han dedicado esfuerzos en realizar investigaciones que confirmen la eficacia de la TCC. Para esto, en una investigación, los autores identificaron 269 estudios, de los cuales revisaron una muestra representativa de 106 de ellos, que abordaban la eficacia de este enfoque para una gran variedad de problemas psicológicos, incluyendo los trastornos

emocionales. Las conclusiones a las que se arribaron demuestran que en general la base empírica que respalda este modelo terapéutico es sólida y abundante, especialmente para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Hoffman et al., 2012).

Por otro lado, y tal como se aludió anteriormente, la TCC como enfoque agrupa un conjunto de modelos terapéuticos que se guían por los postulados y objetivos mencionados. Dentro de ellos se pueden destacar la Terapia Cognitiva de Beck, la Terapia Racional Emotivo-Conductual de Ellis, el Entrenamiento Autoinstrutivo, la Terapia de Resolución de Problemas, la Terapia de Autocontrol, la Psicoterapia Constructiva y Estructural, entre otras (Keegan y Holas, 2010).

Con relación a esto, se ha mencionado ya que dentro de las terapias que pueden ser incluidas bajo el término cognitivo-comportamental, una de las más reconocidas es la formulada por Aaron T Beck. En este contexto, y atendiendo nuevamente a los trastornos emocionales, cabe preguntarse cuál es el lugar e importancia que cobran las emociones en este modelo de tratamiento. Como se dejó entrever anteriormente, el modelo cognitivo plantea la hipótesis que las interpretaciones realizadas por los sujetos en el seno de una situación ejercen una significativa influencia tanto en las emociones como en los comportamientos de la persona. Es así que los sentimientos no emergen directamente como resultado del acontecimiento, sino que se ven determinados por las cogniciones (Beck, 1964; Beck, 1979; Beck, 2011). De esto se obtiene la conclusión que si se logra someter los pensamientos disfuncionales a una reflexión racional, se podrá regular las emociones experimentadas (Beck, 2011).

Siguiendo en esta línea, lo recién desarrollado cobra incluso mayor relevancia cuando recordamos que los pacientes con trastornos emocionales tienden a experimentar sus emociones de manera inadecuada y con una intensidad excesiva, y también que el principal objetivo de la TCC es aliviar los síntomas y reducir el estrés a partir de trabajar activamente en la modificación del pensamiento disfuncional. Para profundizar en esta cuestión, cabe destacar que este modelo terapéutico también dedica esfuerzos para incrementar las emociones adaptativas del paciente, a partir de considerar que el amplio rango de emociones tanto positivas como negativas cumplen un propósito funcional en nuestras vidas (Barlow et al., 2011; Beck, 2011).

Es así que en esta introducción a la Terapia Cognitiva Conductual se puede comprender la importancia que adquieren las emociones en este enfoque y el extenso trabajo que se realiza para favorecer una experiencia emocional más adaptativa. Esto sirve

como apertura al siguiente apartado, donde se intentará desarrollar en mayor profundidad la pertinencia de abordar los trastornos emocionales desde este modelo.

## **6. Abordajes de los Trastornos Emocionales desde la Terapia Cognitivo Conductual**

Llegados a este momento del trabajo, se ha desarrollado ya acerca de los trastornos emocionales, la influencia que la regulación emocional ejerce en estos y la terapia cognitivo conductual como modelo psicoterapéutico. Corresponde ahora pensar la pertinencia de abordar los mencionados problemas psicológicos desde este enfoque teórico-clínico en concreto.

En este sentido, en apartados anteriores, se ha hecho énfasis en la estrecha relación existente entre el empleo de diversas formas de regulación emocional desadaptativa, la relativa ausencia de utilización de estrategias adaptativas, y el desarrollo y mantenimiento de trastornos emocionales puros o comórbidos (Aldao et al., 2010; Aldao et al., 2016). Estas observaciones son las que han llevado a proponer la regulación emocional como un importante factor transdiagnóstico común a estos trastornos, y han servido de impulso para que múltiples autores dediquen esfuerzos en el diseño e implementación de modelos psicoterapéuticos, que colocan el énfasis en el trabajo con estas dificultades en la regulación emocional (Aldao et al., 2016; Paredes-Rivera et al., 2021).

Es así que existen numerosas investigaciones que abordan la eficacia de los tratamientos de corte cognitivo conductual para la disminución de síntomas psicológicos, por ejemplo, en relación al trastorno de ansiedad social. Jazaieri et al. (2015) exponen los resultados de un ensayo de control aleatorizado, que demostró que la reducción de creencias desadaptativas interpersonales, así como también el aumento de la autoeficacia en la reevaluación cognitiva y en la percepción positiva sobre uno mismo, que se logra a partir de realizar un proceso psicoterapéutico cognitivo conductual, actúan como factores mediadores que reducen la ansiedad social, y estos efectos se mantienen incluso un año después de terminado el tratamiento.

Por su parte, en un estudio realizado por Goldin et al. (2014), los autores obtuvieron similares resultados, encontrando que el abordaje de la ansiedad social desde la TCC producía cambios observables cada semana, a nivel de un aumento en la reevaluación cognitiva y una reducción de la supresión expresiva, que tuvieron como efecto la disminución de la gravedad de los síntomas experimentados. Los autores agregan que estos cambios se deben al énfasis que este enfoque terapéutico realiza sobre la conciencia

y expresión de las emociones y la reestructuración cognitiva, lo cual favorece la adquisición de habilidades de regulación emocional más adaptativas.

Por otro lado, y a partir de enfocar su interés en el trastorno de ansiedad generalizada, Mennin (2006) desarrolló un enfoque integrativo de psicoterapia cognitiva conductual, al cual denominó Terapia de Regulación Emocional, y que se centra en el entrenamiento de habilidades relacionadas con la regulación adaptativa de las emociones. Este abordaje tiene su fundamento en el modelo de desregulación emocional para el TAG, desarrollado por este mismo autor, desde el cual se propone que debido a que las personas con este trastorno experimentan un elevado nivel de intensidad emocional y dificultad de comprensión de las emociones, tienden a reaccionar negativamente frente a sus emociones y presentan dificultades en regular los estados de ánimo resultantes. Debido a esto, y en la búsqueda de gestionar sus experiencias emocionales percibidas de forma aversiva, recurren a un conjunto de métodos desadaptativos incluyendo, entre otros, la preocupación.

Es en base a este modelo teórico recién desarrollado que se formularon los siguientes objetivos para esta modalidad de terapia:

(...) que las personas con TAG sean más capaces de (1) identificar, diferenciar y describir sus emociones; (2) aumentar tanto la aceptación de la experiencia afectiva como la capacidad de gestionar adaptativamente las emociones cuando sea necesario; (3) disminuir el uso de la preocupación y otras estrategias de evitación emocional; (4) aumentar la capacidad de utilizar información emocional para identificar necesidades, tomar decisiones, guiar el pensamiento, motivar el comportamiento y gestionar las relaciones interpersonales y otras demandas contextuales (Mennin et al., 2006, p.100).

Es en función de estos objetivos que se procede a organizar el proceso psicoterapéutico en varias fases, siendo que cada una se asocia a un tema determinado. Una primera fase de esta terapia se centra en la psicoeducación sobre el TAG y la naturaleza de las emociones en las diversas situaciones. En etapas posteriores, los temas centrales abordados corresponden al desarrollo de habilidades de conciencia somática, regulación de emociones y la aplicación de estos aprendizajes durante la exposición a temas emocionalmente evocadores (Mennin et al., 2006).

Desde otra perspectiva, que busca atender al amplio conjunto de los trastornos emocionales, considerando también a la regulación emocional como el factor central, se

encuentra el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU) (Barlow et al., 2011). La publicación de este protocolo constituyó un importante avance en el abordaje de los TE y colocó el interés en la perspectiva transdiagnóstica, al proporcionar un modelo teórico novedoso, contemporáneo, y con una clara aplicación clínica (Norton y Paulus, 2015).

Asentado sobre los principios tradicionales de la corriente cognitivo conductual, pero prestando atención a los puntos de interacción entre los trastornos depresivos y de ansiedad, más que las diferencias, Barlow y colaboradores colocaron su interés en favorecer la tolerancia y prevenir la evitación de las experiencias emocionales displacenteras, desviando así el foco que mantiene la TCC en las situaciones específicas donde emergen estas emociones (Norton y Paulus, 2015).

A resumidas cuentas, este enfoque consiste en un tratamiento transdiagnóstico basado en evidencia, donde las estrategias e intervenciones utilizadas se consideran “unificadas”, en el sentido de que resultan eficaces para el abordaje de los diversos trastornos comprendidos en la categoría de emocionales, así sean puros, comórbidos e incluso aquellos no especificados. Siguiendo en esta línea, y en concordancia con lo recién mencionado, el protocolo unificado se desarrolla sobre la base de cuatro premisas fundamentales. La primera de estas refiere a la relevancia que adquiere la modificación de los hábitos de regulación emocional desadaptativos, en tanto contribuyen al mantenimiento de los síntomas. Ayudar a los pacientes a reducir la intensidad de la experiencia emocional negativa, aprender a afrontar las emociones incómodas, y practicar una conciencia emocional centrada en el presente, son algunos de los objetivos relacionados a este primer punto (Barlow et al., 2011).

Un segundo pilar del PU consiste en favorecer la reevaluación de las interpretaciones negativas y ansiosas, que surgen como respuesta a la percepción de una posible amenaza interna y/o externa. Dos errores de pensamientos que suelen tener las personas con TE son sobreestimar la probabilidad de que ocurran los sucesos negativos temidos y, por otro lado, catastrofizar estos sucesos, es decir, exagerar sus consecuencias. A diferencia de otras terapias, aquí el énfasis no está en la asunción de interpretaciones más adaptativas o realistas de las situaciones, sino en aumentar la flexibilidad cognitiva, en tanto estos pensamientos se tornan problemáticos por su rigidez y aparición de manera automática e indiscriminada en distintos momentos y contextos (Barlow et al., 2011).

En tercer lugar, y estrechamente relacionado con la modificación de comportamientos desadaptativos, el PU considera importante dedicar esfuerzos en identificar y cambiar las llamadas conductas impulsadas por la emoción (CIE). A lo largo de sus vidas las personas aprenden que la realización de ciertas acciones eliminan o reducen a corto plazo la intensidad de un estímulo aversivo, pero, sin embargo, estas conductas pueden a largo plazo contribuir a mantener e incluso aumentar el malestar experimentado (Barlow et al., 2011).

La cuarta y última premisa que sostiene este tratamiento consiste en trabajar en aumentar la conciencia y tolerancia frente a las sensaciones físicas. Estas, comúnmente asociadas a la ansiedad y el estrés, constituyen un componente básico de las experiencias emocionales, y se encuentran también en estrecha relación de influencia con los pensamientos y conductas. Por ejemplo, dependiendo de la interpretación que la persona haga de sus sensaciones físicas, puede ocurrir que su respuesta emocional sea intensa y desproporcionada. Es así que una estrategia utilizada en el marco de la terapia puede ser la inducción de síntomas, diseñada para aumentar la capacidad de soportar estas sensaciones y reducir patrones de evitación (Barlow et al., 2011).

A lo largo del tratamiento se trabaja en función de estas premisas, hasta llegar a la fase final, correspondiente a la realización de ejercicios emocionales. En concordancia con la tendencia de las terapias cognitivo conductuales de valorar la exposición como una herramienta que favorece el cambio, en el PU se enfatiza que los pacientes se enfrenten de manera gradual a las situaciones emocionalmente aversivas, logrando de a poco reducir la utilización de conductas evitativas o de seguridad, y adoptando en cambio comportamientos adaptativos de aproximación (Barlow et al., 2011).

En su vertiente aplicada, estos pilares sirven de líneas organizadoras del proceso terapéutico. Es así que el PU se compone de cinco módulos principales y otros tres secundarios, que son aplicados por el profesional de manera flexible, sin un orden o duración pre-fijados (Norton y Paulus, 2015). Los módulos principales corresponden a: (1) Conciencia de la emoción centrada en el presente; (2) Flexibilidad Cognitiva; (3) Evitación emocional y las CIE; (4) Conocimiento y tolerancia de las sensaciones físicas y, (5) Exposición Interoceptiva y a las emociones. Por su parte, los tres módulos secundarios están centrados en mejorar la motivación y el compromiso con el tratamiento; entender la naturaleza de las emociones y, por último, prevenir posibles recaídas (Barlow et al., 2011).



El módulo de entrenamiento en conciencia emocional tiene como uno de sus objetivos principales favorecer que los pacientes puedan identificar la manera en que responden a sus emociones y entrenen sus habilidades de conciencia centrada en el presente. A través de ejercicios de mindfulness e inducción de emociones, se busca poner en práctica la observación objetiva, sin juzgar, de los pensamientos, sensaciones y emociones experimentadas.

En el módulo de reevaluación cognitiva, se emplean técnicas como la flecha hacia abajo, con el propósito de identificar las interpretaciones automáticas, en general negativas, que el paciente realiza y evalúa como verdaderas, sin cuestionamiento alguno. Estos errores de pensamiento tienen como consecuencia la activación de emociones displacenteras y conductas desadaptativas, e impiden la consideración de otras interpretaciones posibles, más ajustadas al contexto. Aprender a dar lugar a pensamientos más realistas y basados en evidencia facilita la regulación emocional. En este contexto, frente a una situación donde emergen emociones negativas y sensaciones físicas, el paciente puede recurrir a la técnica de la flecha hacia abajo y realizarse preguntas del tipo: ¿qué estaba pensando en ese momento? ¿qué quiere decir esto sobre mí? ¿por qué esto es importante para mí? ¿qué pasaría si esto fuera verdad? Esta serie de preguntas ayudan a identificar las evaluaciones automáticas desadaptativas, y favorecen la consideración de otras interpretaciones posibles e incluso más realistas de la situación (Barlow et al., 2011).

Siguiendo en esta línea, y tal como se ha evidenciado en apartados anteriores, ocurre que con frecuencia las personas con TE acuden a estrategias de evitación de las emociones. Barlow et al. (2011) distingue tres tipos: conductas sutiles de evitación, evitación cognitiva y las conductas de seguridad. En este sentido, se sabe que el uso sostenido de la evitación contribuye a largo plazo al desarrollo y mantenimiento de las emociones negativas, si bien a corto plazo producen cierto alivio. A su vez, impiden que el paciente desafíe sus creencias disfuncionales acerca de las situaciones temidas. Frente a esto, el PU propone ejercicios de exposición emocional, en tanto favorecen la tolerancia de las emociones aversivas (Barlow et al., 2011).

De manera contraria a la evitación, las conductas impulsadas por la emoción hacen referencia a los comportamientos que emergen en respuesta a la experiencia emocional. Estas acciones, comúnmente adaptativas, pueden convertirse en perjudiciales dependiendo de la manera y el contexto en que son utilizadas. Algunos ejemplos pueden ser: aislamiento social, abandonar una situación social e hipervigilancia. En este módulo de terapia, el énfasis se coloca en la identificación de estas CIE y el aprendizaje de estrategias más

funcionales, como ejercicios de exposición, trabajar en permanecer en las situaciones desafiantes e intentar actuar de manera alternativa (Barlow et al., 2011).

Con respecto al módulo de tolerancia ante las sensaciones físicas, se mencionó previamente que el PU propone realizar ejercicios de inducción de síntomas y exposiciones repetidas. La evitación de estas sensaciones es frecuente, por ejemplo, en pacientes con trastorno de pánico, ya que tienden a producir angustia. Es así que ser consciente, aceptar y tolerar las diversas sensaciones físicas internas, resulta fundamental en el trabajo de regulación emocional. Con este objetivo, se procura que los ejercicios realizados activen sensaciones fuertes e intensas, para que el paciente pueda progresivamente aumentar la duración de la exposición y observar como disminuye su malestar (Barlow et al., 2011).

El último módulo hace referencia a la exposición emocional interoceptiva y situacional. De manera similar a lo recién explicado en relación a las sensaciones físicas, las exposiciones emocionales tienen como objetivo el aprendizaje de nuevas formas de enfrentar los estímulos internos (pensamientos, recuerdos, etc.) y externos (situaciones, sucesos), que pueden producir respuestas emocionales displacenteras. Estos ejercicios provocan la experiencia de intensas emociones, siendo que el profesional acompaña al paciente en el proceso gradual de generar tolerancia. En principio, resulta beneficioso llevar a cabo las exposiciones en el consultorio, para posteriormente trasladarlas al mundo real. En cualquiera de estos contextos, adquiere importancia que el paciente reciba refuerzos positivos por sus intentos de exposición y se subrayen sus logros (Barlow et al., 2011).

Para finalizar, es significativo mencionar el amplio respaldo científico que posee el PU, con estudios que demuestran su eficacia en el abordaje de trastornos emocionales. Por ejemplo, Lotfi et al. (2014) realizaron un ensayo clínico aleatorizado, a partir del cual se comprobó que la terapia transdiagnóstica basada en el PU disminuye los síntomas depresivos y de ansiedad, y mejora la calidad de vida en pacientes con estos trastornos. No solo esto, sino que estos procesos fueron más eficaces que la terapia cognitivo-conductual tradicional, en la disminución de los síntomas de ansiedad.

De manera similar, Farchione et al. (2012) dedicaron esfuerzos en conocer la eficacia del PU como tratamiento transdiagnóstico para los diversos trastornos de ansiedad, a partir de realizar un ensayo aleatorio que comparó los efectos de este abordaje con pacientes asignados a una lista de espera. El tratamiento basado en el PU redujo de forma significativa la gravedad de los síntomas de los trastornos, así como también logró disminuir el deterioro funcional de la persona. Un aspecto a resaltar es que, una vez finalizado el

tratamiento, casi la mitad de los pacientes ya no cumplían los criterios para ningún diagnóstico clínico y, además, los pacientes continuaron mostrando mejoras incluso 6 meses después de la finalización del tratamiento, respaldando así la durabilidad de los efectos del abordaje en el tiempo.

Por su parte, Carlucci et al. (2021) llevaron a cabo una revisión sistemática e integral de 60 estudios realizados acerca del PU, con el objetivo de evaluar si este abordaje produce cambios significativos en la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión. Los resultados obtenidos respaldan la eficacia del Protocolo Unificado, llegando así a la conclusión de que representa un destacado tratamiento para los trastornos mentales comórbidos.

## **7. Reflexiones finales**

A lo largo de este trabajo se tuvo como objetivo acercarse a la comprensión de los llamados trastornos emocionales, a partir de constatar la alta prevalencia de estos problemas psicológicos en la población mundial (OMS, 2022), y la necesidad de pensar intervenciones clínicas eficaces en la disminución del sufrimiento psíquico. Estos trastornos, en tanto se caracterizan por la vivencia frecuente e intensa de emociones negativas, tienen un significativo impacto en la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de las personas afectadas. En esta línea, se observa asimismo el elevado porcentaje de personas que presentan simultáneamente sintomatología asociada a más de un trastorno, a lo que anteriormente nos referimos con el término comorbilidad (Hernández-Guzmán et al., 2019).

Esta elevada prevalencia de trastornos emocionales, en particular depresivos y ansiosos, llama la atención sobre la necesidad de dedicar mayores esfuerzos para comprender los factores etiológicos y de mantenimiento de estos problemas. En este contexto, el Modelo Modal de Gross y Thompson (2007), y el Modelo de Proceso de la Regulación Emocional, propuesto por Gross (1998), posibilitan un entendimiento integral del proceso de generación y regulación de las emociones. Estas conceptualizaciones teóricas tienen importantes implicaciones en las intervenciones clínicas, en tanto ayudan a esclarecer los mecanismos subyacentes a los TE y pensar líneas de accionar terapéutico, que permitan disminuir la intensidad emocional y las respuestas desadaptativas. Asimismo, estos conocimientos posibilitan colocar el énfasis en la prevención de estos problemas, revelando la importancia de incentivar el aprendizaje y adquisición de estrategias de ajuste emocional adaptativo.

Es bajo este panorama de complejidad, sumado a las conocidas deficiencias del modelo categorial de diagnóstico, relacionado a las notorias dificultades que presenta en el abordaje pertinente de los trastornos mentales, que cobra relevancia la asunción de una mirada dimensional e integral de estos trastornos. La perspectiva transdiagnóstica en Salud Mental permitió en este trabajo atender a los elementos en común que subyacen el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología. Es así que, en vez de mirar a, por ejemplo, los trastornos depresivos según la configuración aislada de síntomas pautados según el DSM, se buscó colocar el énfasis en las dimensiones cognitivo-conductuales, interpersonales y biológicas que pueden ayudar a explicar su ocurrencia.

Al respecto, si bien existen numerosos e importantes factores comunes a estos trastornos, como pueden ser: el afecto negativo, el pensamiento negativo recurrente, neuroticismo, entre otros (Pérez y Bello, 2017), en este trabajo se prestó especial importancia a la regulación emocional, entendida como el proceso mediante el cual las personas pueden influenciar las emociones que experimentan, en qué momento y cómo las expresan (Gross, 1998). Como quedó en evidencia, son diversos los autores y estudios que comprueban la estrecha relación entre las estrategias desadaptativas de regulación emocional y el desarrollo y mantenimiento de diversas psicopatologías. Más aún, estudios como los realizados por Aldao et al. (2010) demuestran patrones significativos entre cada estrategia desadaptativa (evitación, supresión, rumiación y distracción) y determinados trastornos. En cambio, habilidades más funcionales, como la aceptación y la reevaluación, favorecen la realización de un efectivo despliegue regulatorio e inhiben respuestas desadaptativas y desproporcionadas al contexto (Aldao et al., 2010; Vizioli, 2022).

Siguiendo en esta línea, en este trabajo se buscó también conocer y mostrar la pertinencia de abordar los trastornos emocionales desde los dispositivos cognitivo conductuales. Tal como se mencionó anteriormente, los esfuerzos por comprender los mecanismos de desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, tienen como uno de sus resultados más importantes el diseño de intervenciones clínicas que puedan tratar de manera eficiente el malestar de la persona afectada. La TCC es reconocida por su carácter activo, directivo (Beck, 1979) y por consistir en una gran familia de modelos que comparten un conjunto de postulados teórico - prácticos (Keegan y Holas, 2010). Una de las características fundamentales de este enfoque, y que explica en parte el interés de abordar los TE desde esta perspectiva, es la relevancia que presta a la investigación acerca de la eficacia de sus intervenciones, buscando comprobar su impacto positivo en la Salud Mental de las personas (Keegan y Holas, 2010). Por ejemplo, se destacaron los aportes de autores como Goldin et al. (2014), quienes constataron que el énfasis que este enfoque terapéutico

realiza sobre la conciencia y expresión de las emociones y la reestructuración cognitiva, ayuda a reducir la utilización de estrategias desadaptativas de regulación emocional, y en consecuencia disminuye la gravedad de los síntomas experimentados.

Estas consideraciones fundamentan el énfasis que se realizó en los abordajes propuestos por Mennin (2006) y Barlow et al. (2011). Tanto la Terapia de Regulación Emocional como el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales, constituyen intervenciones psicoterapéuticas de corte cognitivo conductual, basados en evidencia científica, que centran su atención en la modificación de los hábitos de regulación emocional desadaptativos. La psicoeducación, el desarrollo de habilidades de conciencia emocional y somática, y los ejercicios de exposición, son algunos de los ejes temáticos compartidos por ambos enfoques, que contribuyen significativamente en la disminución de los síntomas psicopatológicos (Mennin, 2006; Barlow et al., 2011). Es así que, queda en evidencia la pertinencia de abordar los trastornos considerados emocionales desde modelos cognitivos conductuales, centrados en la regulación emocional como factor transdiagnóstico.

No obstante, cabe destacar que el PU fue diseñado como un dispositivo de terapia individual. Al respecto, se mencionó anteriormente que una de las importantes ventajas del enfoque transdiagnóstico consiste en la posibilidad de desarrollar tratamientos eficaces en modalidad grupal, que disminuyan problemas asociados a largas listas de espera y escasos recursos humanos para la atención satisfactoria en los servicios de Salud Mental. Si bien estas consideraciones exceden el propósito de este trabajo, resultaría interesante conocer si se han dedicado esfuerzos para expandir el ámbito de acción de este modelo, permitiendo abordar los diversos TE en, por ejemplo, grupos terapéuticos.

En cuanto a posibles limitaciones en el abordaje de estos trastornos en relación a la regulación emocional, se debe mencionar que en la búsqueda de bibliografía relevante para la monografía, se observó la predominancia de investigaciones y artículos que orientaban su atención a los trastornos de depresión, ansiedad social y ansiedad generalizada. Parecería evidenciarse una menor existencia de estudios dedicados a profundizar en la relación entre el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno de estrés postraumático y los procesos de regulación emocional. Si bien la depresión y ansiedad constituyen dos de los problemas psicológicos con mayor prevalencia, resulta indispensable continuar realizando intentos para acercarse a la comprensión integral de la manera en que las estrategias regulatorias desadaptativas, influyen en la aparición y mantenimiento de la totalidad de los TE.

A modo de cierre, se puede concluir que, el abordaje de los TE, ya sean puros, comórbidos o incluso aquellos comprendidos en la categoría de “no especificados”, dibuja un panorama de extensa complejidad, que no es pertinentemente reflejado en los actuales manuales diagnósticos. En la búsqueda de modelos de comprensión alternativos, se constata que, los enfoques cognitivo-conductuales centrados en el factor transdiagnóstico de regulación emocional, proponen valiosos lineamientos teóricos y clínicos, basados en evidencia, que son reconocidos por su eficacia en la disminución de la sintomatología. Lo que se ha desarrollado aquí sirve como impulso para continuar investigando los TE y las intervenciones apropiadas para su tratamiento.

## Referencias

- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & 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(4pt1), 927-946. <https://doi.org/10.1017/s0954579416000638>.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.a ed.). Panamericana.
- Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotions: Clarification, elaboration, and future directions. *Psychological Inquiry*, 2(1), 97-105. [https://doi.org/10.1207/s15327965pli0201\\_25](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0201_25).
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American psychologist*, 55(11), 1247-1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.11.1247>.
- Barlow, D. H. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso*. Editorial El Manual Moderno.
- Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C. Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. Manual del terapeuta y Manual del paciente*. Alianza Editorial.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, J. (2011). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Belloch Fuster, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones = Proposals for a transdiagnostic perspective of mental and behavioural disorders: Evidence, usefulness, and limitations. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11845>.

- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour research and therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Bullis, J. R., Boettcher, H. T., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology-science And Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>.
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>.
- Carver, C. S., Johnson, S. L., & Timpano, K. R. (2017). Toward a functional view of the p factor in psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 5(5), 880-889. <https://doi.org/10.1177/2167702617710037>.
- Caspi, A., Houts, R., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2013). The p Factor. *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>.
- Chertok, A. (2006). *Las Causas de Nuestra Conducta* (8.a ed.). Edición digital.
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorders: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72-145. <https://doi.org/10.1177/1529100617727266>.
- De los Santos, D.A. (2022). Regulación emocional y terapias psicológicas empíricamente apoyadas: Confluencias, complementariedades y divergencias. *Análisis y modificación de conducta*, 48(177), 35-72. <https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.5467>.
- Elliott, M., Romer, A. L., Knodt, A. R., & Hariri, A. R. (2018). A Connectome-wide Functional Signature of Transdiagnostic Risk for Mental Illness. *Biological Psychiatry*, 84(6), 452-459. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.012>.



- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., Gallagher, M. W., & Barlow, D. H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy, 43*(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>.
- Fernández-Álvarez, J., García, A. D., Robles, A. G., Arbona, C. B., & Palacios, A. G. (2017). La regulación emocional en los trastornos emocionales, una piedra nodal para los abordajes transdiagnósticos: una revisión de la literatura. *Ágora de Salud, IV*, 111-121. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2017.4.12>.
- Goldin, P. R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy, 56*, 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.02.005>.
- González Pando, D., Cernuda Martínez, J. A., Alonso Pérez, F., Beltrán García, P., Aparicio Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 38*(133), 145-166. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology, 2*(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281-291.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry, 26*(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840x.2014.940781>.
- Gross, J. J., & Feldman Barrett, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion review, 3*(1), 8-16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science, 2*(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.

- Harvey, A. G., Watkins, E., & Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press, USA.
- Hernández-Guzmán, L., Contreras-Valdez, J. A., & Freyre, M. Á. (2019). ¿Categorías o dimensiones? Hacia un tratamiento transdiagnóstico de la psicopatología alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(2), 232-245. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.2.561>.
- Hernández-Guzmán, L., del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011). La perspectiva dimensional de la psicopatología. *Revista mexicana de Psicología*, 28(2), 111-120.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 19(2), 347.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., ... & Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *American Journal of psychiatry*, 167(7), 748-751.
- Jazaieri, H., Morrison, A. S., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2015). The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current psychiatry reports*, 17, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0531-3>.
- Keegan, E., & Holas, P. (2010). Cognitive-behavioral therapy: Theory and practice. In R. A. Carlstedt (Ed.), *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine: Perspectives, practices, and research* (pp. 605–629). Springer Publishing Company.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology*, 126(4), 454. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>.
- Lotfi, M., Bakhtiyari, M., Asgharnezhad-Farid, A. A., & Amini, M. (2014). Comparison of the effect of transdiagnostic therapy and cognitive-behavior therapy on patients with

- emotional disorders: A randomized clinical trial. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*, 16(10), 15-18.
- Lynch, S. J., Sunderland, M., Newton, N. C., & Chapman, C. (2021). A systematic review of transdiagnostic risk and protective factors for general and specific psychopathology in young people. *Clinical psychology review*, 87, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102036>.
- Mennin, D. S. (2006). Emotion regulation therapy: An integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 95-105. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9012-2>.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.L., & Fresco, D.M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research, and Therapy*, 43, 1281–1310. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on psychological science*, 6(6), 589-609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>.
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2015). Toward a unified treatment for emotional disorders: update on the science and practice. *Behavior Therapy*, 47(6), 854-868. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.07.002>.
- OMS. (8 de junio de 2022). *Trastornos Mentales*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es>.
- Paredes-Rivera, A., Coria-Palomino, G. F., Marcos-Lescano, A. Y., & Sedano-Alejandro, S. (2021). La regulación emocional como categoría transdiagnóstica a través de los problemas clínicos: un estudio narrativo. *Interacciones*, 7, e223. <https://doi.org/10.24016/2021.v7.223>.
- Pérez, O. G., & Bello, N. C. (2017). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 8(1), 96-117.

- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior therapy*, 48(1), 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>.
- Scott, J., & Henry, C. (2017). Clinical staging models: from general medicine to mental disorders. *BJPsych Advances*, 23(5), 292-299. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.116.016436>.
- Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M., & Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 109-114. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.02.005>.
- Vilar, A., Pérez-Sola, V., Blasco, M. J., Pérez-Gallo, E., Coma, L. B., Vila, S. B., ... & Forero, C. G. (2019). Investigación traslacional en psiquiatría: el marco Research Domain Criteria (RDoC). *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(3), 187-195. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.04.002>.
- Vizioli, N. A. (2022). Psychotherapy for emotional regulation from transdiagnostic approach: a review of randomized clinical trials. *Psicogente*, 25(47), 23-41. <https://doi.org/10.17081/psico.25.47.4895>.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of personality*, 62(4), 615-640. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x>.
- Wenzel, A. (2017). Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*, 40(4), 597-609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). The Guilford Press.

Whitfield, G., & Davidson, A. (2018). *Cognitive behavioural therapy explained*. CRC Press.

Wolgast, M., & Lundh, L. G. (2017). Is distraction an adaptive or maladaptive strategy for emotion regulation? A person-oriented approach. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(1), 117-127. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9570-x>.

World Health Organization. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana.