



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

ALGORITMO GENERAL DIRIGIDO A LA REGULACIÓN
EMOCIONAL PARA EL TRATAMIENTO Y LA PREVENCIÓN
DE PROBLEMAS INTERIORIZADOS EN POBLACIÓN
INFANTIL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

VIRIDIANA JOSELINE MONTEALEGRE ROJAS

JURADO DE EXAMEN

Directora: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

Asesor: DR. JUAN JIMÉNEZ FLORES

Tutora adjunta: DRA. GABRIELA ORDAZ VILLEGAS

Sinodales: DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA
EGUIARTE

DR. JOSÉ MANUEL GARCÍA CORTÉS



CIUDAD DE MÉXICO

MARZO 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos institucionales

Mi desarrollo académico y profesional fue posible gracias a la UNAM. Es un honor ser egresada de la máxima casa de estudios y llevar como estandarte las excelentes herramientas adquiridas a lo largo de mi formación. Gracias UNAM por ser mi hogar desde que ingresé a la ENP9. Gracias por ser semillero de talentos.

Gracias a la Dra. Laura Hernández Guzmán y a la UNAM por la oportunidad de participar, primero, como becaria en el proyecto IN305814 “El papel de la regulación emocional en la psicopatología infanto-juvenil” y después, por poder colaborar directamente en la logística y desarrollo del proyecto IN304016 “El papel de la emoción en la terapia cognitivo-conductual: Hacia el tratamiento transdiagnóstico de la ansiedad y depresión”, del cual se derivó esta tesis. Ambos financiados por la Dirección General de Asuntos del Personal Académico (DGAPA) por medio del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT).

Además, expreso mi gratitud al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el estímulo económico recibido por medio del Sistema Nacional de Investigadores, como Ayudante de Investigador Nacional Nivel III, durante dos periodos.

Finalmente, agradezco a la FES Zaragoza la tenacidad y excelencia con la que se fomenta en los alumnos la práctica profesional y el servicio a la comunidad. Gracias FESZ por ser luz de esperanza en una zona vulnerable.

Dedico este trabajo a mis padres y hermanas.

Son la estrella polar de mi cielo.

Con ustedes siempre encontraré el camino correcto.

¡Gracias por su amor y por todas las aventuras compartidas!



Agradecimientos especiales

A Dios, por brindarme las herramientas necesarias y rodearme de las personas indicadas para lograr esta meta.

A mi mami por apoyarme incondicionalmente y enseñarme que el amor es el motor de nuestras vidas.

A mi papi por ser tan paciente conmigo e infundir en mí la convicción por la justicia.

A ambos por inculcarme el amor por el estudio y creer en mí. Los amo con la fuerza de los mares, con el ímpetu del viento, en la distancia y en el tiempo...

A mis hermanas que son mi vida y mi motivo. Porque sus sonrisas son mi combustible y los momentos a su lado son lo más preciado que tengo.

Lis, gracias por ser ejemplo de fortaleza y sensibilidad al mismo tiempo. Tu habilidad para disfrutar la vida es increíble. Te amo infinitamente.

Pao, gracias por tu alegría y amor incondicional. Tu corazón es el más grande y bonito de todos. Te amo por siempre.

A mis abuelitos (†), Arturo y Lupita, porque gracias a ellos el mundo de los libros se volvió mi refugio y mi tesoro más preciado. Además, desde donde estén, sé que se sienten felices por mí.

A mi abu Pepe por sus consejos, su fuerza y las sonrisas compartidas (†). Y a mi abuelita Reyna (†) por su entereza y sus múltiples enseñanzas.

A Erik por ser mi cómplice en todo momento. También, por sacarme a flote cuando me creía sin fuerza. Te amo, eres el mejor.

A Kenita por ser la mejor amiga del mundo y, posiblemente, del universo. Te amo hermana.

A Santi, por las largas charlas para explicarte en qué consiste una tesis, a modo de brindarte motivación para tus estudios. Gracias hermanito por decir las palabras de aliento precisas cuando lo requería. Gracias por platicar conmigo de todos los temas posibles y enseñarme cosas nuevas siempre. Te amo.

A Elena y Angie porque nuestra amistad ha sido pilar fundamental de mi bienestar. No dejemos de ser siempre tres.

A Alo, por estar conmigo en los momentos más difíciles y por hacerme reír siempre. ¡No sabes cuánto valoro nuestra amistad, Alo!

A Julio Rivera, porque a pesar de la distancia, el tiempo y la diferencia de nuestras carreras hemos logrado seguir trabajando juntos en el ámbito académico y en nuestra amistad.

A Alejandro, Alan, Erik Alejandro y Daniela por brindarme siempre buenos momentos. Mi familia adoptiva ¿o adoptada?

A Karina, por vencer juntas las barreras del tiempo y la distancia.

A todo el equipo del laboratorio de Psicopatología Infantil y Juvenil. ¡Wow! Tantos que hemos pasado por ahí, todos tan diferentes y tan apreciados para mí. Ale Zamudio, Jonathan y Chabe, Seigy, Migue, Williams, Dani, Bren, el otro Jonathan, Alex Rodhui, Julia, Daya, Paola, Suriel, Alain y Héctor: Gracias a todos por las aventuras, las risas y la experiencia de construir juntos el conocimiento. Ustedes son la prueba de que ¡Sí existe el trabajo en equipo!

A José Alfredo, especialmente, porque gracias a su puntual asesoría la escritura de este trabajo fue más fácil. Además, porque lo admiro y fue un gran privilegio contar con su apoyo y amistad en este proceso. ¡Eres genial, José!

A la Dra. Laura por su confianza, porque sé que el trabajo a su lado y la formación que me brindó es inigualable e invaluable.

Al Dr. Juan Jiménez por confiar en mí y enseñarme que la investigación es lo más bello del mundo académico. Además, gracias Juan por entusiasmar a tus alumnos con innovadores proyectos e ideas. Por ser mi mentor en la FES Zaragoza y por conectarme con personas geniales como Lili, Javier, Marianita, Marianota, Karen, Angie, Normita, Ivanna, Axel y todo el equipo.

A la Dra. Gabriela porque es ejemplo de que la alegría y el conocimiento quedan muy bien cuando van de la mano.

Al Dr. José Manuel, por su cálida forma de abrir mi mente a nuevos panoramas y perspectivas, por buscar el bien de la investigación y por apoyarme con sus consejos y orientación.

A la Dra. Blanca, por su puntual interés y apoyo en este proyecto.

Al Mtro. Sergio y la Mtra. Laura, porque sus enseñanzas y su cariño fue fundamental en mi formación como profesional de la Psicología.

A Isaac porque su inteligencia y perspectiva siempre han sido guía de mi camino. Tu amistad es INNNcomparable.

A Héctor, porque, desde la prepa, sus palabras siempre me provocan incontables sonrisas.

A Gris, Dieguín y Pepe, porque su compañía en este proceso y en la vida es felicidad para mi corazón. Los amo.

A mis tíos Moi, Hilda, Marta, Luis y Hugo, por su cariño y ánimo para mi vida. Y a mis primos Hugo, Jany, Diego, David, Lalo e Itzel por su apoyo en los buenos y malos momentos. Los quiero mucho, mucho.

A Viri, Edwin, Cristian, Yus, Ángel, Abrilz, Judá, Ludving, Rubén, Julio Rangel y Vane por estar siempre al pie del cañón. Son increíbles.

Índice

Resumen.....	9
Introducción.....	11
Capítulo 1. Regulación emocional.....	16
1.1 La psicopatología del desarrollo.....	16
1.2 El constructo regulación emocional.....	18
1.3 Desarrollo de la regulación emocional	20
1.4 Afecto medular.....	23
1.5 Emociones	26
1.6 El modelo de las emociones construidas	27
1.7 El modelo de proceso de Gross.....	31
Capítulo 2. Psicopatología interiorizada	38
2.1 Etiología de los problemas interiorizados.....	38
2.2 Los problemas interiorizados: ansiedad/depresión	43
2.3 La investigación sobre la dimensionalidad de los problemas interiorizados	50
2.4 Implicaciones para el diagnóstico y el tratamiento	54
Capítulo 3. Lucidez plena.....	59
3.1 ¿Qué es la lucidez plena?.....	59
3.2 Intervenciones basadas en lucidez plena	63
3.3 Influencia de la lucidez plena en la atención y la regulación emocional.....	66
3.4 Lucidez plena en población infantil	70
Capítulo 4. Algoritmo dirigido a la regulación emocional para el tratamiento y prevención de problemas interiorizados en población infantil	77
4.1 Algoritmo.....	79
4.2 Evaluación	81
4.3 Psicoeducación.....	81
4.3.1 Distinción entre emociones, pensamientos y conductas.....	82
4.3.2 Reconocimiento de emociones.....	82
4.4 Reestructuración cognitiva.....	83
4.4.1 Relación emociones, pensamientos y conductas	83

4.4.2 Reinterpretación de situaciones asociadas con la emoción.....	84
4.4.3 Corrección sesgo atencional.....	85
4.5 Modulación emocional	86
4.5.1 Acercamiento	87
4.5.2 Aceptación emocional.....	88
4.5.3 Generación afecto positivo	90
4.5.4 Autoeficacia y reconocimiento de cualidades	90
4.5.6 Inoculación ante el fracaso y prevención de recaídas	90
Capítulo 5. Conclusiones	92
Referencias	95

Resumen

La regulación emocional deficiente se ha convertido en el componente medular de diversos tratamientos psicológicos debido al papel que desempeña en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología interiorizada (Bai y Repetti, 2017; Chorpita y Daleiden, 2002; Gilbert, 2012). Se sabe que la vía esencial para prevenir y tratar dichos problemas es la promoción de competencias como la regulación emocional desde edades tempranas (Hatzenbuehler, McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2008).

Por ello en este estudio se realizó una revisión de literatura de investigación que apoya teorías principales como la psicopatología del desarrollo (Cicchetti, 1984; Leve y Cicchetti 2016), el modelo de las emociones construidas (Barret, 2017a; 2017b), el modelo de proceso de Gross (Gross, 2001, 2015), la perspectiva dimensional de la psicopatología y la teoría de la triple vulnerabilidad (Barlow, 2000), para fundamentar la propuesta de un algoritmo general dirigido a la regulación emocional (RE) en población infantil.

El algoritmo se conforma por tres fases: psicoeducación, reestructuración cognitiva y modulación emocional. Se desglosan sus componentes específicos y se describen las técnicas cognitivo conductuales que lo conforman. Sin embargo, las investigaciones futuras deberán someterlo a prueba y determinar empíricamente su eficacia.

Palabras clave: afecto, cognitivo-conductual, emociones, niños, psicopatología.

Abstract

Deficits in emotional regulation have become the medular component of varied psychologic treatments due their central role in the development and maintenance of the internalizing psychopathology (Bai y Repetti, 2017; Chorpita y Daleiden, 2002; Gilbert, 2012). It's known that the essential way for the prevention and treatment of internalizing psychopathology it's the promotion to the competences like emotional regulation since early ages (Hatzenbuehler, McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2008).

Thus, in this study a review of research literature was carried out that supports main theories such as the developmental psychopathology (Cicchetti, 1984; Leve y Cicchetti 2016), the theory of constructed emotion (Barret, 2017a; 2017b), the modal model of emotion regulation (Gross, 2001, 2015), the dimensional perspective of psychopathology and the triple vulnerability theory (Barlow, 2000), for support the proposal of a general algorithm aimed to emotional regulation in children.

The algorithm consists of three phases: psychoeducation, cognitive reappraisal and emotional modulation. Its specific components are explained, and the cognitive behavioural techniques that comprised it are described. However, future research should test it and empirically determine its effectiveness.

Key words: affect, cognitive-behavioural, emotions, children, psychopathology.

Introducción

Debido a que en múltiples estudios se ha encontrado que la regulación emocional (RE) deficiente predice diversos tipos de psicopatología, tales como el consumo de sustancias (Fox, Hong y Sinha, 2008), las autolesiones (Gratz y Tull, 2010), el incremento en los problemas cardíacos (Silva, 2005; Hilt, Hanson y Pollak, 2011), una menor capacidad para afrontar situaciones de estrés (Tull, Barrett, McMillan y Roemer, 2007) y la disminución de interacciones sanas con otras personas (Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo, 2008), se la considera como una meta de tratamiento psicológico (Bai y Repetti, 2017). Dentro de todos los problemas con los que se asocia la regulación emocional deficiente tanto de emociones positivas como negativas, es creciente el número de investigaciones que concluyen que está implicada en la psicopatología interiorizada (Barlow, Allen, y Choate, 2004; Chorpita y Daleiden, 2002; Gilbert, 2012).

Por ello el propósito de la presente tesis fue realizar una investigación de la literatura científica relacionada con la regulación emocional que permitiera apoyar la elaboración de un algoritmo general, dirigido a la RE, para el tratamiento y la prevención de problemas interiorizados. El algoritmo es aplicable a diversas poblaciones, contextos y modalidades, sin embargo se sabe que una de las vías más importantes para prevenir y tratar los problemas interiorizados es la educación emocional que favorece la formación de competencias como las de RE desde edades tempranas (Hatzenbuehler, McLaughlin y Nolen-Hoeksema, 2008), por lo cual en esta tesis se hace énfasis en la población infantil.

Para dicho propósito, el primer capítulo de este trabajo se enfoca en responder la pregunta ¿cuál es el papel de la regulación emocional en el desarrollo de los problemas interiorizados? Para este fin es útil el abordaje desde la perspectiva del desarrollo, la que permite entender la psicopatología como un desenlace producto de la interacción de diversos niveles de análisis y funcionamiento involucrados en el desarrollo del individuo (Rutter, 2013). Esta perspectiva resalta la importancia de explicar los problemas interiorizados desde su origen, por lo que se define la regulación emocional y su desarrollo, así como el afecto medular que es un componente esencial de la emoción (Russell, 2003; 2017). Además se explica el papel que éste desempeña en las emociones y se resalta su función dentro de un modelo teórico contemporáneo que logra sortear las limitaciones del paradigma tradicional de las emociones. Es denominado modelo de las emociones construidas (Barret, 2017a; 2017b) y explica que las emociones son una serie de respuestas que permiten tener reacciones adaptativas ante diversas situaciones. Dicha definición atiende la importancia de la RE como mecanismo fundamental que permite que esas respuestas sean adecuadas y funcionales.

Después se presenta el modelo de proceso de Gross (2001, 2015), el cual constituye una propuesta teórica respaldada por datos (Hu, Zhang y Wang, 2014) que actualmente son retomados por el modelo de las emociones construidas. Por último, se resalta a la RE como una competencia en la que influyen diversos factores y, que en los niños, el estudio del desarrollo normal y atípico de la RE se convierte en un tema prioritario (Eisenberg et al., 2001; Gross y Thompson, 2007), ya que una RE deficiente representa un factor de riesgo para el desarrollo de la psicopatología

tanto interiorizada como exteriorizada (Blair, Denham, Kochanoff y Whipple, 2004; Carthy, Horesh, Apter, Edge y Gross, 2010; Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig y Pinuelas, 1994; Eisenberg y Moore, 1997; Röll, Koglin y Petermann, 2012).

Este planteamiento dirige este trabajo hacia la pregunta que fundamenta el segundo capítulo: ¿qué es la psicopatología interiorizada y cuáles son las implicaciones para su tratamiento? La pregunta se responde exponiendo, en principio, la etiología de los problemas interiorizados y cómo se caracterizan. Además se aborda la definición de psicopatología interiorizada desde la perspectiva dimensional, la cual explica con mayor precisión su manifestación (Castellini et al., 2011; Regier, 2012; Rutter, 2003; Widiger y Samuel, 2005; Wildes y Marcus, 2013; Wilfley et al., 2007), ya que la conceptúa con base en datos de investigación (Achenbach, 1966).

Para comprender el desarrollo de los problemas interiorizados, la perspectiva dimensional también vislumbra al afecto negativo como factor común (Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Krueger y Markon, 2006; Watson y Tellegen, 1985), es por ello que se describe la teoría de la triple vulnerabilidad (Barlow y Campbell, 2000). Así se sustituye la visión clásica de categorías, cuyas limitantes dan cuenta de su carencia de validez, la comorbilidad, la cobertura inadecuada, los falsos positivos y negativos, la migración de diagnósticos y las categorías residuales (Agudelo, Buela-Casal y Spielberg, 2007; Barlow, Allen y Choate, 2004; Contreras-Valdez, 2017; Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáenz, 2014; Fairburn y Bohn, 2005; Hernández-Guzmán, 2012; Hernández-Guzmán et al., 2011; Jablensky, 2011; Krueger, Watson y Barlow, 2005; Sandín, Chorot, Valiente y Chorpita, 2010; Sandín, Chorot y

Valiente, 2012; Widiger y Samuel, 2005). Visión categórica caracterizada también por su escasa consideración a la diferencia entre la psicopatología adulta y la infantil debido a que soslaya las manifestaciones clínicas cambiantes a lo largo del desarrollo. Esta tesis revisa una serie de investigaciones que sustentan la dimensionalidad de los problemas interiorizados y se describen sus implicaciones para el tratamiento de los mismos, tal como la inclusión de la RE como componente principal y transdiagnóstico del tratamiento de estos síntomas.

En el tercer capítulo la temática principal es la lucidez plena, ya que se sugiere como uno de los medios que permite trabajar con la regulación emocional, utilizando técnicas de la terapia cognitivo conductual. La lucidez plena facilita el acceso a fenómenos encubiertos como son los procesos afectivos y cognitivos (Brown, Ryan y Creswell, 2007).

Se define a la lucidez plena como un proceso dinámico que permite saber, en primer lugar, cómo y hacia dónde enfocar la atención y, en segundo lugar, reconocer y vincular pensamientos, sentimientos, sensaciones y percepciones sin emitir juicios (Bishop, Duncan, Brett, y Lawrence, 2004; Kabat-Zinn, 1994; 2003; Kang, Gruber y Gray, 2013; Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006). Además se explica que su práctica se enseña sin referirse a las tradiciones místicas que la originaron y se resalta que su línea de investigación se considera un objetivo legítimo de la práctica clínica y de la investigación occidental (Dimidjian y Segal, 2015; Hayes y Wilson, 2003). En este sentido, se describen sus principales componentes, los cuales sustentan que la lucidez plena es un estado psicológicamente adaptativo (Kang, Gruber y Gray,

2013) que puede desarrollarse y mejorarse con entrenamiento (Schonert-Reichl et al., 2015). Calidad por la cual se incluyó en 1979 como elemento principal de los tratamientos psicológicos dirigidos al afecto y la experiencia. Estos tratamientos se conocen como tercera ola o tercera generación y pertenecen al enfoque conductual y cognitivo-conductual (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016; Yuan-Yuan et al., 2018). El objetivo de ellos se describe en términos del componente atencional y de la regulación emocional. Además, se presentan diversos estudios que dan cuenta, tanto de los resultados exitosos, como de las limitaciones del trabajo de las intervenciones que la utilizan con población infantil.

La integración de la literatura revisada en los capítulos descritos permite considerar a la RE como un componente clave en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología interiorizada, además de presentar a la lucidez plena como una herramienta útil en la prevención y tratamiento de la misma. Esto conduce a la presentación del cuarto capítulo que describe un algoritmo transdiagnóstico general de tratamiento conformado por tres fases: psicoeducación, reestructuración cognitiva y modulación emocional, las cuales se desglosan en pasos más específicos que recurren a las técnicas cognitivo conductuales.

Finalmente, se comentan algunas sugerencias para crear protocolos a partir del algoritmo presentado y se sugiere investigación futura para probar su eficacia.

Capítulo 1. Regulación emocional

1.1 La psicopatología del desarrollo

A lo largo de los años, uno de los principales objetos de estudio de la Psicología ha sido el desarrollo del ser humano. La concepción antigua de las teorías unilaterales y deterministas se ha abandonado en décadas recientes, ya que planteaba la existencia de un orden establecido de etapas del desarrollo y el cumplimiento de ciertos elementos para avanzar de una a la otra. En contraste, las explicaciones multifactoriales y dinámicas más recientes de los procesos que llevan hacia la complejidad conciben al desarrollo como un incremento en la diversidad de la organización del ser humano debido a coacciones o interacciones en distintos niveles entre éste y su ambiente (Leve y Cicchetti, 2016; Overton y Lerner, 2012; 2014).

En este sentido, la sucesión dinámica de cambios es la base para avanzar en la complejidad funcional, es decir, la interacción de cogniciones, conductas y emociones con el ambiente da sentido a las experiencias, logrando competencias cada vez más organizadas, con nuevas propiedades estructurales y funcionales (Gottlieb, 1996; Rutter y Sroufe, 2000; Rutter y Silberg, 2002). Por ende, el estudio de cualquier fenómeno psicológico bajo esta perspectiva del desarrollo se centra en investigar los mecanismos y recursos presentes a lo largo de la vida por los cuales se dan resultados patológicos o normales (Rutter, 2013). Es decir, se aclara y explica la interrelación de elementos biológicos, psicológicos y socio-contextuales que conducen a desenlaces normales o anormales en el desarrollo (Berenbaum, 2013; Cicchetti, 2013; Cicchetti y Toth, 2009; Gottlieb, Wahlsten y Lickliter, 1998;

Gottlieb y Halpern, 2002; McCrory y Viding, 2015). Diversos fenómenos psicológicos pueden investigarse a la luz de esta perspectiva, uno de ellos es la psicopatología, tema de interés en el presente trabajo.

La explicación de la psicopatología del desarrollo señala que la psicopatología no es inherente al individuo como un ente particular, sino que plantea relaciones dinámicas entre la persona y el medio en el que se desenvuelve (Cicchetti, 1984). Esta línea de investigación ha apoyado la validez de los principios de equifinalidad y multifinalidad, bajo los cuales se han observado y explicado los resultados desadaptados (Gottlieb, 1991). La equifinalidad se refiere a que hay causas diversas que convergen en finales similares. La multifinalidad, por su parte, propone que en procesos semejantes, los finales no son consistentes o iguales (Cicchetti y Rogosch, 1996). La comprensión de los síntomas clínicos mediante estos conceptos se refleja, por ejemplo, en el fracaso de los estudios sobre factores de riesgo que no han logrado mostrar consistentemente relaciones lineales entre un factor de riesgo y un desenlace psicopatológico específico. Es decir, al exponerse a experiencias similares consideradas como de riesgo, algunas personas desarrollan problemas psicopatológicos, mientras que otras no (Rutter y Sroufe, 2000; Sameroff, 2000). El papel de las experiencias producto de la interacción con el ambiente es especialmente importante para comprender la psicopatología. La reactividad emocional que evocan es parte fundamental de esas experiencias, las cuales son una fuente de retroinformación constante desde el momento del nacimiento. La reactividad emocional manifestada en estados de placer o desagrado, agradables o desagradables, es el componente de las experiencias que

asociamos con las situaciones y circunstancias en las que ocurren. Adquiere, así, especial relevancia el estudio de las emociones, específicamente de la regulación emocional.

1.2 El constructo regulación emocional

La regulación emocional es uno de los procesos que permite que el ser humano module sus experiencias afectivas. Se refiere a los mecanismos que permiten al individuo influir en la intensidad, duración y expresión de sus emociones (Campbell-Sills, Ellard y Barlow, 2014). Debido a que las emociones están formadas por procesos de múltiples componentes, la RE implica cambios en el tiempo de reacción y la magnitud (Gross, 1998a).

El constructo de RE ha tenido una variación conceptual a lo largo del tiempo y se ha estudiado desde diversas perspectivas (Gross y Levenson, 1997). Thompson (1994) enunció una de las definiciones más aceptadas, delimitada como un conjunto de procesos internos y externos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, específicamente aquellas características relacionadas con su intensidad y duración, con el fin de alcanzar determinadas metas. También incluyó el mantenimiento y la magnitud de la activación emocional, así como su inhibición o supresión, por medio de estrategias adquiridas de manejo emocional. Además, propuso que la RE afecta comúnmente las dimensiones de temporalidad e intensidad de la emoción y se la debe considerar funcionalmente en términos del éxito de la regulación para el logro de metas específicas. Por último, señaló que existe una diversidad de influencias externas para este proceso.

Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) propusieron una definición similar a la planteada por Thompson (1994), pero puntualizaron que la RE es un conjunto de procesos fisiológicos, conductuales y cognitivos, responsables de monitorear y evaluar las reacciones emocionales que surgen como respuesta a un estímulo percibido como estresante y que son capaces de cumplir con algunas metas.

Posteriormente, Tugade y Fredrickson (2007) propusieron una descripción de la RE, sin embargo su propuesta no implicaba necesariamente cambios en la calidad o intensidad de la experiencia emocional, sino el mantenimiento de las experiencias afectivas bajo ciertas circunstancias. Es decir, la consideraron como un proceso, consciente o inconsciente, que incide en cómo y cuándo los individuos experimentan y expresan sus emociones. Más tarde, otros autores como Troy y Mauss (2011) comenzaron a estudiar a la RE como un factor protector que conlleva la habilidad para modificar componentes de la reacción emocional como la experiencia subjetiva, la respuesta fisiológica, la expresión verbal y no verbal, entre otros.

Estas perspectivas concuerdan en que la RE incide en el flujo de emociones a partir de tres ámbitos: neurofisiológico, cognitivo y motor, que se encuentran relacionados con la forma en la que las emociones se manifiestan (Gross, 2002). Dado este planteamiento, se puede concluir que la RE es una habilidad que conjunta una serie de procesos heterogéneos intrínsecos y extrínsecos que facilitan la modulación de la ocurrencia, iniciación, evitación, inhibición, frecuencia, forma, intensidad y duración de los estados emocionales de un individuo. Esto permitirá la activación fisiológica y el acceso a las acciones estratégicas que requiere una

situación dada para lograr la adaptación social o biológica relacionada con la resolución de problemas, el afecto y la obtención del bienestar de acuerdo con una meta u objetivo (Cole, Martin y Dennis, 2004; Eisenberg y Spinrad, 2004; Gross, Sheppes y Urry, 2011; Gross y Thompson, 2007; Haga, Kraft y Corby, 2007; Macklem, 2011; Thompson, 1994).

1.3 Desarrollo de la regulación emocional

La RE es una competencia que se desarrolla desde el nacimiento y a lo largo de la vida, es decir, va sufriendo cambios que resultan favorables o desfavorables a partir de la realimentación que proporcionan las experiencias vitales (Gross y John, 2002). Conforme a ello, la RE parte del conjunto primitivo de respuestas reflejas e instrumentales para tornarse en estrategias cognitivas que permiten a la persona enfrentar las demandas del ambiente y reconocer e interpretar las emociones propias y las de los demás. Dada esta complejidad gradual, se ha sugerido que, si bien la RE depende del momento del desarrollo en el que la persona se encuentre, ésta también influirá en la vida posteriormente (Cole y Kaslow, 1988). Es necesario resaltar que la evolución de la RE corresponde con factores de su desarrollo, tales como la madurez del cerebro, las redes atencionales (Zelazo y Cunningham, 2007) y las capacidades motoras y cognitivas del niño. Además existen características del contexto, como las interacciones entre pares, que también impactan en la formación de la RE y en las respuestas emocionales (Ato, González y Carranza, 2004; Kobak y Sceery, 1988; Sroufe, 2000; Fox y Calkins, 2003).

Uno de los factores principales en el desarrollo de la RE en la infancia temprana es el papel de los cuidadores, en su mayoría representados por los padres. Ellos ejercen una RE externa al encargarse de la disminución de los niveles de activación, el alivio de la incomodidad, del dolor, del malestar, y también de la facilitación de estados positivos de ánimo infantiles. Esto se debe a que en el recién nacido no existe un reconocimiento de emociones discretas y no posee las habilidades que le permitan la regulación autónoma de los estados afectivos placenteros o displacenteros, correspondientes a la valencia hedonista del afecto medular. Así, al convertir los padres los estados de malestar en estados de ánimo positivos, satisfacen las necesidades del infante y constituyen un patrón que el niño seguirá para mitigar por sí mismo las emociones negativas. Posteriormente, bajo la influencia del desarrollo de las funciones ejecutivas, la RE se convertirá en un proceso interno (Ato, González y Carranza, 2004; Cole, Martin y Dennis, 2004).

Durante los primeros meses de vida, los circuitos atencionales dan pie a la RE, ya que el infante muestra cierta habilidad para tranquilizarse y estimularse por sí solo (Rothbart, Ziaie y O'Boyle, 1992). Primero, el estado de alerta permite que se enfoque en los estímulos que facilitan la adaptación al entorno (Posner y Raichle, 1994; Rothbart, Posner y Rosicky, 1994). Posteriormente, aproximadamente a los 3 meses, la red de orientación brinda al niño la capacidad de redirigir la atención a otro estímulo para evitar la fuente que provoque malestar (Posner y Raichle, 1994; Rothbart, Posner y Rosicky, 1994).

A los 6 meses, la RE viene de las habilidades motoras instituidas en el infante. Éstas permiten la aproximación o evitación de estímulos que tienen un

impacto en la modulación de la emoción (Ato et al., 2004). Después, a los 9 meses, el desarrollo de la red ejecutiva funda un componente de gran importancia para la RE, ya que controla el lenguaje, la orientación y posibilita la inhibición o mantenimiento de la atención del niño hacia un estímulo o tarea (González, Carranza, Fuentes, Galián y Estévez, 2001).

La comunicación gestual, las conductas de aproximación, la búsqueda de estimulación y la disminución de las conductas de evitación que se presentan cuando el niño cumple 1 año son el cimiento de las primeras estrategias de RE básicas y autónomas con las que cuenta (Rothbart et al., 1992). Después, alrededor de los 18 meses, se presentan conductas de autodistracción para la regulación de emociones y a los 2 años es posible reconocer madurez en las estrategias de RE gracias al lenguaje establecido, ya que permite al niño la comunicación de emociones, la asociación de éstas con determinados estímulos y la identificación de los efectos que causan sobre los demás (Ato et al., 2004). El lenguaje también permite que el infante comience a distinguir entre emociones más o menos específicas, ya que adquiere mediante éste, la cualidad afectiva (Russell, 2006). Esta cualidad consiste en el reconocimiento de la relación existente entre diversos valores del afecto y los estímulos que lo causan (Russell, 2003), lo cual contrasta con los momentos anteriores en los que el niño sólo identificaba una dualidad hedonista en los estados emocionales como placenteros o displacenteros. Ya a los 5 años, gracias al incremento en la eficiencia del control inhibitorio y en las respuestas motoras reflejas, el monitoreo de su propia conducta brinda al niño la

experiencia que permite mayor flexibilidad y control de sus estrategias de RE (Capella y Mendoza, 2011; Carlson y Wang, 2007).

En resumen, la RE externa de los padres, la madurez del cerebro y las capacidades motoras, cognitivas y sociales permiten que el infante forme gradualmente estrategias de RE durante su desarrollo (Ato et al., 2004). Sin embargo, para entender que el desarrollo de la RE evoluciona conforme el individuo avanza en el ciclo vital, resulta necesario sumar a la descripción de estos elementos la investigación sobre el afecto.

1.4 Afecto medular

Para la experiencia emocional, el ser humano cuenta, desde que nace, con un componente esencial: el afecto (Barrett, 2006; Russell, 2003). Este se refiere a la reacción básica ante cualquier estímulo, la cual es primitiva, universal, simple y existe, aún sin que se etiquete, interprete o se atribuya a alguna causa (Russell, 2003). Además, ocurre previo a cualquier proceso cognitivo (Zajonc, 1980). Así, esta reacción ocurre de manera involuntaria, desde mucho antes que el infante haya desarrollado la capacidad para conceptualizar los estímulos de su ambiente y, por lo tanto, de comprender sus propias reacciones afectivas (Russell, 2017).

El estudio del afecto llevó a Russell (2003) a introducir el concepto de afecto medular, que se refiere a la activación constante de estados neurofisiológicos, somáticos y viscerales de un organismo, relacionados directamente con un continuo de cambios en el ambiente que es posible describir como agradables o desagradables. El afecto medular se considera un indicador neurofisiológico de la relación del individuo con el entorno, en un punto dado en el tiempo, que se

experimenta sin necesidad de relacionarlo con un estímulo (Barrett, 2011). Este afecto es medular debido a que los objetos y eventos adquieren un significado afectivo cuando influyen en el estado de homeostasis de la persona.

Las respuestas afectivas medulares propician la necesidad de actuar. Las propiedades del afecto se manifiestan en términos de valencia y excitación, donde la primera puede ser positiva o negativa, placentera o no placentera, y la segunda se refiere a que esté activado o desactivado (Barrett, 2017a; Barrett y Russell, 1999). Éstas se pueden observar como dos dimensiones que forman parte de los ejes de un plano cartesiano en el cual el afecto se ubica en un momento determinado, por lo que se considera que la persona sólo puede tener una reacción afectiva a la vez (Figura 1; Russell, 2017).

En esta representación, el centro simboliza un nivel de adaptación, ya que del centro hacia los extremos se observa la intensidad del afecto percibido por la persona. Así, un afecto medular constante y leve es conocido como estado de ánimo, pero en ningún momento, éste se podrá considerar como sinónimo de emoción, ya que sólo es una parte esencial del proceso que construye a la emoción (Russell, 2017). La emoción, en su concepción tradicional, surgiría cuando el afecto medular se categorizara a partir del conocimiento y la experiencia previa. De esta forma, la emoción no sería una categoría natural, sino una conceptualización del afecto medular que parte de la interpretación propia de la persona y la retroalimentación del ambiente. Así, se considera que las emociones son el resultado de los cambios en la experiencia afectiva acompañados de reacciones conductuales y fisiológicas que no poseen un significado por sí mismas para la especie. En cambio, se

considera la experiencia previa y el conocimiento de cada individuo para interpretar las situaciones a partir de sus sensaciones corporales, proceso conocido como conceptualización situada (Barrett, 2006, 2015, 2017b; Barrett et al., 2015, Russell, 2003, 2009, 2015; Barrett, Wilson-Mendenhall y Barsalou, 2015).

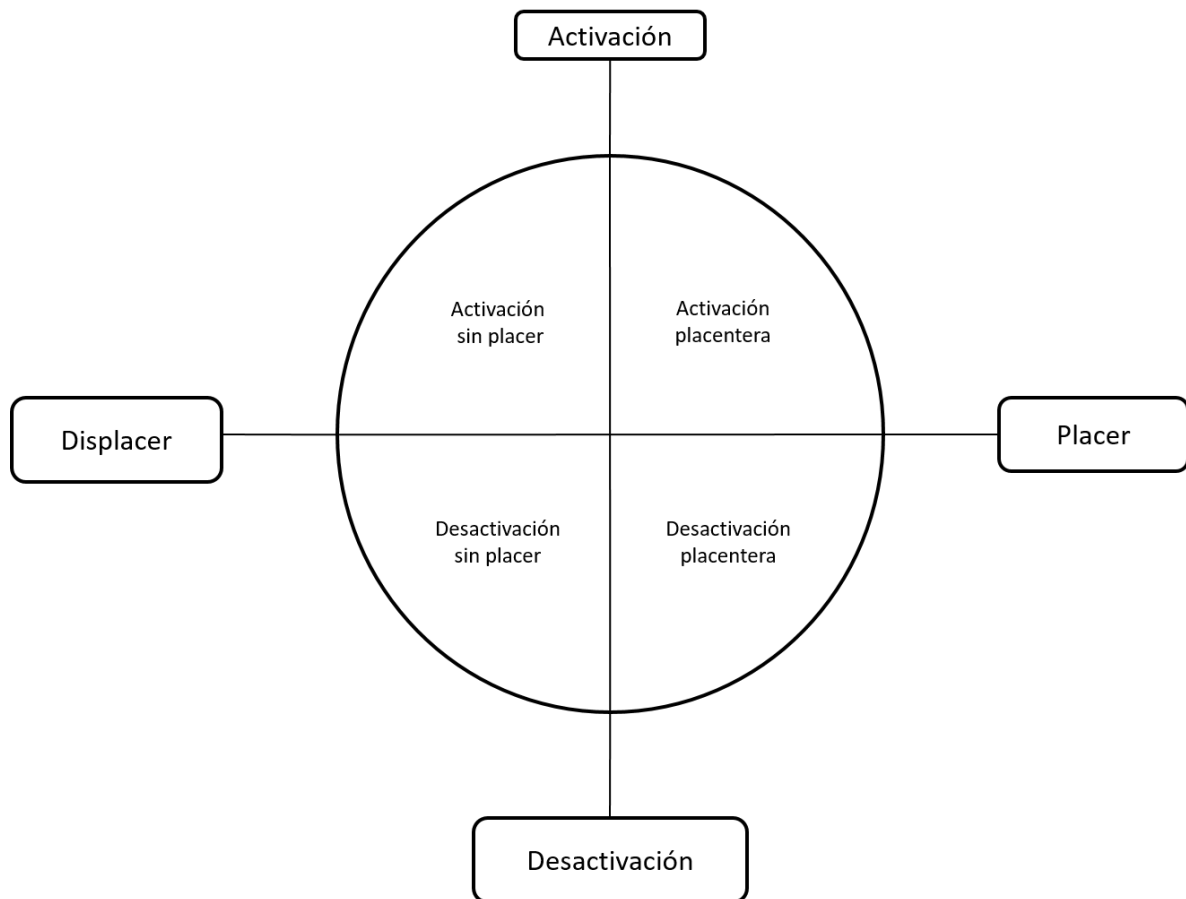


Figura 1. Representación del Afecto medular. Adaptada de Cross-cultural similarities and differences in affective processing and expression por Russell, J., (2017) en En Jeon, M., Emotions and Affect in Human Factors and Human-Computer Interaction (pp. 130), Michigan: Academic Press.

1.5 Emociones

En la literatura existen dos puntos ampliamente acordados con respecto a las emociones. El primero se refiere a que la emoción es uno de los elementos principales de cualquier modelo psicológico de la mente humana, el segundo a que las emociones comprenden un conjunto de estados psicológicos que incluyen experiencia subjetiva, comportamiento expresivo y respuestas fisiológicas periféricas (Gross y Barrett, 2011). Sin embargo, aún hay elementos en debate acerca de las emociones, ya que tradicionalmente se las ha conocido como reacciones fisiológicas y comportamentales ante estímulos, que funcionan para que el ser humano se adapte a su ambiente. Este paradigma tradicional ha definido las emociones básicas, por ejemplo la tristeza, el miedo o la ira, como categorías naturales que han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, es decir, son categorías que el hombre no inventó, sino que descubrió; y que tienen características propias que permiten una clara distinción entre ellas (Barrett, 2006).

Con respecto a los planteamientos que describen las emociones desde el paradigma tradicional, Russell (2009; 2015) y Barrett (2006; 2015) han señalado las siguientes limitaciones a partir de la línea de investigación sobre la emoción: 1) existe falta de consenso en la definición del término emoción, 2) a pesar de analizar la misma emoción, regularmente la experiencia emocional es diferente entre las personas, 3) existe un traslapo entre los indicadores que supuestamente pertenecen a las categorías naturales de la emoción, 4) las emociones ocurren ocasionalmente de forma aislada (una a la vez), 5) respecto a la forma de interpretar las emociones, existen múltiples variaciones culturales, 6) al experimentar las

mismas emociones, las personas tienen reacciones conductuales diferentes. Debido a ello, se ha postulado entonces el modelo de las emociones construidas, el cual retoma la conceptualización situada donde es posible que el afecto medular funcione como respuesta modal general de las personas ante una variedad de estímulos y donde la característica principal de dicha respuesta es que será diferente entre los individuos debido a las experiencias propias de cada persona (Barrett, 2017b; Barrett et al., 2015; Barrett, Wilson-Mendenhall y Barsalou, 2015).

Esta perspectiva se fundamenta en dos principios generales: 1) que las emociones son estados mentales que se generan a partir de causas más generales y básicas; 2) que las emociones no se consideran como entidades psicológicas, sino que existen como estados mentales variables (Barrett, 2011). Es decir, sugiere que la emoción es más que la suma de sus partes debido a que emerge de un continuo de construcción constituido por la interacción de elementos psicológicos básicos, como pueden ser un patrón cognitivo o un módulo neuronal, pero que no son específicos de la emoción (Barrett, 2011; Gross y Barrett, 2011).

1.6 El modelo de las emociones construidas

Actualmente, bajo este enfoque, Barrett (2017a; 2017b) y su equipo de investigación han propuesto el modelo de las emociones construidas, antes conocido como teoría del acto conceptual. En este modelo, las emociones se consideran percepciones que el individuo realiza acerca de la variación, entre estados positivos y negativos, de su afecto medular. Dentro del modelo, estos estados se denominan con palabras que representan categorías del sentido común

para evocar una emoción, lo cual se conoce como sistema conceptual (Barrett, 2011; Barrett, 2017a).

Para establecer esta delimitación de las emociones, el modelo desglosa el proceso de construcción de la emoción a partir de tres características cerebrales. La primera se refiere a la complejidad del cerebro en la que la sinapsis permite una reconfiguración constante y la creación de innumerables patrones espacio-temporales. La complejidad del cerebro permite la degeneración en la construcción de la emoción. La degeneración es un proceso en el que los patrones sinápticos representan las múltiples instancias en las que se genera una misma categoría emocional. Es decir, a pesar de que la emoción es una categoría, es poco probable que tenga propiedades particulares, ya que se forma por instancias altamente variables que son totalmente abstractas y que no necesitan tener correlatos definidos en la naturaleza para reconocerlas (Barrett, 2014; 2017b).

La segunda función del cerebro que esta teoría retoma es la administración eficiente de los recursos fisiológicos, es decir, la regulación del estado interno del cuerpo para que pueda crecer, sobrevivir y reproducirse. Para que este equilibrio intrínseco sea exitoso, se requiere de un proceso llamado alostasis. La alostasis es una función de adaptación para lograr estabilidad. Es un proceso que regula el cuerpo en función del costo-beneficio para adquirir recursos que permitan protegerse contra peligros y anticipar necesidades (Barrett, 2017b). Se origina en la medida en la que el cerebro realiza una representación interna del cuerpo en el mundo exterior, es decir, a partir de las necesidades fisiológicas del cuerpo es como se modela el mundo. Cuando genera dicha representación, la alostasis toma un

papel esencial en la construcción de la emoción, ya que integra la información interoceptiva (sensaciones internas que son afecto en dimensiones inferiores) y homeostática con la información sensorial externa para producir un estado mental afectivo (Barrett, 2011; 2017b). La afectividad, de esta manera, entra en un ciclo constante con la alostasis, ya que permite distinguir lo que en el pasado ha sido relevante para el individuo y actualiza constantemente las necesidades para la alostasis.

La actualización de este ciclo ocurre gracias a la generación de: 1) hipótesis de codificación predictiva, que son simulaciones que ayudan a prever los eventos del entorno y que se originan cuando existen eventos sensoriales al interior o exterior del cuerpo, son fundamentales debido a que dirigen la acción y la construcción de las percepciones que ayudan a lidiar con una situación; 2) las simulaciones, que funcionan como patrones que clasifican dicha actividad sensorial para actuar conforme a la alostasis y que se completan continuamente al identificar la similitud de la experiencia actual con las señales sensoriales, los costos de energía y las recompensas de algunas experiencias pasadas; y 3) los errores de predicción, que suceden cuando existe información externa imprevista, pero que realimentan las simulaciones ya incorporadas y ayudan a minimizar los fallos al momento de realizar hipótesis predictivas (Barrett, 2017b).

En este ciclo, se intenta acertar en las predicciones para poder anticipar y ajustar correctamente las sensaciones entrantes, por lo que una predicción se completa toda vez que el individuo mantiene la regulación fisiológica, guía la acción y construye el significado de su experiencia sensorial para enfrentarse a un evento

determinado. Entonces se configura la categorización (Barrett, 2017b), proceso que representa la idea central del modelo del acto conceptual y que es parte del actual modelo de las emociones construidas (Barrett, 2011; 2014; 2017b).

Por último, el tercer factor cerebral que influye en la construcción de emociones es la red de atención controlada. En este sentido, esta red es importante debido a que el grado de atención controlada durante la categorización de la información sensorial impactará en el procesamiento rápido y específico de la información que propiciará la percepción y la acción emocional (Barrett, 2011; Barrett, 2014).

En conclusión, el proceso de generación de emociones comienza cuando la persona se encuentra ante una situación en la que experimenta sensaciones. Después, esta información sensorial se clasifica como relevante o no con ayuda de la atención y la experiencia pasada. Por último, dependiendo de la categorización que se realice, se determinará la acción que se despliegue para enfrentar la situación. Es decir, las emociones son una serie de respuestas coordinadas conductuales, experienciales y fisiológicas que influirán en la reacción ante diversos desafíos u oportunidades (Barrett, 2017b). Estas respuestas emocionales producen reacciones adaptativas y actitudes funcionales toda vez que son compatibles con las demandas de las circunstancias. Sin embargo, cuando los contextos no son los esperados o los recursos psicológicos indispensables no son suficientes para adaptarse a ellos, puede haber resultados negativos. Es por ello que surge la necesidad de convertir las emociones en elementos que ayuden a alcanzar las

metas que cada persona se traza. Propósito que se cumple por medio de la regulación emocional (RE) (Gross, 2002).

1.7 El modelo de proceso de Gross

Uno de los autores que más ha contribuido en el estudio de la RE es Gross, quien ha propuesto una teoría en concordancia con el proceso de generación de la emoción (Gross, 2011). Esta teoría es denominada modelo de proceso de Gross (2001, 2015) y representa una perspectiva respaldada por datos empíricos (Hu, Zhang y Wang, 2014) que estudia la manera en que se regulan las emociones, mas no cómo las emociones regulan otros aspectos del ser humano (Gross, 2014). Desde esta teoría, la RE es un proceso en el que se generan las emociones y que comprende desde el momento en el que se presentan hasta la forma en que se manifiestan o expresan (Gross, 2014), es decir, se considera una secuencia de los procesos que intervienen en la generación de la emoción.

Gross (2001; 2015) propone que la RE es una competencia cognitiva que se aprende y que permite tanto la adaptación de la conducta al ambiente como el reconocimiento de las emociones propias y de los demás (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Cole, Martin y Dennis, 2004; Cole, Michel y Teti, 1994; Thompson, 1994). Para este autor la RE comprende el manejo de emociones positivas y negativas (Gross, 1998a; 2002) y la regulación de las emociones se puede llevar a cabo de forma consciente. Por ejemplo, la persona podría ser capaz de tomar la decisión de tornar la emoción desagradable en una más satisfactoria, o inconscientemente podría desviar la atención velozmente de una emoción no grata (Gross, 2001, 2015).

Particularmente, la RE adquiere tres características importantes bajo esta explicación. La primera hace referencia a la necesidad de activar un objetivo que influya en el proceso de generación y regulación de emociones (Gross, Sheppes y Urry, 2011). Este objetivo en ocasiones funciona como medio para alcanzar un fin, en otras, es en sí mismo, el punto máximo a conseguir (Gross, 2015). Cabe destacar que cuando la persona acciona el objetivo, se considera como regulación emocional intrínseca, la cual ha sido motivo de estudio, mayormente, en población adulta (Gross, 1998a; Gross, 2014). Por el contrario, la regulación emocional extrínseca sucede cuando el objetivo de la persona recae en modular la emoción de alguien más o bien, una persona externa la ayuda a regularla (Gross, 2015). En este caso, aunque ha incrementado el trabajo con adultos (Bloch, Haase y Levenson, 2014; Levenson, Haase, Bloch, Holley, y Seider, 2014; Zaki y Williams, 2013), generalmente, la investigación se ha volcado en el análisis de muestras con bebés y niños (Cole, Martin y Dennis, 2004; Gross, 2015).

Una segunda característica de la RE atañe a los procesos responsables de modificar la trayectoria de la emoción, los cuales cambian y son diversos debido al continuo de posibilidades de regular las emociones que va desde una regulación explícita, consciente y con esfuerzo, hasta una regulación implícita, inconsciente, sin esfuerzo y automática (Gyurak, Gross y Etkin, 2011).

Por último, la dinámica de la emoción en función de la meta del individuo es de gran importancia, ya que la RE tiene la posibilidad de intervenir en las respuestas emocionales, la latencia, el tiempo en que se desarrolla, la magnitud, duración y

además reflejar su influencia en los dominios conductuales, fisiológicos o de la experiencia (Gross, 1998a).

Tomando en cuenta estas características y la definición de RE, Gross (2001, 2015) propuso cinco grupos de estrategias de regulación emocional que se corresponden también con los momentos en los que la emoción se genera (Werner y Gross, 2010). En primer lugar, se encuentran las estrategias de RE centradas en los antecedentes, en la cuales el individuo realiza acciones antes de la activación total de la respuesta emocional y donde el objetivo es modificar esta respuesta. Dentro de éstas, la primera estrategia al alcance de la persona es la selección de la situación, la cual brinda la posibilidad de involucrarse o no en un escenario que potencialmente provocaría una emoción. Es posible traducir esta estrategia en el acercamiento o alejamiento de la persona a ciertos lugares, actividades o individuos. A continuación, la modificación de la situación proporciona a la persona la oportunidad de cambiar el impacto emocional que conlleva la circunstancia. Después se presenta el desplazamiento atencional, el cual consiste en la posibilidad de elegir aspectos particulares de la situación en los que la persona se enfocará para modular la experiencia emocional. En seguida vendrá la posibilidad de realizar un cambio o reevaluación en la cognición, lo cual transformará el significado de la situación y repercutirá en la reacción emocional. En segundo lugar, en el último momento de la generación de la respuesta emocional, Gross plantea la modulación de la respuesta como estrategia de RE enfocada en la respuesta. Ésta se puede utilizar, siempre y cuando, la respuesta emocional ya se haya activado, ya que el individuo intentará influir en esta última.

Gross (2001) ha sugerido que dependiendo del momento en el que se regule la emoción, la estrategia para manejarla será más o menos adaptada. Es decir, que cuando se utilizan estrategias al realizar las primeras valoraciones cognitivas de la situación, al comienzo del proceso, se obtiene un resultado más adaptado que si se aplicaran estrategias posteriores en el proceso, cuando la emoción ya se ha manifestado y se intenta suprimirla. Dentro de estas estrategias, la reevaluación cognitiva, donde la persona modifica sus creencias acerca de una situación fuente de malestar para no tener una emoción negativa (Gross, Richards y John, 2006; John y Gross, 2004), se ha considerado en las investigaciones de intervención para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y depresión (Mocaiber, et al., 2008). Se ha hallado que esta estrategia disminuye el afecto negativo (Gross y John, 2002, 2003; John y Gross, 2007, Gross, 1998b), lo que a su vez se traduce en un estado saludable constante. También se ha asociado con una capacidad favorable para compensar los estados de ánimo (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995), el aumento en la experimentación de emociones positivas (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), el mantenimiento de interacciones sociales benéficas, la satisfacción vital, niveles superiores de autoestima (Gross y John, 2002, 2003; John y Gross, 2007), así como con la disminución de síntomas depresivos (John y Gross, 2004). Además, debido a que esta estrategia se realiza desde el comienzo del proceso que evoca la emoción, se sabe que no requiere un esfuerzo continuo de regulación durante el evento emocional (Gross, 2001; Richards y Gross, 2000).

Por el contrario, se ha planteado que pese a ser una estrategia que regula la expresión de la emoción, la supresión no brinda alivio al malestar (John y Gross,

2004) y conduce a desenlaces negativos. Esto se debe a que el desgaste de recursos cognitivos direccionado al automonitoreo y la auto-corrección repercute en los elementos disponibles asociados a experiencias emocionales anteriores que podrían recordarse y utilizarse de manera adaptada en un futuro. Por esto, también se considera que la supresión de emociones es un factor de riesgo para diversos tipos de psicopatología (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010).

Se ha sugerido que algunas estrategias de RE podrían adaptar al individuo a las demandas del ambiente, aunque cuando la persona se enfrenta a situaciones que no había experimentado o que se consideran demasiado extremas, las estrategias de regulación que hasta entonces había empleado podrían resultar insuficientes o desadaptadas. De esta manera, es prioritario interpretar las respuestas emocionales tomando en cuenta el contexto determinado en el que resultan o no adecuadas, ya que es posible presentar conductas adaptadas y desadaptadas en diferentes ambientes en consecución de una meta (Gross, 2002). Un ejemplo de esta dualidad regulación-ambiente es la relación que existe entre la RE y el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales, así como también la forma en que impacta el manejo de las emociones en el ambiente social (Lopes, Salovey, Côté, Beers y Petty, 2005).

La correspondencia entre la RE y el ambiente es congruente con el marco teórico de la psicopatología del desarrollo y se apoya también en la distinción de las estrategias de regulación emocional planteada en el modelo de Gross, ya que permite vislumbrar los posibles desenlaces en las que éstas podrían influir (Gross, Sheppes y Urry, 2011; Gross 2015). Además, el planteamiento y definición de las

estrategias de RE bajo los argumentos teóricos de Gross permiten el estudio de poblaciones infantiles debido a que señala que la RE cumple la función de manejar estados generales de bienestar o malestar. Es decir, se alinea con la definición de afecto medular (Rusell, 2003) considerada dentro del enfoque de las emociones construidas. Esta concordancia entre teorías permite la explicación de la adaptación y flexibilidad de las capacidades de regulación emocional de los individuos ante cualquier situación que se presente, en cualquier momento de la vida.

Así, se puede asentar que la RE es una competencia que se refleja en estrategias, matizadas por la cognición, moldeadas a partir del contexto con el que la persona interacciona (Ato et al., 2004; Gross y John, 2002; Kobak y Sceery, 1988; Sroufe, 2000; Thompson, Lewis, Calkins, 2008) y orientadas hacia metas específicas. Es decir, que las estrategias de RE se afinan a lo largo del tiempo para convertirse en estrategias más exitosas, de tal forma que cuando se alcanza cierta madurez cognitiva y biológica, el infante cuenta con un conjunto de habilidades y conocimientos que le permiten reconocer sus emociones y tener la capacidad de regularlas (Berking y Wupperman, 2012). Habilidades que se asocian con resultados favorables en la salud, un mejor funcionamiento social (McLaughlin et al., 2011; Zeman et al., 2002), así como con un rendimiento más adecuado en el ámbito académico y profesional (John y Gross, 2004). Por el contrario, cuando la RE no se desarrolla de manera adecuada, conduce a consecuencias que se reflejan más tarde en la vida (Barker y Maughan, 2009; Barlow, Bennett, Midgley, Larkin y Wei, 2015). Por ejemplo, los problemas en la capacidad para regular las emociones se han relacionado consistentemente con el desarrollo y mantenimiento de la

psicopatología (Berkin y Wupperman, 2012; Campbell-Sills y Barlow, 2007; Garnefski et al. 2002; Linehan, Bohus y Lynch, 2007; Mennin y Farach, 2007; Mullin y Hinshaw, 2007; Sher y Grekin, 2007; Velotti, Garofalo y Zavattini, 2013; Wrantik, Barrett y Salovey, 2007). En los niños, específicamente, el estudio del desarrollo normal y atípico de la RE se vuelve prioritario (Eisenberg et al., 2001; Gross y Thompson, 2007), debido a que una RE deficiente representa un factor de riesgo para el desarrollo de la psicopatología tanto interiorizada como exteriorizada (Blair et al., 2004; Carthy, Horesh, Apter, Edge y Gross, 2010; Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig y Pinuelas, 1994; Eisenberg y Moore, 1997; Röll et al., 2012).

Capítulo 2. Psicopatología interiorizada

2.1 Etiología de los problemas interiorizados

Ante los peligros inminentes que han asechado a la humanidad, la huida y la lucha son respuestas básicas que han resultado eficaces para sobrevivir (Bienvenu y Stein, 2003; Craske, 1997; Lépine, Wittchen y Essau, 1993). A estas respuestas subyace el miedo, el cual es una emoción adaptativa, primitiva y básica, que evoca la defensa automática para encarar el peligro. El peligro activa un estado de alerta y un conjunto de respuestas fisiológicas que facilitan la identificación del estímulo o la situación amenazante, por ejemplo se dilata la pupila y el olfato y la audición se agudizan, por lo que son más selectivos. Además, la presión arterial y el ritmo cardiaco aumentan para irrigar la sangre hacia las extremidades, lo que facilita ya sea huir o luchar (Mardomingo, 2001; Marks y Hemsley, 1999; Merikangas, Avenevoli, Dierker y Grillon, 1999; Ramos, González-Seijo y Ballesteros, 2003). Una reacción de miedo también insta a la persona a reaccionar cognoscitivamente, por lo que aumenta su preocupación, piensa en la posibilidad de perder el control, interpreta sus cambios fisiológicos y piensa en soluciones que le permitan contrarrestar o evitar el peligro.

Así, el miedo implica respuestas fisiológicas que activan a la persona cuando contiente con situaciones que implican amenaza o peligro, facilitando la aparición de conductas de sobrevivencia. También, se trata de una emoción natural, importante, que pone a la persona en un estado de alerta que se manifiesta en forma de una emoción desagradable. Es decir, el miedo ocurre ante situaciones que auténticamente ponen en peligro o amenazan la vida y la integridad de la persona.

El estado de alerta que advierte y protege del daño al organismo se interpreta como ansiedad cuando es desproporcionado o desmedido respecto al nivel real de la amenaza implícita en la situación, ya sea en cuanto a su duración, su intensidad o el malestar que provoca. Es decir, cuando la respuesta de miedo persiste por mucho tiempo después de haber caducado el peligro, es demasiado intensa y/o produce un malestar que no se corresponde con el peligro real o potencial que representa la situación, se considera ansiosa (Sweeney y Pine, 2004).

Las manifestaciones físicas y psicológicas de la ansiedad son muy parecidas a las del miedo, cuyo origen obedece a una explicación filogenética con un valor biológico. La ansiedad, igual que el miedo, es un estado psicofisiológico que anticipa posibles peligros tanto externos como internos (Nauta, 2005), funciona también como una señal de alarma, pero no es posible identificar fácilmente el peligro que anuncia. La diferencia más importante entre el miedo y la ansiedad radica en que, en la respuesta de miedo, el estímulo temido está presente, es real y se identifica claramente, además es racional y su peligrosidad es proporcional al estímulo o situación. En el caso de la ansiedad, esta respuesta aparece frecuentemente sin la presencia de un estímulo discernible que la provoque, es irracional, no es proporcional a la situación que la desencadena y perdura a lo largo del tiempo (Solloa, 2001).

La persona que padece ansiedad también se ve imposibilitada para eliminarla racionalmente y, debido a que los intentos persistentes por evitar el malestar interfieren considerablemente con el funcionamiento de la persona en sus contextos vitales, se considera disfuncional (Echeburúa, 1993; Ollendick y Francis, 1988). Sin

embargo, la ansiedad se considera patológica sólo cuando es excesiva y desproporcionada, ya que existen situaciones, como la elaboración de un examen en las que una dosis de ansiedad resulta benéfica, por demandar acciones especializadas que exigen concentración, atención o la práctica de destrezas singulares. Es decir, el grado de interferencia al funcionamiento cotidiano será el que caracterice a la ansiedad como patológica o no (Dadds, Seinen, Roth y Harnett, 2000).

La respuesta de ansiedad se manifiesta en la forma de cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales. Se aceleran el ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria, la boca se seca, aumenta la presión arterial y hay sudoración, entre otras; en general incrementa la actividad del sistema nervioso autónomo. En cuanto a los cambios relacionados con el pensamiento, como se trata de un estado emocional con elevado afecto negativo que se orienta hacia el futuro, los sucesos futuros se perciben como incontrolables e imprevisibles (Barlow, 1988). Es frecuente la distorsión del pensamiento, la persona interpreta selectiva y catastróficamente ciertos estímulos ambientales o internos que ante sus ojos anuncian una amenaza (Albano y Kendall, 2002). La persona ansiosa no sólo evita los estímulos y situaciones que evocan la ansiedad, también tiende a inhibir su conducta.

Se sabe que las características propias de la ansiedad coinciden hasta en un 99% de casos en muestras de población general con las de la depresión (van Lang, Ferdinand, Ormel y Verhulst, 2006). Además se ha referido la suficiencia tanto del tratamiento con medicamentos (Simon y Rosenbaum, 2003) como de la terapia cognitivo-conductual para mitigar transversalmente estos síntomas comórbidos

(Barlow, Allen y Choate, 2004; Chorpita, Taylor, Francis, Moffitt y Austin, 2004; Norton, Hayes y Hope, 2004; Wagner, 2009).

Es por ello que diversos autores han realizado un esfuerzo por esclarecer el origen de la depresión y su valor adaptativo independiente del de la ansiedad, ofreciendo explicaciones para aclarar la forma en que han evolucionado los síntomas depresivos. Sin embargo, ninguna de estas explicaciones ha sido del todo satisfactoria ya que, fracasan en su intento por explicar cómo es que la depresión en realidad conduce al deterioro de la salud y se centran en las escasas características que distinguen a la depresión de la ansiedad, ignorando la gran cantidad de manifestaciones psicopatológicas que concurren en ambas.

Ante este estado de cosas, explicaciones más avanzadas proponen que el conglomerado de síntomas de ansiedad y depresión forman parte de un mismo espectro, compartiendo el mismo origen y desarrollo y que probablemente la depresión va más allá en el proceso hacia la complejidad. El fracaso de la persona por controlar las respuestas de ansiedad mediante la huida o la lucha podría conducirla a un estado de desesperanza aprendida, sobre todo si sus esfuerzos no tienen éxito. Seligman (1972) acuñó el término desesperanza o indefensión aprendida a partir de la observación de la conducta de los perros en un experimento que resultó ser clásico.

El experimento de Seligman constó de dos fases experimentales a las que se expusieron tres grupos de comparación. Durante la primera fase, las condiciones experimentales variaron de grupo a grupo. El grupo 1 recibió varios ensayos de choques eléctricos, en cada ensayo el animal podía escapar. Por su parte, el grupo

2 se sometió al mismo número de ensayos que el grupo 1, en los que cada perro recibía el choque con la misma intensidad y duración que un perro en el grupo 1 con el que se le había pareado previamente. Sin embargo, hiciera lo que hiciera no era posible escapar del choque. El grupo 3 fue un grupo de control que no recibió choques en la fase 1.

Durante la fase 2 todos los grupos se expusieron por igual a una serie de ensayos en una caja dividida en dos por una barrera que el animal tenía la posibilidad de saltar al recibir el choque. El resultado que se observó fue que los perros de los grupos 1 y 3 aprendieron fácil y rápidamente la tarea de la fase 2, es decir saltar la barrera. El grupo 2, por su parte, nunca saltó la barrera. Invariablemente, los perros del grupo 2 se echaban o quedaban paralizados durante la aplicación del choque.

De este experimento, Seligman concluyó que la falta de control de una situación adversa como lo es un choque eléctrico, produce desesperanza aprendida en los perros. Los perros del grupo 2 aprendieron, que hicieran lo que hicieran, no podían ejercer control sobre la situación para escapar del choque. Seligman halló también similitudes importantes entre la desesperanza y la depresión profunda que presentan algunos seres humanos, entre éstas, la incapacidad para resolver problemas que otras personas no deprimidas resuelven fácilmente y la parálisis o inactividad. Observó también que aunque se retirara la barrera, se les ofreciera comida o se les llamara, los perros del grupo 2 se quedaban echados, paralizados. Este principio se ha replicado en otros animales y, muy importante, en humanos.

El ser humano es mucho más complejo que un perro y tiene la capacidad de interpretar cognitivamente lo que ocurre en su intercambio con el ambiente que le rodea. Una de las características de la persona con síntomas de depresión es la interpretación que hace de su falta de control sobre las experiencias que vive. El ser humano recurre a la rumia depresiva, la cual implica un cambio cognoscitivo dirigido al análisis preciso de la problemática responsable de disparar sus síntomas. La rumia crea un círculo vicioso al repetirse el mismo pensamiento una y otra vez, lo que exacerba el problema y paraliza en vez de promover la acción para resolverlo (Segerstrom, Stanto, Alden y Shortridge, 2003; Freyre-Jiménez, 2017). Las manifestaciones depresivas incluyen interpretaciones defectuosas y distorsionadas de la realidad que también tienden a complicar el problema (Nolen-Hoeksema, 1991).

2.2 Los problemas interiorizados: ansiedad/depresión

A partir de una concepción dimensional de la psicopatología, autores como Achenbach y Rescorla (2001) han llamado problemas interiorizados a las agrupaciones de síndromes encubiertos y privados que se reflejan al interior de la persona, tales como la reactividad emocional, las respuestas de ansiedad y depresión, las quejas somáticas sin causa médica y el retraimiento social. La psicopatología interiorizada también se ha conocido como problemas emocionales (Achenbach y Ruffle, 2000; Achenbach, McConaughy y Howell, 1987; Rescorla et al., 2011).

Para explicar el origen y desarrollo de la ansiedad/depresión, los hallazgos de este campo dan especial importancia a la teoría de la triple vulnerabilidad

propuesta por Barlow (1988). Esta teoría resalta las similitudes entre la ansiedad y la depresión, más que las diferencias, para esclarecer tanto el origen común de ambas, como los mecanismos subyacentes a la ansiedad, depresión o ambas. Además, propone una triple vulnerabilidad responsable de la aparición de la ansiedad/depresión: la vulnerabilidad genética generalizada, la vulnerabilidad psicológica generalizada y la vulnerabilidad psicológica específica. De acuerdo con Barlow, la vulnerabilidad biológica generalizada es una predisposición inespecífica que conlleva una reactividad elevada a los cambios ambientales. A ésta contribuyen factores genéticos no específicos, como el temperamento o la inhibición conductual, asociados ambos con el afecto negativo (Caspi, Hariri, Holmes, Uher y Moffitt, 2010; Gunthert, Conner, Armeli, Tennen, Covault y Kranzler, 2007; Hariri y Holmes, 2006). Es decir, son disposiciones que trae la persona a su relación con el ambiente. Con respecto a esta vulnerabilidad, se ha propuesto que no presupone en sí genes buenos o malos relacionados con la psicopatología, sino que el individuo es más susceptible o no a la influencia ambiental adversa, razón por la cual se sugiere denominarla plasticidad (Belsky et al., 2009).

Por otra parte, la vulnerabilidad psicológica generalizada o diátesis es también inespecífica y ocurre como producto de la interacción con el ambiente mediante experiencias tempranas relacionadas con los estados afectivos negativos, propios de la vulnerabilidad genética generalizada, que producen un sentido de ausencia de control sobre el ambiente. Finalmente, la tercera vulnerabilidad, la psicológica específica explica las manifestaciones o expresiones de la ansiedad/depresión como dependientes de situaciones y circunstancias

específicas. De esas situaciones y circunstancias dependen las características que definen a los grupos de síntomas concretos actualmente clasificados como trastornos de ansiedad y depresivos. Así, la coyuntura o diátesis de estas tres vulnerabilidades, en función de las circunstancias específicas de los contextos con los que interacciona la persona explicaría la aparición de la ansiedad/depresión (Barlow, 2002).

De acuerdo con la investigación, a la vulnerabilidad genética generalizada subyace un estado de afecto negativo no específico que dispone a la persona a experimentar reacciones de alarma o de defensa, pero sin que la caracterice una expresión emocional concreta. Se habla de una diátesis, entendida como una predisposición orgánica que sólo entra en funcionamiento, si se dan las circunstancias ambientales necesarias. Por lo tanto, sin la concurrencia de la vulnerabilidad psicológica generalizada, la vulnerabilidad genética generalizada no se desarrollaría en síntomas interiorizados posteriormente a lo largo de la vida. Es decir, para que se active el espectro del afecto negativo que caracteriza a la ansiedad y a la depresión, es necesario el efecto catalizador de la experiencia temprana adversa. Esta coyuntura de vulnerabilidades encontrará su expresión propia dependiendo de las particularidades del contexto en el que se desenvuelva la persona.

Los resultados de las investigaciones realizadas para comprobar la teoría de Barlow apoyan los postulados básicos de ésta. En individuos con la vulnerabilidad genética generalizada (por ejemplo, personas con alta reactividad emocional, con temperamento difícil), la falta de previsibilidad y control, o simplemente la

percepción de falta de previsibilidad y control, sobre los sucesos vitales puede conducir a síntomas interiorizados y, en general, a psicopatología. El estrés temprano en la vida conduce a un aumento de las respuestas del eje HPA, afecto negativo y reacciones de alarma. La atribución de falta de control y previsibilidad se relaciona con el afecto negativo, más que con la ansiedad misma. En contraste, una crianza plena de calidez, apoyo emocional y receptividad por parte de los cuidadores principales dota al niño de la percepción de dominio y control, lo que parece proteger contra la aparición de la ansiedad patológica (Perrino et al., 2014; Ttoffi, Bowes, Farrington y Lösel, 2014; Yap, Morgan, Cairns, Jorm, Hetrick y Merry, 2016), aún en individuos con una elevada reactividad emocional.

Por su parte, la vulnerabilidad psicológica generalizada refleja una percepción o sensación de falta de control de las situaciones de vida, lo que conduce a síntomas interiorizados (ansiedad/depresión). Existe una relación directa entre las prácticas parentales y la percepción o sensación de control o dominio sobre el contexto, asociado con el inicio de la ansiedad. Los hijos de padres responsivos, cálidos presentan un locus de control interno, con mayor control sobre su ambiente. Las experiencias de control se convierten en parte del bagaje personal de previsibilidad y percepción de control, lo que promueve nuevas oportunidades de dominio de los eventos ambientales. La ausencia de esas experiencias de control y dominio fomentan la sensación de carencia de control, lo que conduce a una percepción más exacerbada de carencia de control y, consecuentemente, a la aparición de síntomas interiorizados.

Otra línea de investigación que añade sustento a la teoría de la triple vulnerabilidad es la que se realiza en el área de la neurobiología. Como resultado del estrés crónico producido por las experiencias tempranas adversas ocurren cambios en el hipocampo y en la amígdala. Ambas estructuras desempeñan un papel importante en la cognición y la regulación emocional. Las personas que a temprana edad han experimentado ambientes familiares conflictivos y relaciones negativas con sus padres presentan en el curso de la vida un desequilibrio químico cerebral y disfunción hormonal. Estas alteraciones biológicas se convierten en una carga alostática que altera la forma en que la persona interpreta los estímulos e influye sobre su conducta y sus respuestas hormonales ante situaciones potencialmente estresantes (McEwan, 2003). El cerebro no sólo codifica la información, sino que sufre cambios a partir de esas experiencias.

Concretamente, de la interacción entre las experiencias tempranas adversas y las vulnerabilidades genéticas, se ven comprometidos los sistemas de regulación biológica que responden al estrés, incluyendo el funcionamiento simpático-adrenomedular e hipotalámico-pituitario-adrenocortical. Como secuelas psicológicas de esta disfunción biológica se perturban el procesamiento de las emociones y la competencia social. La secreción crónica de cortisol durante estos periodos de estrés daña el hipocampo y el sistema inmunológico (Repetti, Taylor y Seeman, 2002), causando mayor daño si la situación de estrés se percibe como incontrolable (Miller, Chen y Zhou, 2007).

La experiencia temprana adversa en combinación con la predisposición genética crea una diátesis neurobiológica que se activa con la experiencia de

sucesos estresantes vitales adicionales u otros disparadores, lo que completa el modelo de las tres vulnerabilidades para el desarrollo de la psicopatología interiorizada. La percepción de escaso control de las situaciones adversas, enfrentadas temprano en la vida, producida en individuos con vulnerabilidad biológica o genética generalizada conduce a la inhibición caracterizada por reacciones somáticas indiferenciadas. Tanto esta percepción de falta de control como la inhibición se mantienen a lo largo de desarrollo.

La tercera vulnerabilidad se refiere a las circunstancias específicas que matizan y dan forma al afecto negativo de una persona que presenta la vulnerabilidad psicológica generalizada. Son también entonces aprendidas similar a las conceptualizaciones situadas, y parten de la experiencia temprana. Se enfocan en características del contexto concretas, y son las que tipifican y dotan de manifestaciones específicas a los diversos trastornos. De acuerdo con Barlow et al. (2004), en los síndromes interiorizados, sin excluir la depresión, se sobreestima la probabilidad de que ocurra un evento negativo y se exageren las consecuencias en el caso de que este evento negativo ocurriese.

La evitación es un componente presente en los problemas interiorizados. Lo que básicamente distingue a los trastornos actualmente tipificados como trastornos de ansiedad, y como se verá también a los depresivos, son las circunstancias específicas que matizan las preocupaciones y respuestas de evitación. Son mucho más las similitudes que las diferencias de un trastorno a otro y, como lo propone la teoría de la triple vulnerabilidad de Barlow, comparten un mismo origen.

Finalmente, en el caso de la depresión, recientemente se ha reconocido también que se recurre al aislamiento y a la inactividad como estrategias para evitar interacciones y contextos que provocan afecto negativo.

La investigación que apoya la explicación sobre la triple vulnerabilidad se contrapone ostensiblemente a la conceptualización categórica de la psicopatología representada en los sistemas de clasificación más importantes de los llamados trastornos mentales en el mundo, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) y la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (ICD, por sus siglas en inglés), basados en el modelo médico.

Como opción basada en la investigación en este campo, la agrupación de síntomas interiorizados y exteriorizados surge entonces bajo la óptica de un modelo dimensional (Krueger, MacDonald y Tackett, 2016; Maddux, Gosselin y Winstead, 2016) que explica con mayor precisión la manera en que la psicopatología se manifiesta (Castellini et al., 2011; Regier, 2012; Rutter, 2003; Widiger y Samuel, 2005; Wildes y Marcus, 2013; Wilfley, Bishop, Wilson y Agras, 2007). Desde esta perspectiva, tanto el comportamiento desadaptado como el comportamiento en general, se estudian en función del grado en que se presenta (Widiger y Samuel, 2005), considerando que las manifestaciones patológicas parten de un continuo que va de la normalidad a la anormalidad (Widakowich, 2012). Visión que coincide con la perspectiva de la psicopatología del desarrollo.

El modelo jerárquico dimensional se ha planteado como un modelo psicológico que logra un mejor reflejo de la realidad gracias a que surge de un sustento empírico que resalta el funcionamiento psicológico y la severidad de los

problemas. El análisis funcional y la evaluación de dimensiones, permite así, brindar una mayor importancia a las diferencias individuales y prescindir de los discontinuos entre normalidad y anormalidad (Hernández-Guzmán et al., 2011).

Las dimensiones, dentro de este enfoque, comprenden conjuntos de síndromes que posibilitan que los procedimientos de evaluación determinen para cada persona, si los niveles de los problemas, en este caso interiorizados, son elevados (Achenbach, Ivanova, Rescorla, Turner y Althoff, 2016). La inclusión de puntajes dimensionales, también hace posible que muchos tipos de problemas puedan concurrir con muchos otros sin que represente necesariamente múltiples trastornos comórbidos, sino sólo un patrón de problemas particulares en un perfil de puntajes de una escala dimensional. Este tipo de evaluación, a diferencia de la categórica, evita las decisiones forzadas para etiquetar la sintomatología y contribuye a que los grupos de problemas interiorizados y exteriorizados se vuelvan clínicamente más válidos y útiles (Achenbach et al., 2016).

2.3 La investigación sobre la dimensionalidad de los problemas interiorizados

La línea de investigación dedicada a someter a prueba el modelo dimensional de la psicopatología ha utilizado el análisis de cúmulos para arrojar luz sobre la forma en que los síntomas de ansiedad y depresión se agrupan (Hernández-Guzmán, 2012). Se cuenta con datos de población adulta que han mostrado cómo los trastornos de ansiedad se aglutinan en dimensiones que guardan relaciones estrechas entre ellas (Barlow, et al., 2004), sobretodo en relación con el afecto negativo (Goldberg, 2000).

En el caso de los niños y adolescentes, un primer grupo de estudios ha indagado si es posible distinguir los trastornos de ansiedad tipificados por el sistema DSM. Dentro de ese contexto, Spence (1997, 1998) ha hallado que el conjunto de trastornos de ansiedad en la infancia (fobia específica, fobia social, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y pánico/agorafobia) correlacionan fuertemente entre ellos, pero su hallazgo más importante es que subyacen a un factor de segundo orden o supraordenado de ansiedad general. Este hallazgo sugiere que los trastornos de ansiedad más comunes clasificados por el sistema DSM-IV-TR comparten características y se engloban bajo una dimensión más amplia. Aunque los resultados de Spence se han corroborado en un estudio realizado en México (Hernández Guzmán et al., 2010), otros grupos han informado sobre estructuras diferentes. Por ejemplo, Essau, Sakano, Ishikawa y Sasagawa (2004) encontraron una estructura de 5 factores que no replica los datos de Spence. Hallazgo que tampoco apoya las categorías propuestas por el DSM. Es más, refleja amalgamas entre los distintos trastornos de ansiedad en apoyo a una concepción dimensional.

Se ha tomado en cuenta no sólo los síntomas actualmente aglutinados en los trastornos de ansiedad, sino que han analizado la gama de síntomas asociados con los trastornos interiorizados que comprenden tanto a la ansiedad como a la depresión, las quejas somáticas y el retraimiento. Los datos apuntan hacia diversos arreglos y agrupaciones de síntomas que sugieren conclusiones que frustran la pretensión de hallar sustento para la explicación categórica.

La mayoría de los estudios han intentado someter a prueba la teoría tripartita de la emoción propuesta por Clark y Watson (1991) que ha explicado el

comportamiento de los síntomas de la ansiedad y la depresión mediante tres dimensiones. El primer componente es el afecto negativo o angustia general no específica, constructo que intenta comprender las características que comparten la ansiedad y la depresión. Los otros dos componentes son la ausencia de afecto positivo que teóricamente se identifica como más específico de la depresión, y los síntomas de hiperactivación fisiológica, propios de la ansiedad.

Los resultados de los estudios que han sometido a prueba la teoría tripartita dejan vacíos importantes. Se cuenta con datos de población adulta que han mostrado cómo los síntomas de ansiedad y la depresión se agrupan en dimensiones que guardan relaciones entre ellas (Barlow, et al., 2004). Indirectamente, Barlow y Campbell (2000) habían encontrado implicaciones importantes para la concepción tripartita de la emoción, al indagar sobre una nueva categoría diagnóstica, la ansiedad y depresión mixtas (*mixed anxiety-depression disorder; MADD* por sus siglas en inglés), propuesta para el DSM-IV por Zinbarg, et al. (1994). Sus datos sugieren que los síntomas de la ansiedad y la depresión se engloban bajo el constructo de afecto negativo.

En población infantil y adolescente, Chorpita, Plummer y Moffit (2000) demostraron que los síntomas agrupados por el DSM IV-TR en ansiedad social, depresión, pánico, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y ansiedad de separación comparten los constructos emocionales propuestos por el modelo tripartito. Chorpita (2002), al explorar en población infantil los mismos síntomas del estudio anterior, pudo también corroborar que los síntomas de ansiedad y depresión subyacen a un factor supraordenado de afecto negativo.

Como parte de las conclusiones de este estudio, se propuso que las dimensiones afectivas no necesariamente son propias de los trastornos de ansiedad, tal como los caracteriza el DSM. Este estudio halló también que la hiperactivación fisiológica se asocia sólo con el pánico, pero como consecuencia de éste y no como un factor de orden superior. Los datos de ambos estudios indican que los síntomas actualmente agrupados en los trastornos de ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo y pánico comparten el afecto negativo. También se encontró que el afecto positivo se relaciona negativamente con los síntomas de depresión y que la hiperactivación fisiológica es propia del pánico.

Los datos de otro grupo de estudios, si bien no apoyan al modelo tripartito, sí corroboran el traslape de síntomas entre la ansiedad y la depresión. Por ejemplo, Ollendick, Seligman, Goza, Byrd y Singh (2003) han hallado apoyo a un modelo de dos factores, en el que la ansiedad y la depresión correlacionan fuertemente, a la vez que presentan un traslape importante.

Por otra parte, al explorar cómo se agrupan los síntomas de pares de trastornos, como es el caso del trastorno depresivo mayor y la ansiedad generalizada, se ha encontrado un evidente traslape, lo que ha alertado acerca de posibles implicaciones graves para el diagnóstico (Higa-McMillan, Smith, Chorpita y Hayashi, 2008; Lahey, et al., 2008). De acuerdo con el DSM, el criterio jerárquico que se aplica al trastorno de ansiedad generalizada, cuando se haya comórbido con la depresión, obliga a no diagnosticarlo si sus síntomas se limitan a la duración del episodio depresivo. Existen datos que sugieren que, en comparación con los pacientes deprimidos sin ansiedad generalizada, aquéllos que la presentan tienen

mayor ideación suicida, peor funcionamiento psicosocial, mayor frecuencia de trastornos por ansiedad, de alimentación y somatomorfos, y su autoinforme refleja más psicopatología en el eje I. Se ha sugerido por lo tanto la eliminación del criterio jerárquico de exclusión (Zimmerman y Chelminski, 2003). Se hace así patente la importancia de apoyar las decisiones clínicas en datos de investigación y no en la confinación arbitraria de síntomas a categorías específicas.

Una de las conclusiones más importantes derivadas de los estudios en donde se analiza la forma en que se agrupan los síntomas de los problemas interiorizados es la aparición de las dimensiones supraordenadas como constructo. En la gran mayoría de los casos, se confirma el afecto negativo como un constructo supraordenado que engloba a los síntomas de ansiedad y depresión (Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Krueger y Markon, 2006; Watson y Tellegen, 1985).

Por último, otro hallazgo importante es que, a la vez que la hiperactivación fisiológica no se confirma como un constructo supraordenado, no hay apoyo para la ausencia de afecto positivo como dimensión. La conclusión general es que, si bien no se confirma la teoría tripartita de la emoción, sí se encuentra suficiente evidencia para sustentar una explicación dimensional de la psicopatología. En sentido opuesto, no hay datos que apoyen una explicación categórica.

2.4 Implicaciones para el diagnóstico y el tratamiento

A la explicación dimensional de la psicopatología subyace el reconocimiento de una influencia bidireccional constante entre variables biológicas, y ambientales o contextuales. Es decir, los datos de investigación científica sobre el funcionamiento psicológico del ser humano son la clave para comprender la

psicopatología. No es posible explicar cabalmente la psicopatología, sin el entendimiento científico básico del funcionamiento psicológico y de su desarrollo (Widiger, 2005; Hinshaw y Arnold, 2015).

Los tratamientos más eficaces para abordar los problemas interiorizados son las técnicas cognitivo-conductuales. Las explicaciones cognitivo-conductuales de la psicopatología se basan en los principios del aprendizaje y fincan su énfasis en la influencia del ambiente sobre la conducta, pero integran la participación de factores cognitivos, de procesamiento de información y emocionales.

De la combinación del enfoque conductual y el cognitivo surge la terapia cognitivo-conductual (TCC). Si bien ésta evolucionó a partir de los preceptos teóricos del condicionamiento clásico y operante, hoy en día se reconoce la relevancia de los eventos encubiertos, para los que también son válidos los principios del aprendizaje (Hernández-Guzmán, González y López, 2002). La terapia conductual enfatiza la influencia directa del ambiente sobre la conducta del individuo mediante los principios de aprendizaje clásico, operante y social para comprender el origen de los problemas. En contraste el enfoque cognitivo es mediacional, pues atribuye el cambio conductual a la reestructuración de los pensamientos y emociones. Su integración ha sido posible, pues ambas posturas reconocen que la conducta se define como una integración de las cogniciones, emociones y conducta instrumental. Es decir, la conducta instrumental no es un elemento aislado de la cognición y la emoción. Las estrategias cognitivo-conductuales comienzan con la reestructuración de los pensamientos hacia formas

más positivas para llevar a la persona a acciones adaptativas y asertivas (Bernstein y Kinlan, 1997; Compton, et al., 2004).

Desde esta perspectiva, los problemas interiorizados entrañan interpretaciones distorsionadas a partir de la deformación perceptual de las características relevantes de una situación determinada asociada con creencias erróneas de la realidad, la que a su vez se traduce en conductas de evitación. De acuerdo con Barlow et al. (2004) en cada uno de los problemas interiorizados se sobreestima la probabilidad de que ocurra un evento negativo y se exageren las consecuencias en el caso de que este evento negativo ocurriese. En todos los casos se evita. Lo que varía entre ellos es la valoración cognitiva asociada con un contexto o una situación que da lugar a respuestas de evitación. A los trastornos emocionales subyacen componentes comunes que superan a los que no comparten.

Es así como el interés en aumento sobre el tratamiento transdiagnóstico permite el surgimiento de una nueva aproximación a los debates alrededor del tratamiento cognitivo conductual, por un lado, y, por el otro, alrededor de la ausencia de validez de las categorías diagnósticas que poseen más similitudes que diferencias. Autores como Barlow et al. (2004) han propuesto unificar el tratamiento de los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitivo-conductual, basados en la teoría de las tres vulnerabilidades: la vulnerabilidad biológica generalizada, la psicológica generalizada (o diátesis) y la psicológica específica.

Se abre así la posibilidad de delinear un esquema general de tratamiento transdiagnóstico para los trastornos emocionales. Esquema que no representa propiamente el tratamiento. En vez de ello, determina los componentes centrales

que todo tratamiento unificado debe contemplar (Barlow et al., 2004). Son 4 los componentes que comprenden el esquema unificado propuesto por Barlow: la psicoeducación relativa a los síntomas que presenta la persona, la reestructuración cognitiva, la prevención de la evitación emocional y la activación neuro-muscular.

El tratamiento transdiagnóstico se dirige a procesos básicos comunes de la sintomatología catalogada bajo distintos diagnósticos y se ha trabajado en el campo de la psicopatología interiorizada. En línea con este enfoque existe una iniciativa importante del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIHM, por sus siglas en inglés) que ha planteado un proyecto llamado RDoC (Research Domain Criteria). Este proyecto pretende establecer una nueva forma de investigación que retome dimensiones psicológicas y biológicas para la comprensión de la psicopatología. Así, este modelo apoya la descripción del comportamiento por medio de constructos psicológicos que se agrupan en dominios de orden superior y reconoce la importancia de estos procesos en el origen de diferentes manifestaciones psicopatológicas.

Por medio de diversos hallazgos de investigación, el RDoC ha logrado identificar cinco dominios o sistemas: 1) de valencia negativa, que responden a situaciones o contextos adversos; 2) de valencia positiva, responsables de respuestas a situaciones o contextos motivacionales; 3) cognitivos, responsables de diversos procesos cognitivos; 4) de procesos sociales, encargados de mediar las respuestas en entornos interpersonales; y 5) de excitación/regulación, en los que se lleva a cabo la regulación homeostática adecuada de sistemas, por ejemplo del sueño o equilibrio de energía. Así, el proyecto RDoC ofrece la posibilidad de

replantear la psicopatología desde la perspectiva dimensional y permite que el tratamiento se dirija a mecanismos y procesos biológicos y conductuales, tales como el afecto negativo y la regulación emocional que subyacen a las manifestaciones psicopatológicas independientes de las categorías diagnósticas. Se ha sugerido que tanto el afecto negativo como la regulación emocional son elementos transdiagnósticos a los problemas interiorizados (Lukas, Ebert, Trevisis, Caspar y Berking, 2017).

Según la investigación, uno de los medios que permite trabajar con la regulación emocional utilizando técnicas de la terapia cognitivo conductual, es la lucidez plena, la cual permite acceder con mayor facilidad a fenómenos encubiertos como son los procesos afectivos y cognitivos (Brown, Ryan y Creswell, 2007).

Capítulo 3. Lucidez plena

3.1 ¿Qué es la lucidez plena?

La lucidez plena se define como el estado de conciencia que emerge al prestar atención particular e intencionalmente al momento presente. Esto sucede a partir de un proceso dinámico que permite saber, en primer lugar, cómo y hacia a dónde enfocar la atención y, en segundo lugar, reconocer y vincular pensamientos, sentimientos, sensaciones y percepciones sin emitir juicios que los configuren como buenos o malos (Bishop, Duncan, Brett y Lawrence, 2004; Kabat-Zinn, 1994; 2003; Kang, Gruber y Gray, 2013; Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016; Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006). Este estado mental se denomina *mindfulness* en el idioma inglés y en el mundo hispanohablante y en México comúnmente se traduce como atención plena. Sin embargo, debido a las implicaciones prácticas que este estado mental conlleva, en este trabajo se llamará lucidez plena. Lucidez plena resulta más apropiado, porque requiere claridad y discernimiento. El origen de la lucidez plena se encuentra en muchas tradiciones culturales contemplativas y filosóficas, particularmente el budismo (Kabat-Zinn, 2000). Sin embargo, actualmente su práctica se enseña sin referirse necesariamente a alguna de estas tradiciones, ni a creencias religiosas. Su línea de investigación se considera como un objetivo legítimo de la práctica clínica y de la investigación occidental (Hayes y Wilson, 2003).

En la literatura científica existe un consenso general que indica que la lucidez plena se refiere a mejorar las habilidades atencionales para enfocarse en el momento presente, sin embargo aún no hay una definición operacional definitiva

(Malinowski, 2008; 2013). A pesar de ello, hasta ahora dos grupos de autores han intentado desarrollar una serie de componentes esenciales de la lucidez plena. Primero, Bishop et al. (2004) han propuesto una definición operacional que consiste en dos factores: 1) la orientación de la atención al momento presente con una actitud de aceptación, apertura y curiosidad, 2) la autorregulación de la atención mantenida hacia la experiencia inmediata. Posteriormente, Kang et al. (2013) presentaron cuatro componentes necesarios para que ocurra la lucidez plena. El primero consiste en tener conocimiento consciente de la propia experiencia; el segundo implica guiar la atención hacia un flujo constante de estímulos internos y/o externos; el tercero abarca el enfoque atencional con o sin esfuerzo hacia fenómenos en el interior o exterior que ocurren en cada momento consciente. Por último, el cuarto elemento, se refiere a la aceptación sin prejuicios que representa la experimentación de los pensamientos, sensaciones y eventos tal como son, es decir, sin juzgarlos cuando se vuelven conscientes.

Considerando ambas propuestas, un momento de lucidez plena, entonces, comprendería idealmente la conexión del individuo con lo que está sucediendo en el presente, por medio de la observación y la aceptación, tanto de lo que sucede en el mundo externo, como de las respuestas internas (Baer, 2003) para que la persona pueda responder y tomar decisiones con plena conciencia de sus respuestas. Así, sería posible emitir un comportamiento más flexible y adaptado (Thompson y Gauntlett-Gilbert, 2008). Sin embargo, es prudente hacer un paréntesis para mencionar que, a pesar de que hasta ahora la evidencia ha apoyado los componentes de la lucidez plena ya mencionados, aún es escasa la investigación

que cuestiona si es la lucidez plena por sí misma, la que conduce al cambio del comportamiento, o bien, si funciona sólo como un vehículo que ayuda al individuo a entrenar su atención para enfocarla de manera sistemática a ciertos procesos. Por ejemplo, actualmente existen estudios que han comprobado que un comportamiento flexible y adaptado se logra, gracias a que la lucidez plena beneficia el desarrollo de una conciencia introspectiva, la estabilidad de la atención y la reducción de la vulnerabilidad cognitiva a las reacciones mentales automáticas que aumentan el estrés, la angustia emocional y otras formas de psicopatología (Bishop et al., 2004; Dorjee, 2010). Es decir, la lucidez plena brinda al individuo la capacidad de reconocer los pensamientos o emociones evocadas por él mismo, conocer si el control de las experiencias están o no a su alcance, reducir la automaticidad de algunos procesos y mejorar de manera significativa las estrategias autorregulatorias que tienen implicaciones importantes en el bienestar psicológico y fisiológico (Kang, Gruber y Gray, 2013). A pesar de ello, aún se requieren estudios que propongan y discutan cómo trabajar con dichos beneficios otorgados por la lucidez plena. Por ejemplo, Tang y Posner (2012) proponen que, más allá de atender al cuerpo, el proceso de lucidez plena podría integrarse en el trabajo con otros elementos, como los pensamientos y su relación con las emociones o la solución de problemas. Esto, por medio de la imaginación guiada para el desarrollo de nuevos tratamientos. Podría conceptuarse así, como un medio en el que es posible aplicar de manera encubierta las estrategias cognitivo conductuales, tal como la exposición.

Aún con ello, se sabe que el proceso que brinda los beneficios de la lucidez plena se da gracias a la promoción de un *insight* metacognitivo (Teasdale, 1999b).

Éste se define como una forma de pensar menos automáticamente que incrementa y favorece el conocimiento de los procesos internos y reduce los patrones reactivos de pensamientos, sentimientos y comportamientos, ya que hay ocasiones en que dichos esquemas no reflejan la realidad de forma precisa y facilitan las percepciones distorsionadas de las situaciones (Chapman et al., 2013). Es decir, si bien, la vida mental de las personas se sostiene en gran medida por procesos automáticos, espontáneos, inconscientes e instantáneos y esta automaticidad se considera adaptada, debido a que permite liberar la carga autorregulatoria de los procesos atencionales que no son necesarios en determinadas tareas (Bargh y Chartrand, 1999), un exceso de estas reacciones mentales mecánicas también podría conducir a resultados negativos (Kang, Gruber, y Gray, 2013). En este sentido, el *insight* metacognitivo forma parte de un proceso llamado de-centralización o de-automatización, en el cual el individuo cambia la relación que lleva con sus pensamientos y sentimientos, de querer modificarlos a aceptar que éstos son sólo eventos mentales efímeros que no necesariamente representan la realidad (Segal, Williams, y Teasdale, 2002).

Cuando la de-automatización sucede a menudo, la lucidez plena se vuelve más útil, ya que logra integrarla a la vida cotidiana (Thompson y Gauntlett-Gilbert, 2008) y da oportunidad y tiempo a que las respuestas automáticas se realicen de forma distinta (Bishop et al., 2004; Fox, Kang, Lifshitz y Christoff, 2016; Kabat-Zinn, 1990; Lueke y Gibson, 2014; McCracken, 2005). Por ejemplo, cuando las personas reciben un mensaje de texto, la reacción natural y automática es tomar el celular mientras los pensamientos están intentando verificar quién habrá escrito el mensaje

y qué es lo que podría decir o solicitar. En cambio, cuando las respuestas se hacen conscientes, es posible analizar los pensamientos que se están presentando, las necesidades físicas para poder tomar el teléfono y elegir si es el momento adecuado o no para responder al mensaje. Así, la respuesta a la situación se lleva a cabo de una manera más atenta, es decir, la persona nota lo que sucede en el momento presente con respecto a sus pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales y conducta (Thompson y Gauntlett-Gilbert, 2008).

3.2 Intervenciones basadas en lucidez plena

De acuerdo con lo anterior, se considera entonces que la lucidez plena es un estado psicológicamente adaptativo (Kang, Gruber y Gray, 2013) que puede desarrollarse y mejorarse con entrenamiento (Schonert-Reichl et al., 2015). Por ello, en 1979, dentro del enfoque conductual y cognitivo-conductual emergieron los primeros tratamientos psicológicos que consideraron la lucidez plena como componente central (Yuan-Yuan et al., 2018). Éstos formaron parte de los tratamientos de la tercera ola o de la tercera generación y el propósito principal ha sido legitimar el afecto y la experiencia emocional como diana del tratamiento (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016). Es decir, con estos programas se intentó incidir directamente en el contexto interno, encubierto, en el que se originan experiencias como el afecto, los pensamientos o los sentimientos sin modificar el contenido de los mismos o de la conducta. En otras palabras, el interés de estos planes de intervención fue equilibrar en la persona el deseo de cambiar una experiencia por otra y aceptar de forma consciente el momento presente (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016).

La primera intervención de este tipo surgió en la Universidad de Massachussets y se denominó Programa de Reducción del Estrés basado en la Lucidez Plena (MBSR por sus siglas en inglés). Tuvo como propósito intervenir en adultos con afecciones crónicas de salud (Kabat-Zinn, 1990; Williams y Kabat-Zinn, 2013) y, a partir de entonces y gracias a la evidencia empírica acumulada a favor de su eficacia, surgieron otros programas que incluían a la lucidez plena como componente principal. Tales programas son la Terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) que promueve la flexibilidad psicológica al resaltar la función y el contexto de la evitación experiencial; la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT, por sus siglas en inglés) la cual se aplica para reducir el riesgo de episodios depresivos, mejorando la capacidad de regulación de los estados de ánimo y emocionales. La Terapia Dialéctica del Comportamiento (DBT, por sus siglas en inglés), tiempo después de su introducción, ha incorporado las prácticas de atención y aceptación para abordar la desregulación emocional; entre otras.

En las intervenciones cognitivo conductuales y médicas, la lucidez plena se considera un complemento funcional y efectivo para el tratamiento de diversos síntomas y respuestas psicológicas y físicas, tales como el estrés, la ansiedad, la depresión y los problemas de comportamiento (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016). Desde su introducción, el interés empírico en los mecanismos teóricos en los que se basa la lucidez plena ha crecido significativamente. Aunque aún éstos no se comprenden por completo (Vickery y Dorjee, 2016), actualmente existe evidencia de los efectos que estas intervenciones tienen en la mejora del comportamiento, los procesos cognitivos, los procesos de

autorregulación, como la regulación de las emociones y la atención, y en general, en el bienestar psicológico (Blair y Diamond, 2008; Harnett y Dawe, 2012; Jimenez, Niles y Park, 2010; Kabat-Zinn, 2003; Meiklejohn et al., 2012; Ochsner, Bunge, Gross y Gabrieli, 2002; Perry-Parrish y Sibinga, 2014; Schonert-Reichl et al., 2015; Singh, Wahler, Adkins y Myers, 2003; Tang, Yang, Leve y Harold, 2012; Teper e Inzlicht, 2013).

Hasta ahora, se ha intentado teorizar y dirigir la mayoría de las intervenciones basadas en la lucidez plena, principalmente, hacia las capacidades regulatorias y de afrontamiento (Baer, 2003; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson y Laurenceau, 2007; Jimenez, Niles y Park, 2010; Perry-Parrish y Sibinga, 2014; Shapiro, Carlson, Astin, y Freedman, 2006) en niños, adolescentes y adultos (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016). En este sentido, se considera que en los primeros años de vida, la promoción de las habilidades de autorregulación es clave en el desarrollo, ya que facilitan los objetivos de comportamiento y las respuestas emocionales y cognitivas en los niños (Berger, Kofman, Livneh y Henik, 2007; Fjell et al., 2012; Marsh, Maia y Peterson, 2009; Posner y Rothbart, 2009; Fair et al., 2007; Farrant y Uddin, 2015; Posner et al., 2007; Zelazo y Lyons, 2012). Dentro de estas habilidades, existen dos en especial, que son fundamentales para la población infantil: la atención (Muris, Meesters y Rompelberg, 2007; Rueda et al., 2004; Rueda, Posner y Rothbart, 2005) como mecanismo subyacente de la respuesta emocional (Kaunhoven y Dorjee, 2017), y la regulación de las emociones como factor transdiagnóstico de los problemas interiorizados (Gross y Thompson, 2007; Lewis y Todd, 2007; Thompson, 1994). Ambas han acumulado evidencia que da

cuenta de una relación positiva con el entrenamiento en lucidez plena (Flook et al., 2010; Schonert-Reichl et al., 2015; Tang, Yang, Leve y Harold, 2012).

3.3 Influencia de la lucidez plena en la atención y la regulación emocional

En primer lugar, se sabe que la deficiencia en las habilidades atencionales se relaciona con síntomas interiorizados de ansiedad y depresión (Becker, Boustani, Gellatly y Chorpita, 2017; Brooker et al., 2014; Duque y Vázquez, 2015; Liotti y Tucker, 1992; Mogg et al., 2015; Owens y Hinshaw, 2016; Peckham, McHugh y Otto, 2010; Stange et al., 2017). Debido a ello, es importante resaltar los procesos neurocognitivos que respaldan la mejora de la atención en los niños a partir de las intervenciones basadas en la lucidez plena (Rothbart, Sheese, Rueda y Posner, 2011). Por una parte, existen los procesos neurales ascendentes (Goldin y Gross, 2010) que comprenden la detección de la salida de información, la orientación de la atención hacia el estímulo y la divagación mental. Por otra, se encuentran los procesos descendentes, los cuales se refieren a la atención ejecutiva y la orientación volitiva endógena. Respecto a éstos, se ha encontrado, por ejemplo, que el entrenamiento en lucidez plena brinda un incremento en el desempeño de niños de 9 a 12 años en los ensayos de la prueba de atención ejecutiva (ANT, por sus siglas en inglés) (Felver, Frank y McEachern, 2014). Estos resultados concuerdan con los de otro estudio realizado con niños de 9 a 11 años, donde el entrenamiento también mejoró el control inhibitorio y la flexibilidad cognitiva, ambos aspectos de la atención ejecutiva (Schonert-Reichl et al., 2015).

Los procesos neurocognitivos ascendentes y descendentes en la infancia se desarrollan para ser cada vez más complejos y estratégicos (Kaunhoven y Dorjee,

2017) y se ha comprobado que los niños que progresan realizándolos obtienen capacidades cada vez más estratégicas para regular sus emociones (Rothbart et al., 2011). En este caso, se sabe que la atención desempeña un papel esencial en la regulación emocional (Carlson y Wang, 2007; Ochsner y Gross, 2005; Zelazo y Cunningham, 2007).

Es por ello que, en segundo lugar, el entrenamiento y mejora de las habilidades de la atención ejecutiva por medio de la lucidez plena brinda también una regulación adaptada de las emociones (Quaglia et al., 2016; Teper, Segal e Inzlicht, 2013). Esta mejora se logra por medio de la promoción de una conciencia temprana de los pensamientos emocionales y la actitud de aceptación que brinda la atención ejecutiva (en lugar de la emisión de juicios), lo cual permite más flexibilidad emocional que ayuda a atender o inhibir emociones dependiendo de la situación o tarea a realizar (De Raedt et al., 2012; Schonert-Reichlet et al., 2015).

La aceptación involucra la vivencia activa y consciente de eventos encubiertos, tales como las cogniciones, emociones, sin intentar cambiarlos, controlarlos o evitarlos. La aceptación es una alternativa a la conducta de evitación que alienta la apertura del individuo a vivir sus experiencias internas y la voluntad de permanecer en contacto con esas experiencias (Chin y Hayes, 2017; Luoma, Hayes, y Walser, 2007). Ésta se lleva a cabo mediante ejercicios de exposición con el beneficio extra de aumentar la voluntad y la flexibilidad de respuesta. La flexibilidad de respuesta conlleva el estado de conciencia del momento presente que brinda la lucidez plena para generar el cambio del comportamiento (Luoma, Hayes, y Walser, 2007).

Así, la aceptación se encuentra bajo un enfoque pragmático de las terapias cognitivo conductuales en las que se trabaja con eventos psicológicos. Donde el objetivo no es trabajar con su forma, sino con su función. Por ejemplo un pensamiento puede ser irracional o una emoción negativa en una situación determinada. Sin embargo su función en dicha situación puede no ser negativa. El nivel de contenido de las experiencias internas está elaborado por un complejo sistema de cogniciones y lenguaje que se han formado debido a la experiencia de cada persona. Es por ello que por medio de la exposición se alienta a pensar y sentir esa emoción, cognición o sensación tal como es para después conducirlo a una interpretación más adecuada de la misma, en función del contexto en el que se suscitó (Hayes, Follete y Linehan, 2004). La lucidez plena es una de las técnicas en las que se apoyan las terapias cognitivo conductuales para poder acceder a los eventos internos (pensamientos, recuerdos, emociones, sensaciones corporales). Es decir, se utiliza la exposición por medio de la imaginación guiada y las metáforas para trabajar directamente con los eventos encubiertos como los pensamientos y las emociones (Fletcher y Hayes, 2005; Hayes, Follete y Linehan, 2004; Linehan, 1993; Roemer, Arbid, Martinez y Orsillo, 2017). Además, gracias a la lucidez plena, se fomenta la relación de apertura con las experiencias internas, la aceptación y el interés por querer experimentar estas experiencias como parte de sí mismo pero no determinantes del comportamiento (Blackledge y Hayes, 2001; Roemer et al., 2017; Zhang, Leeming, Smith, Chung, Hagger y Hayes, 2018).

La aceptación conlleva la apreciación, en el momento presente, de que la variedad de respuestas ante una situación es diversa independientemente del

pensamiento o emoción que se origine. Es decir, un pensamiento es un pensamiento y no la respuesta en sí. Con las emociones se trata de interpretarlas como un conjunto de sensaciones fisiológicas que no tienen por sí mismas el poder de hacer daño, sino que surgen de la relación con un contexto y la experiencia propia. De la misma forma, los pensamientos se aceptan como pensamientos y no como realidades definidas o prescritas y los recuerdos como recuerdos y no como descripciones de la realidad presente (Blackledge y Hayes, 2001).

Los hallazgos de investigación acerca de la aceptación precisan su utilidad e impulsan su incorporación a intervenciones dirigidas a problemas afectivos, ya que las personas con problemas interiorizados se enfrentan constantemente con emociones negativas (Campbell-Sills, Barlow, Brown y Hofmann, 2006; Dindo, Van Liew y Arch, 2017). Con respecto a los problemas interiorizados, un meta análisis (Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier y Samson, 2017) ha sugerido que el uso de estrategias como la aceptación, la reevaluación cognitiva y la resolución de problemas se relacionan con menos síndromes interiorizados, en contraste, las estrategias como la supresión, la evitación y la rumia se asocian con más. Además se encontró una asociación negativa sólida de los síndromes interiorizados con la aceptación y positiva con la rumia y la evitación.

Por ello, se considera de gran importancia para el diseño de intervenciones en población infantil la influencia de la lucidez plena sobre la regulación emocional. La capacidad para regular de forma adecuada las emociones en los primeros años de vida funciona como un factor de protección (Greenberg, Weissberg, O'Brien y Zins, 2003; Greenberg y Harris, 2012) que reduce el impacto de algunos elementos

estresores que conducirían al uso de estrategias desadaptadas en el manejo de situaciones afectivas negativas (Carthy, Horesh, Apter, Edge y Gross, 2010; Chiesa, Serretti y Jakobsen, 2013; Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016) y a manifestaciones psicopatológicas (Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier, y Samson, 2016). Además, la evidencia sugiere que los entrenamientos basados en lucidez plena funcionan como factor protector que promueve la resiliencia y bienestar psicológico al reducir las estrategias de afrontamiento disfuncionales (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016), el afecto negativo (Vickery y Dorjee, 2016) y, por tanto, la psicopatología interiorizada (Biegel, Brown, Shapiro y Schubert, 2009).

3.4 Lucidez plena en población infantil

A pesar de que existe una base consolidada de evidencia en favor del uso de intervenciones basadas en lucidez plena en población adulta (Baer, 2003; Hölzel et al., 2011; Tang, Yang, Leve y Harold, 2012), se considera que en niños y adolescentes esta línea de investigación aún está emergiendo. Es reciente la introducción e incremento de estos programas para el tratamiento de diversos síntomas en este grupo etario (Kallapiran, Kirubakaran, y Hancock, 2015; Thompson y Gauntlett-Gilbert, 2008). Los hallazgos preliminares sugieren que la lucidez plena en niños puede ser exitosa (Burke, 2010; Dunning et al., 2018; Harnett y Dawe, 2012; Kaunhoven y Dorjee, 2017; Semple, Lee, y Miller, 2006; Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016).

En estos programas adaptados para los niños se busca entrenar la atención para destacar la naturaleza transitoria de las emociones (Flook et al., 2010;

Mindfulness in Schools Project, 2015; Saltzman y Goldin, 2008) e incidir en la conciencia metacognitiva que permite concebir a las emociones como una fluctuación de estados y no como rasgos inherentes. Esto, de acuerdo con la teoría de las emociones construidas, también ayuda a regularlas (Barret, 2017a; 2017b). Además, se espera que el impacto en la evaluación cognitiva de las experiencias emocionales sea positivo, ya que a pesar de que las estructuras cerebrales de los niños se encuentran en proceso de maduración, (Decicco, Solomon y Denis, 2012; McRae et al., 2012; Qin, Young, Supekar, Uddin y Menon, 2012), el uso de estrategias al inicio de la respuesta emocional son el eslabón para que, posteriormente, se desarrollen fácilmente formas adecuadas de regulación de la emoción (Wadlinger e Isaacowitz, 2010). Es decir, se considera que la regulación emocional del niño mejorará en la medida en la que exista autoconciencia de las emociones o situaciones emocionales (positivas o negativas), ya que podrá aceptarlas como experiencias y no intentará evitarlas ni reaccionar impulsivamente ante ellas (Baer, 2003; Kavanagh, Andrade y May, 2004; Kabat-Zinn, 1990).

Así, la capacidad del niño para mejorar el manejo de sus emociones, se puede lograr por medio de la lucidez plena, la cual implica la conciencia de pensamientos, emociones y sensaciones corporales, el control de impulsos y la observación (Flook et al., 2010; Mindfulness in Schools Project, 2015; Saltzman y Goldin, 2008). Lo que permite la protección del bienestar psicológico del niño durante la vida cotidiana (Thompson y Gauntlett-Gilbert, 2008; Vickery y Dorjee, 2016) y que se puede trabajar por medio del enfoque de la atención, ya sea en la respiración, los pensamientos, las sensaciones corporales, los sonidos, o alguna

parte del cuerpo. Es decir, se desarrolla la capacidad de desviar la atención de un estímulo y reconocer el momento en que se ha desplazado la atención de dicho objeto/momento a otro con el fin de poder trabajar eventos encubiertos (Britton et al., 2014; Felver, Frank, y McEachern, 2014; Flook et al., 2010; Mindfulness in Schools Project, 2015; Schonert-Reichl et al., 2015; Thompson y Gauntlett-Gilbert, 2008). También existen técnicas orientadas al monitoreo corporal (Thompson y Gauntlett-Gilbert, 2008), el movimiento dirigido, los ejercicios de visualización guiada (Flook et al., 2010; Mindfulness in Schools Project, 2015; Schonert-Reichl et al., 2015) y los ejercicios de escucha que propician la inhibición de la atención a pensamientos o juicios intrusivos (Williams y Penman, 2011).

Los programas que usan la lucidez plena tienen un potencial benéfico en niños y adolescentes (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016), que se vuelve accesible en contextos escolares (Vickery y Dorjee, 2016). De tal forma que la mayoría de los estudios que prueban el impacto de las intervenciones basadas en lucidez plena se han realizado en estos escenarios con niños de edades entre los 7 y 12 años (Black, Milam y Sussman, 2009; Burke, 2010; Felver, Celis-deHoyos, Tezano y Singh, 2016; Felver y Jennings, 2016; Harnett y Dawe, 2012; Zenner, Hernleben y Walach, 2014).

Otros hallazgos recientes también proporcionan resultados que se suman a la creciente evidencia empírica que apoya la aceptabilidad y viabilidad de las intervenciones basadas en la lucidez plena en niños (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016). Además demuestran efectos favorables relacionados con el bienestar emocional (Brockman, Ciarrochi, Parker y Kashdan,

2017; Vickery y Dorjee, 2016). Por ejemplo, Schoeberlein y Koffler (2005), recopilaron datos de más de 18 centros escolares y comunitarios que impartían programas basados en lucidez plena tomando en cuenta el desarrollo del niño, sus resultados concluyeron que se reflejó un aumento de autoconciencia y autorreflexión, así como en la inteligencia emocional y las habilidades sociales. En otros estudios también se ha encontrado que después del entrenamiento en lucidez plena, mejoraron las funciones ejecutivas de los niños (Breslau et al., 2010; Felver, Tipsord, Morris, Racer y Dishion, 2014; Flook et al., 2010; Lee, Semple, Rosa y Miller, 2008; Petersen y Posner, 2012; Semple, Lee, Rosa y Miller, 2010; Steele, Karmiloff-Smith, Cornish y Scerif, 2012; Van der Oord, Bögels y Peijnenburg, 2012) y una reducción en la presión arterial (Semple, Reid y Miller, 2005). Además, un meta análisis de Zenner et al. (2014) encontró que las intervenciones basadas en lucidez plena en muestras de niños y adolescentes informan un tamaño del efecto fuerte en el rendimiento cognitivo y un efecto, entre moderado y fuerte, en la reducción del estrés.

En el ámbito del bienestar emocional existen también diversos estudios que dan cuenta de los beneficios que brindan los programas basados en la lucidez plena en niños. Por ejemplo, un estudio reciente de Vickery y Dorjee (2016) muestra que, en comparación con el grupo control, el afecto negativo del grupo que recibió el entrenamiento en lucidez plena disminuyó y mejoró la metacognición. En otros estudios también se ha confirmado la reducción de síntomas interiorizados, así como de síntomas exteriorizados, en muestras de niños (Lee, Semple, Rosa y Miller, 2008). Por último, actualmente, existe una revisión sistemática de Kallapiran,

Kirubakaran, y Hancock (2015) que evalúa la eficacia de las intervenciones basadas en lucidez plena dirigidas a la ansiedad, depresión y el estrés de niños y adolescentes, específicamente en ensayos aleatorios controlados. En este trabajo de investigación se sugiere que estas intervenciones podrían ser eficaces para población infantil y juvenil.

Por otra parte, los hallazgos de la investigación de la lucidez plena en el campo de las neurociencias han crecido en años recientes. En este sentido, se ha encontrado que la lucidez plena se asocia con cambios estructurales en el cerebro (Lazar et al., 2005). Un meta análisis de 21 estudios donde se utilizó neuroimagen encontró que la lucidez plena se relaciona con diferencias en estructuras clave del cerebro relacionadas con la metaconciencia, la conciencia corporal interoceptiva y exteroceptiva, la memoria consolidada, la regulación emocional y la comunicación intra e interhemisférica (Fox, et al., 2014). Además, un estudio longitudinal documenta que la lucidez plena induce cambios en la materia blanca del cerebro, la cual se relaciona con el córtex cingulado anterior y se involucra con los procesos de autorregulación (Tang et al., 2010).

Un estudio longitudinal aleatorio documenta la asociación de la lucidez plena con la mejora de la atención ejecutiva, el humor, la función inmunológica y la reducción de los niveles de las hormonas del estrés (Tang et al., 2007). Por último, una revisión de la literatura sugiere que la lucidez plena activa áreas cerebrales que están involucradas en los procesos de regulación emocional (Wheeler, Arnkoff y Glass, 2017). Así, la evidencia acumulada en esta área sugiere que la lucidez plena podría causar cambios de neuroplasticidad en la estructura y función de áreas

cerebrales relacionadas con la regulación de la atención, de la emoción y de la autoconciencia (Tang, Hölzel y Posner, 2015). A pesar de ello, se requiere de investigación con metodología más rigurosa y de la vinculación de los hallazgos de la neurociencia con los datos de la investigación del comportamiento para comprender la interacción de la lucidez plena con las redes cerebrales.

La evidencia acumulada sugiere que el uso de la lucidez plena en las terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de diversas manifestaciones psicopatológicas facilitaría el bienestar y la salud mental. Sin embargo, aún se requiere investigación que ayude a esclarecer el grado de eficacia que tienen las intervenciones que utilizan la lucidez plena como medio para acceder a eventos encubiertos. Ante tal necesidad, se deben evaluar de manera rigurosa y científica las intervenciones basadas en lucidez plena para niños y adolescentes. A largo plazo, esto garantizaría el acceso a una intervención clínica óptima y basada en evidencia. De igual manera, la expansión de los contextos sociales en los que la lucidez plena se evalúa, además de proporcionar continuidad a la investigación de los posibles mecanismos de cambio asociados con la lucidez plena, permitiría identificar los procesos emocionales y psicológicos y cómo es que mejoran para arrojar los resultados positivos informados en niños y adolescentes (Perry-Parrish, Copeland-Linder, Webb y Sibinga, 2016).

También se recomienda el diseño de tratamientos que apliquen la lucidez plena tomando en cuenta el momento del desarrollo de la población a la que están dirigidas (Thompson y Gauntlett-Gilbert, 2008). Se sabe que, debido a la escasa investigación acumulada en el área infantil, la mayoría de los programas que

entrenan a niños en lucidez plena adaptan aquellas intervenciones estandarizadas para adultos (Kaunhoven y Dorjee, 2017) que cuentan con un apoyo sólido en evidencia, principalmente, en el tratamiento de psicopatología interiorizada (Chiesa y Serretti, 2010; Hofmann et al., 2010; Keng, Smoski y Robins, 2011). Así, estas consideraciones finales y la integración de la literatura revisada en los capítulos precedentes permiten describir a continuación un algoritmo que retoma a la RE como un componente clave en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología interiorizada, además de presentar a la lucidez plena como una herramienta útil en la prevención y tratamiento de la misma.

Capítulo 4. Algoritmo dirigido a la regulación emocional para el tratamiento y prevención de problemas interiorizados en población infantil

La propuesta transdiagnóstica representa una alternativa a tratamientos específicos para cada trastorno tipificado. Surge de la investigación referente a mecanismos implicados en el desarrollo de la psicopatología que dan lugar a explicaciones que facilitan su entendimiento con precisión. Aquí se presenta la creación de una aplicación terapéutica como resultado de los estudios acerca del funcionamiento humano normal o anormal basados en un cúmulo de datos de investigación. Por lo que resultó importante comprender el fenómeno de la psicopatología.

Para la construcción del algoritmo se vierte información pertinente en los capítulos previos. Así, estos fungen como corolario a su presentación. Además, al esclarecer que no basta con agregar el término transdiagnóstico a un tratamiento para que éste realmente lo sea, y al reconocer la gran varianza que comparten los trastornos tipificados, el algoritmo echa mano del tratamiento transdiagnóstico que ha ganado terreno durante décadas recientes. Una de las conclusiones derivadas de los capítulos 1 y 2 de esta tesis es la existencia de mecanismos medulares que comparte la psicopatología, independientemente de las categorías diagnósticas. Las graves debilidades del modelo categórico que, basado en la observación clínica, ignora los resultados de la investigación actual sobre la explicación dimensional y los procesos genéticos, neurobiológicos, conductuales y ambientales que subyacen al funcionamiento humano, han provocado una reacción que se concreta en el proyecto RDoC. Al reconocer a la regulación emocional y las funciones ejecutivas

como mecanismos medulares, el RDoC deja al descubierto su relevancia para la psicopatología.

El transdiagnóstico se basa en los dominios medulares comunes a amplios conglomerados de síntomas clasificados arbitrariamente en diferentes criterios diagnósticos tipificados. El tratamiento transdiagnóstico se dirige a estos dominios o procesos medulares. El algoritmo que aquí se introduce está orientado a la regulación emocional, como un mecanismo medular que permea a los distintos trastornos tipificados, sin que los protocolos basados en él sean específicos para un trastorno en particular. Los protocolos transdiagnósticos que de él se deriven serán, por lo tanto, útiles para tratar personas pertenecientes a poblaciones variables clasificadas bajo diversos diagnósticos tipificados, y no descansarán en el conocimiento de esos diagnósticos para operar eficazmente.

La regulación emocional, comprendida como una competencia más, forma parte del proceso del desarrollo. Desde la Teoría de los Sistemas Dinámicos del Desarrollo fue posible explicar cómo la conducta desadaptada, entendida como psicopatología, es el resultado de los mismos mecanismos que dan lugar a la conducta normal. Esta explicación de la psicopatología se enfoca específicamente en la naturaleza cambiante y dinámica del ser humano a lo largo de su ciclo de vida. El cambio progresivo caracterizado por la emergencia de nuevas propiedades y competencias estructurales de complejidad creciente, objeto de estudio de la Teoría de los Sistemas Dinámicos del Desarrollo, explica tanto el desarrollo normal como el patológico.

4.1 Algoritmo

Un algoritmo comprende una serie de pasos ordenados que permiten solucionar un problema o llegar a una meta determinada. El algoritmo, presentado en este trabajo en forma de un diagrama de flujo (Figura 2), se dirige a la regulación emocional, considerada ésta como un dominio medular. Berking et al. (2008) han propuesto una secuencia de habilidades de regulación emocional cuya implantación se convierte en el objetivo del algoritmo. Las habilidades de regulación emocional de Berking muestran paralelismo con algunas de las técnicas cognitivo conductuales. A continuación, se explica cada componente del algoritmo general transdiagnóstico dirigido a la regulación emocional para el tratamiento y prevención de problemas interiorizados.

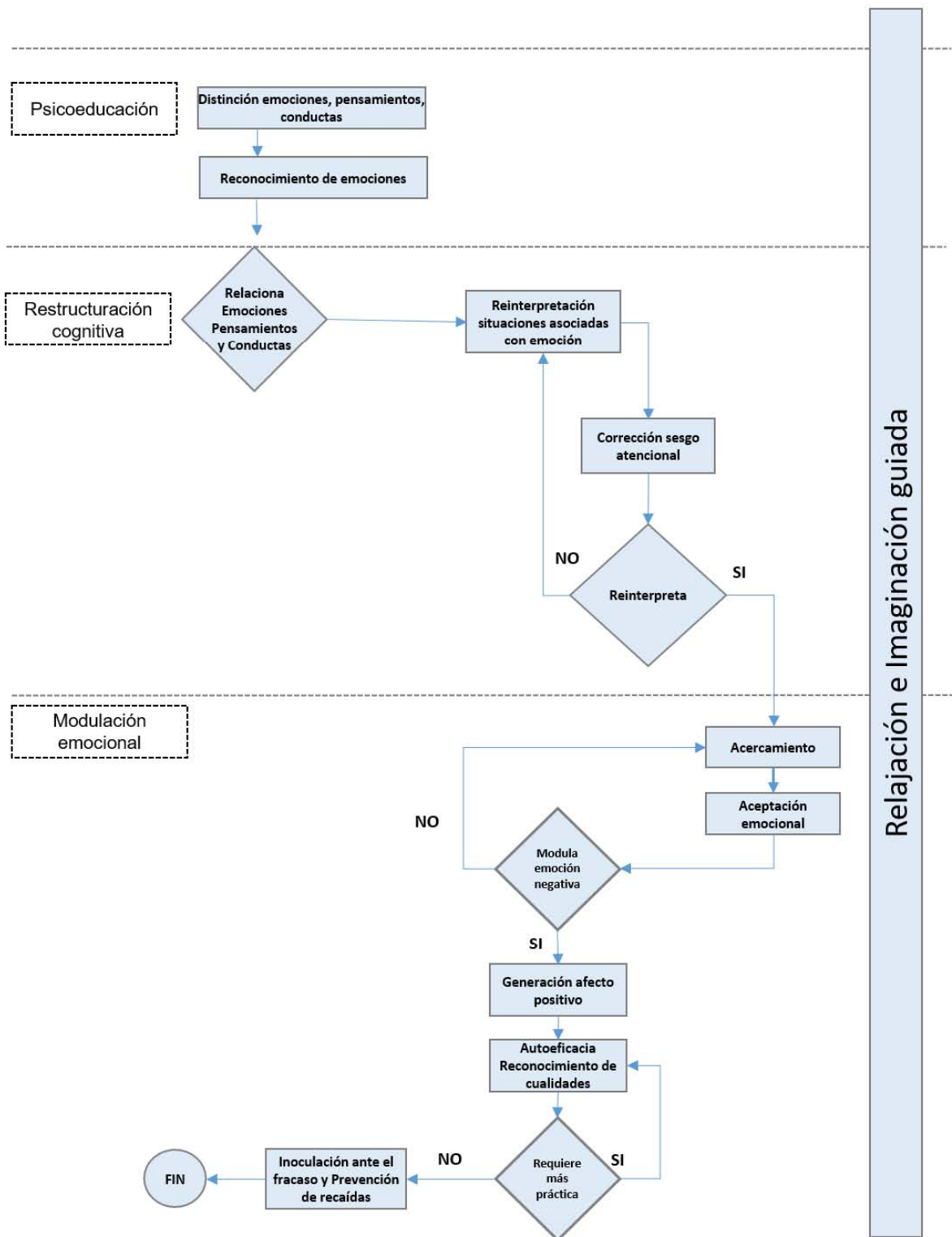


Figura 2. Diagrama del algoritmo general dirigido a la RE para el tratamiento y prevención de problemas interiorizados en población infantil.

4.2 Evaluación

Aunque no es usual en el ámbito clínico, es imprescindible evaluar la eficacia de todo esfuerzo de intervención psicológica. En el presente caso, se trata de evaluar la RE de los pacientes infantiles que se sometan a la intervención antes y después de ésta con el fin de conocer su eficacia. La evaluación consiste en un proceso de recogida de datos por medio de pruebas y otros instrumentos de medida que ofrece un referente de su eficacia en función de los objetivos propuestos. Es decir, con la evaluación es posible distinguir, en un momento final, el cambio producido por la intervención (Fernández-Ballesteros, 2013). Una vez realizada la evaluación, se inicia la psicoeducación.

4.3 Psicoeducación

Como habilidades precursoras de la regulación emocional, Berking et al. (2008) han propuesto en un inicio que es necesario lograr una conciencia de las emociones que permita identificarlas y nombrarlas. Esto implica interpretar correctamente las sensaciones corporales relacionadas con las emociones. El conocimiento de las emociones por parte del paciente, con la finalidad de alcanzar esas estrategias, se logra, por lo tanto, mediante la psicoeducación, el primer módulo del algoritmo. La psicoeducación incluye también la explicación de la lógica que existe detrás de las técnicas y estrategias que se llevarán a cabo, así como lo que se espera lograr de estas técnicas mediante su realización. Si bien la psicoeducación tiene un énfasis importante al inicio de la intervención, también se encuentra presente a lo largo de la misma.

Es importante resaltar que para una mejor comprensión de todo el proceso, desde el inicio, deberá adecuarse el vocabulario de tal manera que sea pertinente para el paciente o los participantes. Además, los protocolos de intervención basados en el algoritmo incluirán actividades que conduzcan a la persona al dominio de tales estrategias. Por ejemplo, en el caso de la elaboración de un protocolo dirigido a niños, sería necesario diseñar juegos encaminados a practicar las habilidades para reconocer emociones propias y ajenas.

4.3.1 Distinción entre emociones, pensamientos y conductas

Un paso previo al reconocimiento de las emociones propias y de los demás es distinguir entre pensamientos, emociones y conductas.

4.3.2 Reconocimiento de emociones

Una vez que se han diferenciado estos tres elementos, es importante identificar las propias emociones y las de las demás personas que le rodean. Las actividades que en este rubro tienen como propósito el reconocimiento de aspectos de la experiencia emocional. Por ejemplo, cómo se sienten las emociones, las circunstancias en las que se sienten, con qué intensidad, cómo reconocerlas, así como reconocer que no todas las personas sienten lo mismo. Es decir, la psicoeducación se podría realizar mediante actividades en las que se aprenda a identificar las sensaciones corporales asociadas con situaciones específicas en las que las sienten.

4.4 Reestructuración cognitiva

Los hallazgos de investigación que apoyan la utilidad del enfoque cognitivo conductual confirman una de sus premisas principales: que los pensamientos, las emociones y la conducta se relacionan y ejercen una influencia mutua. Así, una vez que se ha concretado la psicoeducación, este algoritmo aborda la instrucción en la vinculación de estos tres componentes y en cómo a partir de ello se pueden modificar y enriquecer las pautas de pensamiento que ayudarán a enfrentar, con más y mejores recursos, las situaciones desafiantes (Hunter et al., 2002; Jacob, Christopher y Neuhaus, 2011; Strunk, Hollars, Adler, Goldstein y Braun, 2014).

La reestructuración cognitiva se refiere a estrategias relacionadas con la interpretación del contexto. Incluyendo la comprensión de los instigadores de las emociones. Este segundo módulo de reinterpretación del contexto es una forma de reestructuración cognitiva. Por lo tanto, se trabaja promoviendo la reinterpretación de las situaciones. Para poder reinterpretar una situación específica es necesario identificar y comprender los estímulos y las características asociadas con una emoción. Cuando somos capaces de entender las situaciones y circunstancias que rodean a ciertas emociones, estamos en la posibilidad real de modificar activamente sus instigadores.

4.4.1 Relación emociones, pensamientos y conductas

El primer paso en la reestructuración cognitiva consiste en identificar la conexión que existe entre los pensamientos, las emociones y la conducta, lo que permite al paciente identificar que los pensamientos se relacionan directamente con lo que se siente y con lo que se hace.

4.4.2 Reinterpretación de situaciones asociadas con la emoción

Para la reestructuración cognitiva, la identificación de pensamientos negativos es de suma importancia ya que, gracias a ello, es posible reconocer las emociones que más molestan o incomodan. En este paso también se aprende que los pensamientos que hacen sentirse molesto son absurdos, negativos o no tienen fundamento, pero sí son responsables de la experimentación de emociones negativas. Regularmente se recurre a estrategias como el modelamiento, la imaginación guiada o la exposición. Es decir, se lleva al paciente a la identificación de estos pensamientos negativos y se distingue el estado emocional que propician para así generar pensamientos más realistas (Leahy, 2017).

La reinterpretación es equivalente a la reevaluación cognitiva descrita por Gross. Esta se considera una estrategia de RE que consiste en reinterpretar los pensamientos o las creencias acerca de una situación por pensamientos más acordes con la realidad. Así, una vez que los participantes han aprendido que los pensamientos negativos propician emociones desagradables, la reevaluación cognitiva es importante para instruirlos en la sustitución de éstos por pensamientos más reales y lograr la disminución de emociones molestas.

Esta habilidad conlleva la modificación de una situación para alterar su significado emocional. Es decir, se cambian los pensamientos o las creencias acerca de una situación emocional por pensamientos más acordes con la realidad. Así, al igual que la reestructuración cognitiva, la reinterpretación cognitiva modifica el significado emocional de una situación, lo que también ejerce un cambio en la situación misma.

4.4.3 Corrección sesgo atencional

Este paso incluye la utilización de distractores que ayudan a reorientar la atención a otros estímulos. El control de la atención y la modificación del sesgo atencional resultan habilidades que también incluye el algoritmo para lograr la reestructuración cognitiva.

El sesgo atencional se define como la propensión a buscar y estar atento a cierta información del entorno (Posner y Petersen, 1990). Actualmente se sabe que el sesgo atencional está implicado en la presencia de los síntomas de depresión (Peckham, McHugh y Otto, 2010) así como en los de ansiedad (Hakamata et al., 2010). Además, el control atencional se ha propuesto como un componente fundamental para la RE adaptada (Gross y Thompson 2007), ya que su entrenamiento permite desviar la atención de estímulos que causan emociones negativas (Bardeen et al., 2014; Duque y Vázquez, 2015). Es por ello que se ha integrado en los tratamientos cognitivo conductuales. Por ejemplo, Waters et al., (2010) probaron la eficacia de un entrenamiento para modificar el sesgo atencional hacia lo positivo por medio de la búsqueda en una matriz de 3 x 3 con un estímulo positivo de entre otros negativos. Se encontró que enfocar la atención hacia características positivas del ambiente produce una disminución significativa en los síntomas de ansiedad. A pesar de estos hallazgos aún se requiere investigación que ayude a mejorar y afinar los medios por los cuales se lleva a cabo la corrección del sesgo atencional (Browning, Holmes y Harmer, 2010; Dudeney, Sharpe y Hunt, 2015; Mogoase, David y Koster, 2014; Price et al., 2016).

En este momento, es importante valorar si se logró la reinterpretación para continuar con el siguiente módulo, si no es así se sugiere trabajar de nuevo con la reinterpretación de las situaciones asociadas con emociones y con el sesgo atencional.

4.5 Modulación emocional

En el tercer módulo de modulación de la emoción se trabaja para que el paciente adquiera las habilidades que permiten encarar la emoción. Mantiene paralelismo con la exposición graduada. Su finalidad es auto calmarse en situaciones de sufrimiento emocional. Se trata de modificar activamente el afecto negativo por medio del acercamiento gradual y la aceptación para tolerarlo cuando no es posible cambiarlo. La aceptación ofrece las condiciones para modificarla.

La modulación emocional puede ocurrir consciente o inconscientemente y se refiere a la variación de las cualidades de las emociones una vez que ya se ha dado la respuesta emocional completa. Por ello, se puede modificar la experiencia emocional en su expresión o en la conducta que provoca. Este rubro abarca una variedad de procesos cognitivos y conductuales útiles para la modulación de la respuesta, por ejemplo el despliegue atencional o la selección de la situación. Además, incluye tanto la regulación de emociones negativas como positivas (Carl, Soskin, Kerns y Barlow, 2013). A pesar de que se requiere más investigación, los hallazgos sugieren que las intervenciones que utilizan este componente de modulación emocional han repercutido en resultados favorables al disminuir la psicopatología interiorizada (Lyubomirsky, Sheldon y Schkade, 2005; Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005).

El algoritmo echa mano también, como medio para acceder a las emociones, de la conciencia o lucidez plena (mindfulness). Tal como se señaló en el capítulo correspondiente, la investigación relacionada señala hacia la conciencia o lucidez plena como un medio para explorar la emoción y modularla mediante la redirección de la atención hacia estímulos internos. Aunque no todos los formatos poseen utilidad terapéutica, existe evidencia de que después de una forma específica de entrenamiento en lucidez plena mejora el tiempo de reacción en las pruebas de atención, específicamente en la red ejecutiva.

Existen técnicas específicas que combinan tanto el acercamiento y la aceptación sin juzgar, como la solución de problemas mediante imaginación guiada. La agencia de la conciencia plena y la imaginación guiada permiten completar la modulación de la emoción, ya sea para reducirla o intensificarla. Este elemento se entrena desde las primeras sesiones con el objetivo de lograr un incremento gradual en la modulación emocional, permeando así todo el tratamiento.

4.5.1 Acercamiento

El acercamiento consiste en vivir la experiencia emocional como un evento posible de identificar, explorar y modificar. En este algoritmo se recomienda trabajar el acercamiento desde la primera sesión, es decir, al comienzo de cada sesión se realizan actividades cortas dirigidas a ello por medio de la imaginación guiada, la respiración profunda y la lucidez plena. Estos ejercicios, además, aumentan su complejidad de manera gradual en cada sesión para lograr después que los participantes enfoquen su atención en su cuerpo y en un siguiente nivel puedan acercarse o alejarse deliberadamente de sus pensamientos y emociones.

4.5.2 Aceptación emocional

La aceptación emocional está estrechamente relacionada con la lucidez plena. Se refiere a la apertura de la persona para vivir las experiencias internas como los pensamientos o las emociones centrándose en el momento presente. Es decir, la relación con la situación o el momento en curso se experimenta gracias a lucidez plena, lo que logra un beneficio que se ve reflejado en formas de respuestas más útiles y adaptadas que sustituyen a las respuestas automáticas o habituales. Ésta se lleva a cabo mediante ejercicios de exposición con el beneficio extra de aumentar la flexibilidad de respuesta (Luoma, Hayes y Walser, 2007). En este momento de la intervención se enseña a aceptar los pensamientos y emociones como eventos que es posible controlar y que pueden cambiar para modular la emoción en curso.

La exposición se refiere aquí a la interacción directa con el estímulo para poner en práctica las habilidades cognitivas y conductuales y mitigar así las emociones negativas. Es importante mencionar dos puntos acerca de cómo llevar a cabo la exposición: 1) las emociones se introducen de manera gradual, es decir se inicia con las que producen menos temor o sufrimiento; y 2) el ambiente en el que se lleva a cabo la exposición debe garantizar seguridad (Bouchard, Mendlowitz, Coles y Franklin, 2004; Hernández-Guzmán et al., 2010).

Como una estrategia que comprende mecanismos principalmente conductuales, la exposición es una estrategia que goza actualmente de un fuerte apoyo empírico (Knowles y Olatunji, 2018). Consiste en la exposición continua de forma imaginaria, en este caso con la emoción desagradable, de forma sistemática.

La exposición se refiere a la interacción directa con la emoción para poner en práctica las habilidades cognitivas y conductuales que ha aprendido hasta este punto del tratamiento.

Mediante la exposición se trabajan diversos mecanismos que funcionan como mediadores en la disminución de los síntomas interiorizados, tales mecanismos son la extinción, la habituación, el contra-condicionamiento, el cambio cognoscitivo y el desarrollo y mejora de las habilidades de afrontamiento. De entre ellos, resalta el contra condicionamiento, a partir del cual se desarrolló la desensibilización sistemática. Planteada por Wolpe en 1950, ésta se comprende como una exposición de forma gradual. El principio explicado por Wolpe enuncia que mediante la confrontación de un estímulo temido con un proceso de inhibición recíproca o con una conducta biológica incompatible, el estímulo condicionado evocador de miedo se contra-condicionaría con un estímulo de no ansiedad (Ollendick, Davis y Muris, 2004). La extinción, como parte del contra-condicionamiento es también un mecanismo que subyace a la exposición, ya que la respuesta incondicionada de ansiedad deja de manifestarse después de presentarse en varios ensayos. Esta extinción también propicia un reforzamiento negativo debido a que disminuye la ansiedad aún en presencia del estímulo condicionado (Graham y Milad, 2011).

De esta forma, la modulación de la emoción, principalmente negativa, se debería lograr al trabajar la aceptación y la modulación. De ser así, se avanzará en el tratamiento al rubro siguiente.

4.5.3 Generación afecto positivo

Este componente incluye el afecto positivo. Una vez que los participantes conocen y han aplicado distintas herramientas para regular sus emociones negativas se ayuda a evocar emociones agradables. Debido a que el afecto positivo se ha relacionado con el bienestar (Davis y Suveg, 2013; Layous, Chancellor y Lyubomirsky, 2014) es un factor importante asociado con la ausencia de síntomas interiorizados (Xu et al., 2015).

4.5.4 Autoeficacia y reconocimiento de cualidades

Además del afecto positivo, la autoeficacia es importante y se integra dentro de este algoritmo, porque las creencias acerca de la eficacia personal se relacionan con la regulación emocional durante el desarrollo y con los desenlaces adaptados (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino y Pastorelli, 2003). La autoeficacia se refiere al reconocimiento de los recursos propios para producir determinados logros (Bandura, 1977) y se puede trabajar mediante actividades que resalten las cualidades personales.

4.5.6 Inoculación ante el fracaso y prevención de recaídas

Un paso final fortalece la motivación hacia el reconocimiento de recursos personales, las fortalezas, las cualidades propias y la autoeficacia. Es decir, se establece la competencia percibida para reconocer el cambio positivo. Después del tratamiento es posible la ocurrencia de recaídas debido a ciertas situaciones que activan patrones de pensamientos negativos. El objetivo de este componente es que se identifique ante qué circunstancias se podría volver a tener emociones

desagradables (Teasdale, 1999a). Así, la inoculación ante el fracaso ayuda a comprender que la recaída no representa una pérdida completa de las habilidades de regulación emocional. Se realiza un repaso de las estrategias de RE que ya se han practicado. La inoculación ante el fracaso por medio del repaso y el análisis de cómo aplicar lo hasta ahora aprendido en una situación planeada ayuda a echar mano de herramientas conocidas para regular las emociones, disminuir las que desagradan o incomodan y aumentar la capacidad de regularlas nuevamente, aunque en ocasiones llegue a fallar.

Capítulo 5. Conclusiones

- La literatura de investigación analizada en los capítulos de este trabajo señala los elementos empíricos que permiten la elaboración de un algoritmo transdiagnóstico para la prevención y el tratamiento de los problemas interiorizados en niños.
- A partir de esta visión, es posible concebir factores transdiagnósticos, los cuales brindan el acceso a la creación de tratamientos dirigidos a componentes medulares de la psicopatología, por lo que no son indispensables los diagnósticos que clasifican síntomas en un momento determinado. Se recurre a una óptica que toma en cuenta el funcionamiento integral y dinámico de la persona.
- El estudio del desarrollo desde teorías dinámicas que explican el avance hacia la complejidad de diversas competencias es importante porque permite reconocer los diversos factores que influyen o no en un desenlace psicopatológico.
- La psicopatología debe verse y estudiarse desde una óptica que refleje de mejor manera su manifestación y desarrollo. Los resultados de investigación apoyan la perspectiva dimensional, la cual brinda la posibilidad de sortear las diversas limitaciones del modelo categórico.
- La RE es un mecanismo medular básico transdiagnóstico, ampliamente estudiado y reconocido por el RDoC como un componente digno de estudio a tomar en cuenta para el tratamiento de la psicopatología.

- La RE resulta ser una competencia diana del algoritmo transdiagnóstico propuesto, cuyo propósito es tanto la prevención como el tratamiento de la psicopatología interiorizada.
- La evidencia empírica apoya el uso de la lucidez plena como una herramienta que brinda al profesional la posibilidad de trabajar de manera más directa con los eventos encubiertos, tales como la emoción y su regulación en el momento en el que está sucediendo. Es decir, la lucidez plena no es el fin último a alcanzar por medio de este algoritmo.
- Se proponen técnicas cognitivo conductuales que, además de hallar apoyo en investigación sobre la eficacia de tratamientos, responden a la necesidad de tratar componentes medulares subyacentes a los problemas interiorizados, tales como la RE.
- El algoritmo sugerido permite la realización de protocolos de intervención que sea posible adaptar a diversos contextos y poblaciones, aunque en este trabajo se da prioridad a la infantil. En el contexto escolar, por ejemplo, se recomienda su aplicación con, mínimo, dos instructores a cargo de las actividades y con grupos de máximo ocho niños. Las diferentes fases del algoritmo se pueden llevar a cabo en protocolo dirigidos a niños mediante actividades lúdicas adaptadas de acuerdo a los objetivos de cada fase y desarrolladas en sesiones de aproximadamente 60 minutos. Las actividades se adecuan dependiendo de la edad de los participantes, ya que requieren de concentración y organización. También es un algoritmo que es posible adaptar al escenario terapéutico individual.

- Es indispensable que psicólogos profesionales apliquen el algoritmo y los protocolos que de él deriven. Es decir, se debe conocer a bien las manifestaciones de la psicopatología interiorizada así como es indispensable contar con la formación suficiente para dominar capazmente el conocimiento y manejo de los principios y las técnicas en las que se basa.
- A pesar de fundamentarse en investigación, será crucial someter a prueba empíricamente no sólo la eficacia de los protocolos generados con base en el algoritmo aquí presentado, sino su relevancia clínica en cuanto a sus repercusiones en los diversos ámbitos de funcionamiento de quienes se expongan a éstos. Cada protocolo generado así, debe manualizarse precisando los detalles de cada sesión de tratamiento.

Referencias

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(7), 1–37. doi:10.1037/h0093906
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). Mental health practitioner's guide for the Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA). (2nd edition). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and Related Forms for Assessing Behavioral/Emotional Problems and Competencies. *Pediatrics in Review*, *21*(8), 265–271. doi:10.1542/pir.21-8-265
- Achenbach, T. M., Ivanova, M., Rescorla, L., Turner, L., & Althoff, R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *55*, 647-656. doi: 10.1016/j.jaac.2016.05.012
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*(2), 213-232. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.213
- Agudelo, D., Buena-Casal, G., & Spielberg, C.D. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, *30*(2), 33-41.

- Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry, 14*(2), 129-134. doi: 10.1080/09540260220132644
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Ato, E. L., González, C. S., & Carranza, J. A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología, 20*(1), 69-79.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Research and Practice, 10*, 125-143. doi: 10.1093/clipsy/bpg015
- Bai, S., & Repetti, R. L. (2017). Negative and Positive Emotion Responses to Daily School Problems: Links to Internalizing and Externalizing Symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*(3), 423-435, doi: 10.1007/s10802-017-0311-8
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. doi:10.1037/0033-295x.84.2.191
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of Affective Self-Regulatory Efficacy in Diverse Spheres of Psychosocial Functioning. *Child Development, 74*(3), 769-782. doi: 10.1111/1467-8624.00567

- Bardeen, J. R., Tull, M. T., Dixon-Gordon, K. L., Stevens, E. N., & Gratz, K. L. (2014). Attentional Control as a Moderator of the Relationship Between Difficulties Accessing Effective Emotion Regulation Strategies and Distress Tolerance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37*(1), 79-84. doi: 10.1007/s10862-014-9433-2
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist, 54*(7), 42-479. doi: 10.1037/0003-066X.54.7.462
- Barker, E., & Maughan, B. (2009). Differentiating early-onset persistent versus childhood-limited conduct problems in youth. *The American Journal Of Psychiatry, 166*(8), 900-908. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08121770
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Campbell, L. A. (2000). Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry, 41*(2), 55-60. doi: 10.1016/S0010-440X(00)80009-7
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Barlow, J., Bennett, C., Midgley, N., Larkin, S., & Wei, Y. (2015). Parent-infant Psychotherapy for improving parental and infant mental health: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews, 6*. doi: 10.4073/csr.2015.6.

- Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds? *Perspectives on psychological science*, 1(1), 28-58. doi: 10.1111/j.1745-6916.2006.00003.x
- Barrett, L. F. (2011). Constructing Emotion. *Psychological Topics*, 20(3), 359-380.
- Barrett, L. F. (2014). The Conceptual Act Theory: A Précis. *Emotion Review*, 6(4), 292-297. doi: 10.1177/1754073914534479
- Barrett, L. F. (2015). Ten common misconceptions about the psychological construction of emotion. En L. F. Barrett y J. A. Russell (Eds.). *The psychological construction of emotion* (pp. 45-79). New York, EE.UU.: The Guilford Press.
- Barrett, L. F. (2017a). How Emotions are made: *The secret life*. New York, EE.UU.: Houghton Mifflin Harcourt.
- Barrett, L. F. (2017b). The theory of constructed emotion: an active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(1), 1-23. doi: 10.1093/scan/nsw154
- Barrett, L. F., & Russell, J. A. (1999). Structure of current affect: Controversies and emerging consensus. *Current Directions in Psychological Science*, 8(1), 10-14. doi: 10.1111/1467-8721.00003
- Barrett, L.F., Wilson-Mendenhall, C.D., & Barsalou, L.W. (2015). The conceptual act theory: a road map. En: Barrett, L.F. y Russell, J.A. (Eds.) *The Psychological Construction of Emotion*. New York, EE.UU.: Guilford Press.

- Becker, K. D., Boustani, M., Gellatly, R., & Chorpita, B. F. (2017). Forty Years of Engagement Research in Children's Mental Health Services: Multidimensional Measurement and Practice Elements. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(1), 1-23. doi: 10.1080/15374416.2017.1326121
- Belsky, J., Jonassaint, C., Pluess, M., Stanton, M., Brummett, B., & Williams, R. (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry, 14*(8), 746–754. doi: 10.1038/mp.2009.44
- Berenbaum, H. (2013). Classification and Psychopathology Research. *Journal of Abnormal Psychology, 3*(122), 894-901. doi: 10.1037/a0033096.
- Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation. *Progress in Neurobiology, 82*, 256–286. doi: 10.1016/j.pneurobio.2007.06.004.
- 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. doi:10.1016/j.brat.2008.08.005
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges and future directions. *Current Opinion Psychiatry, 25*(2), 128-134. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503669.
- Bernstein, G., & Kinlan, J. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(11), 1639–1641. doi: 10.1097/00004583-199711000-00036

Biegel, G., Brown, K., Shapiro, S., & Schubert, C. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 855–66. doi: 0.1037/a0016241

Bienvendu, O. J., & Stein, M. B. (2003). Personality and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Personality Disorders*, 17(2), 139–151. doi:10.1521/pedi.17.2.139.23991

Bishop, S., Duncan, J., Brett, M., & Lawrence, A. D. (2004). Prefrontal cortical function and anxiety: controlling attention to threat-related stimuli. *Nature Neuroscience*, 7(2), 184–188. doi: 10.1038/nn1173.

Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., . . . , & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-242. doi: 10.1093/clipsy.bph077

Black, D.S., Milam, J., & Sussman, S. (2009). Sitting-meditation interventions among youth: A review of treatment efficacy. *Pediatrics*, 124(3), e532-e541. doi: 10.1542/peds.2008-3434

Blackledge, J. T., & Hayes, S. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 243-255. doi: 10.1002/1097-4679(200102)57:23.0.CO;2-X

- Blair, C., & Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: the promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and Psychopathology*, 20(3), 899-911. doi: 10.1017/S0954579408 000436
- Blair, K., Denham, S., Kochanoff, A., & Whipple, B. (2004) Playing it cool: Temperament, emotion regulation and social behavior in preschoolers. *Journal of School Psychology*, 42, 419-443. doi: 10.1016/j.jsp.2004.10.002
- Bloch, L., Haase, C., & Levenson, R. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives' tale. *Emotion*, 14(1), 130-144. doi: 10.1037/a0034272
- Bouchard, S., Mendlowitz, S. L., Coles, M. E., & Franklin, M. (2004). Considerations in the use of exposure with children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 56-65. doi:10.1016/s1077-7229(04)80007-5
- Breslau, N., Breslau, J., Peterson, E., Miller, E., Lucia, V., Bohnert, K., & Nigg, J. (2010). Change in teachers' ratings of attention problems and subsequent change in academic achievement: A prospective analysis. *Psychological Medicine*, 40(1), 159-166. doi: 10.1017/S0033291709005960.
- Britton, W., Lepp, N., Niles, H., Rocha, T., Fisher, N., & Gold, J. (2014). A randomized controlled pilot trial of classroom-based mindfulness meditation compared to an active control condition in sixth-grade children. *Journal of School Psychology*, 52(3), 263-278. doi: 10.1016/j.jsp.2014.03.002.

- Brockman, R., Ciarrochi, J., Parker, P., & Kashdan, T. (2017). Emotion regulation strategies in daily life: mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(2), 91-113. doi: 10.1080/16506073.2016.1218926
- Brooker, R. J., Neiderhiser, J. M., Ganiban, J. M., Leve, L. D., Shaw, D. S., & Reiss, D. (2014). Birth and adoptive parent anxiety symptoms moderate the link between infant attention control and internalizing problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, 26(02), 347-359. doi: 10.1017/s095457941300103x
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237. doi:10.1080/10478400701598298.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 179-192.
- Browning, M., Holmes, E. A., & Harmer, C. J. (2010). The modification of attentional bias to emotional information: A review of the techniques, mechanisms, and relevance to emotional disorders. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 10(1), 8-20. doi:10.3758/cabn.10.1.8

- Burke, C. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133-144. doi: 10.1007/s10826-009-9282-x.
- Campbell-Sillis, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, (pp. 542-559). New York, NY: Guilford Press
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251-1263. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.001
- Campbell-Sills, L., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2014). Emotion regulation in anxiety disorders. En J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd Ed., pp. 393-412). New York: Guilford.
- Capella, C., & Mendoza, M. (2011). Regulación emocional en niños y adolescentes: artículo de revisión. Nociones evolutivas y clínica psicopatológica. *Revista chilena de psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 22(2), 155-168.
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 343–360. doi:10.1016/j.cpr.2013.01.003

- Carlson, S. M., & Wang, T. S. (2007). Inhibitory control and emotion regulation in preschool children. *Cognitive Development, 22*(4), 489-510. doi: 10.1016/j.cogdev.2007.08.002
- Carthy, T., Horesh, N., Apter, A., Edge, M.D., & Gross, J. (2010). Emotional reactivity and cognitive regulation in anxious children. *Behaviour Research and Therapy, 48*(5), 384-393. doi: 10.1016/j.brat.2009.12.013.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267-283.
- Caspi, A., Hariri, A. R., Holmes, A., Uher, R., & Moffitt, T. E. (2010). Genetic Sensitivity to the Environment: The case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry, 167*(5), 509-527. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09101452
- Castellini, G., Lo Sauro, C., Mannucci, E., Ravaldi, C., Rotella, C. M., Faravelli, C., & Ricca, V. (2011). Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: A 6-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine, 73*(3), 270-279. doi: 10.1097/PSY.0b013e31820a1838.
- Chapman, M., Hare, D., Caton, S., Donalds, D., McInnes, E., & Mitchell, D. (2013). The use of mindfulness with people with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Mindfulness, 4*(2), 179-189. doi: 10.1007/s12671-013-0197-7.

- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine, 40*(8), 1239-1252. doi: 10.1017/S0033291709991747
- Chiesa, A., Serretti, A., & Jakobsen, J. C. (2013). Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Clinical Psychology Review, 33*(1), 82-96. doi: 10.1016/j.cpr.2012.10.006
- Chin, F., & Hayes, S. (2017). Acceptance and commitment therapy and the cognitive behavioral tradition: Assumptions, model, methods, and outcomes. *The science of cognitive behavioral therapy, 155-173*. doi: 10.1016/B978-0-12-803457-6.00007-6
- Chorpita, B. F. (2002). The tripartite model and dimensions of anxiety and depression: An examination of structure in a large school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*(2), 177-190.
- Chorpita, B. F., & Daleiden, E. (2002). Tripartite dimensions of emotion in a child clinical sample: Measurement strategies and implications for clinical utility. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(5), 1150-1160. doi: 10.1037//0022-006X.70.5.1150
- Chorpita, B. F., Plummer, C. M., & Moffitt, C. E. (2000). Relations of tripartite dimensions of emotion to childhood anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*(3), 299-310.
- Chorpita, B. F., Taylor, A. A., Francis, S. E., Moffitt, C., & Austin, A. A. (2004). Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety

disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 263-287. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80039-X

Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1), 1-7.

Cicchetti, D. (2013). The emergence of a discipline: Rochester symposium on developmental psychopathology (Vol. 1). Psychology Press.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(4), 597-600. doi: 10.1017/S0954579400007318

Cicchetti, D., & Toth, S. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychopathology and Psychiatry*, 50(1-2), 16-25. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316–336.

Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317-333. Doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x

- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73-100.
- Cole, P. M., & Kaslow, N. J. (1988). Interactional and cognitive strategies for affect regulation: Developmental perspective on childhood depression. En L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 310-343). New York, NY, US: Guilford Press.
- Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, V. R., & Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 930-959. doi: 10.1097/01.chi.0000127589.57468.bf.
- Contreras-Valdez, J. (2017). Efecto mediador de la desregulación emocional entre el afecto negativo y la conducta alimentaria disfuncional de preadolescentes y adolescentes. UNAM, México.
- Craske, M. G., (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61(2A), 4-36.
- Dadds, M., Seinen, A., Roth, J., & Harnett, P. (2000). Early intervention for anxiety disorders in children and adolescents. En R. Kosky, A. O'Hanlon, G. Martin, y C. Davis (Eds.), *Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health* (pp. 13-18). Adelaide: The Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People.

- Davis, M., & Suveg, C. (2013). Focusing on the Positive: A review of the role of child positive affect in developmental psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(2), 97-124. doi:10.1007/s10567-013-0162-y
- De Raedt, R., Baert, S., Demeyer, I., Goeleven, E., Raes, A., Visser, A., Wismans, ..., & Speckens, A. (2012). Changes inattentive processing of emotional information following mindfulness-based cognitive therapy in people with a history of depression: towards an open attention for all emotional experiences. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 612-620, doi: 10.1007/s10608-011-9411-x.
- Decicco, J., Solomon, B., & Dennis, T. (2012). Neural correlates of cognitive reappraisal in children: an ERP study. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2(1), 70-80. doi: 10.1016/j.dcn.2011.05.009.
- Dimidjian, S., & Segal, Z. (2015). Prospects for a clinical science of mindfulness-based intervention. *American Psychological Association*, 70(7), 593-620. doi: 10.1037/a0039589
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553. doi: 10.1007/s13311-017-0521-3
- Dorjee, D. (2010). Kinds and dimensions of mindfulness: why it is important to distinguish them. *Mindfulness*, 1(3), 152-160. doi: 10.1007/s12671-010-0016-3.

- Dudenev, J., Sharpe, L., & Hunt, C. (2015). Attentional bias towards threatening stimuli in children with anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 66-75. doi:10.1016/j.cpr.2015.05.007
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L.,..., & Dalgleish, T. (2018). The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents: A meta-analysis of randomised controlled trials. doi: 10.17605/OSF.IO/RJ5MK Recuperado de: <https://psyarxiv.com/rj5mk/>
- Duque, A., & Vázquez, C. (2015). Double attention bias for positive and negative emotional faces in clinical depression: Evidence from an eye-tracking study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 107-114. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.09.005
- Echeburúa, E. (1993). Fobia social. Barcelona: Martínez Roca.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáenz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. Doi: 10.4067/S0718-48082014000100007.
- Eisenberg, N., & Moore, B. (1997). Emotional Regulation and Development. *Motivation and Emotion*, 21(1), 1-6.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. (2004). Emotion-Related Regulation: Sharpening the Definition. *Child development*, 75(2), 334-339.

- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T., Fabes, R., Shepard, S.,..., & Guthrie., K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development, 72*(4), 1112-1134. doi: 0009-3920/2001/7204-0011.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinuelas A. (1994). The relations of emotionality and regulation to children's anger-related reactions. *Child development, 65*(1), 109-128. doi: 0009-3920/94/6501-0007801.00.
- Essau, C. A., Sakano, Y., Ishikawa, S., & Sasagawa, S. (2004). Anxiety symptoms in Japanese and in German children. *Behaviour Research and Therapy, 42*(5), 601-612. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00164-5.
- Fair, D., Dosenbach, N., Church, J., Cohen, A., Brahmbhatt, S.,..., & Schlaggar, B. (2007). Development of distinct control networks through segregation and integration. *Proceedings of the National Academy of Sciences of The United States of America, 104*(33), 13507-13512. doi:10.1073/pnas.0705843104.
- Fairburn C. G., & Bohn, K., (2005). Eating disorders NOS (EDNOS): An example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy, 43*(6), 691-701. doi: 10.1016/j.brat.2004.06.011
- Farkas, C., Santelices, M. P., Aracena, M., & Pinedo, J. (2008). Apego y ajuste socio-emocional: un estudio en embarazadas primigestas. *Psykhé, 17*(1), 65-79. doi: 10.4067/S0718-222820080001000192

- Farrant, K., & Uddin, L. (2015). Asymmetric development of dorsal and ventral attention networks in the human brain. *Developmental Cognitive Neuroscience, 12*, 165-174. doi: 10.1016/j.dcn.2015.02.001.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J.-P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 29*(3), 177-190. doi: 10.1007/s10862-006-9035-8.
- Felver, J., & Jennings, P. (2016). Applications of mindfulness-based interventions in school settings: An introduction. *Mindfulness, 7*(1), 1-4. doi: 10.1007/s12671-015-0478-4.
- Felver, J., Celis-de Hoyos, C., Tezanos, K., & Singh, N. (2016). A systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings. *Mindfulness, 7*(1), 34-45. doi: 10.1007/s12671-015-0389-4
- Felver, J., Frank, J., & McEachern, A. (2014). Effectiveness, acceptability, and feasibility of the soles of the feet mindfulness-based intervention with elementary school students. *Mindfulness, 5*(5), 589-597. doi: 10.1007/s12671-013-0238-2.
- Felver, J., Tipsord, J., Morris, M., Racer, K., & Dishion, T. (2014). The effects of mindfulness-based intervention on children's attention regulation. *Journal of Attention Disorders, 21*(1), 1-10. doi: 10.1177/1087054714548032

- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica*. Ediciones Pirámide, México.
- Fjell, A., Walhovd, K., Brown, T., Kuperman, J., Chung, Y.,..., & Dale, A. (2012). Multimodal imaging of the self-regulating developing brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of The United States of America*, *109*(48), 19620-19625. doi: 10.1073/pnas.1208243109.
- Flook, L., Smalley, S. L., Kitil, M. J., Galla, B. M., Kaiser-Greenland, S., ..., & Kasari, C. (2010). Effects of mindful awareness practices on executive functions in elementary school children. *Journal of Applied School Psychology*, *26*(1), 70-95. doi: 10.1080/15377900903379125.
- Fox, H. C., Hong, K. A. & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, *33*(2), 388-394. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.10.002
- Fox, K. C. R., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M.,..., & Christoff, K. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *43*, 48-73. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.03.016
- Fox, K. C., Kang, Y., Lifshitz, M., & Christoff, K. (2016). Increasing cognitive-emotional flexibility with meditation and hypnosis. *The cognitive neuroscience of de-automatization*. Recuperado el 25 de noviembre del 2018 de:

<https://pdfs.semanticscholar.org/eede/ae7f25d1036e01e4eafc14e5b21455545424.pdf>

Fox, N. A., & Calkins, S. D. (2003). The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and emotion*, 27(1), 7-26. doi: 10.1023/A:1023622324898

Freyre-Jiménez, M. A., (2017). Rumia depresiva: Un constructo válido. UNAM, México.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16(5), 403-420. doi: 10.1002/per.458

Gilbert, K. E. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 467-481. doi: 10.1016/j.cpr.2012.05.005

Goldberg, D. (2000). Plato versus Aristotle: Categorical and dimensional models for common mental disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 8-13. doi: 10.1016/S0010-440X(00)80002-4.

- Goldin, P., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*(1), 83-91, doi: 10.1037/a0018441.
- González, C., Carranza, J. A., Fuentes, L. J., Galián, M. D., & Estévez, A. F. (2001). Mecanismos atencionales y desarrollo de la autorregulación en la infancia. *Anales de psicología, 17*(2), 275-286. doi: 10.6018/29001
- Gottlieb, G. (1991). Experiential canalization of behavioral development: Theory. *Developmental Psychology, 27*(1), 4-13.
- Gottlieb, G. (1996). A systems view of psychobiological development. En D. Magnusson (Ed.), *Individual development over the lifespan: Biological and psychosocial perspectives* (pp. 76–103). New York: Cambridge University Press.
- Gottlieb, G., Wahlsten, D., & Lickliter, R. (1998). The significance of biology for human development: A developmental psychobiological systems view. En R. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. I. Theoretical models of human development* (pp. 233-273). New York: Wiley.
- Gottlieb, G., & Halpern, C. T. (2002). A relational view of causality in normal and abnormal development. *Development and Psychopathology, 14*, 421–435.
- Graham, B. M., & Milad, M. R. (2011). The Study of Fear Extinction: Implications for Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry, 168*(12), 1255-1265. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11040557

- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 34(6), 544-553. doi: 10.1007/s10608-009-9268-4
- Greenberg, M., & Harris, A. (2012). Nurturing mindfulness in children and youth: Current state of research. *Child Development Perspectives*, 6(2), 161-166. doi: 10.1111/j.1750-8606.2011.00215.x
- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien, M., & Zins, J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6/7), 466-474. doi: 10.1037/0003-066X.58.6-7.466
- Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (1998b). Antecedent -and response- focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224-237. doi: 10.1037/0022-3514.74.1.224
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219. doi: 10.1111/1467-8721.00152

- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. doi: 10.1017/S0048577201393198
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. doi: 10.1080/1047840X.2014.940781
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103. doi: 10.1037//0021-843X.106.1.95
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. En D. K. Snyder, J. Simpson, y J. N. Hughes (Eds.), *Emotion Regulation in Couples and Families: Pathways to Dysfunction and Health* (pp. 13-35). Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Gross, J. J., Sheppes, G., & Urry, H. L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition & Emotion*, 25(5), 765-781. doi:10.1080/02699931.2011.555753
- Gross, J. J., & John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. En L. F. Barrett y P. Salovey (Eds.), *Emotions and social behavior. The wisdom in feeling: Psychological processes in emotional intelligence* (pp. 297-319). New York, NY, US: Guilford Press.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J., & Barret, L.A. (2011). Emotion Generation and Emotion Regulation: one or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3(1), 8-16. doi: 10.1177/1754073910380974
- Gross, J. J., & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual foundations. In Gross, J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Gunthert, K. C., Conner, T. S., Armeli, S., Tennen, H., Covault, J., & Kranzler, H. R. (2007). Serotonin Transporter Gene Polymorphism (5-HTTLPR) and Anxiety Reactivity in Daily Life: A Daily Process Approach to Gene-Environment Interaction. *Psychosomatic Medicine*, 69(8), 762-768. doi: 10.1097/psy.0b013e318157ad42
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition & Emotion*, 25(3), 400-412. doi: 10.1080/02699931.2010.544160
- Haga, S., Kraft, P., & Corby, E. K. (2007) Emotion regulation: Antecedents and Well-Being outcomes of Cognitive Reappraisal and Expressive Suppression in Cross-Cultural Samples. *Journal of Happiness Studies*, 10(3), 271-291. doi: 10.1007/s10902-007-9080-3

- Hakamata, Y., Lissek, S., Bar-Haim, Y., Britton, J. C., Fox, N. A.,..., & Pine, D. S. (2010). Attention bias modification treatment: A meta-analysis toward the establishment of novel treatment for anxiety. *Biological Psychiatry*, 68(11), 982-990. doi:10.1016/j.biopsych.2010.07.021
- Hariri, A. R., & Holmes, A. (2006). Genetics of emotional regulation: The role of the serotonin transporter in neural function. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(4), 182-191. doi:10.1016/j.tics.2006.02.011
- Harnett, P.H., & Dawe S. (2012). Review: The contribution of mindfulness-based therapies for children and families and proposed conceptual integration. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(4), 195-208. doi: 0.1111/j.1475-3588.2011.00643.x
- Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2008). Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1270-1278. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01924.x
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S., & Wilson, K. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 161-165. doi: 10.1093/clipsy.bpg018.

Hernández-Guzmán, L. (2012). En J., Camerini (2012). *Aportes del siglo XXI a las terapias cognitivas*.

Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S. H. González Montesinos, M. J.,..., & Gallegos Guajardo, J. (2010). Versión en español de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.

Hernández-Guzmán, L., Del Palacio, A., Freyre, M., & Alcázar-Olán, R. (2011) La perspectiva dimensional de la Psicopatología. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 11-120.

Hernández-Guzmán, L., González, S., & López, F. (2002). Effect of guided imagery on children's social performance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 471-483.

Higa-McMillan, C. K., Smith, R. L., Chorpita, B. F., & Hayashi, K. (2008). Common and unique factors associated with DSM-IV-TR internalizing disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1279-1288. doi: 10.1007/s10802-008-9250-8.

Hilt, L. M., Hanson, J. L., & Pollak, S. D. (2011). Emotion dysregulation. *Encyclopedia of adolescence*, 3, 160-169. doi: 10.1016/B978-0-12-373915-5.00112-1

Hinshaw, S. P., & Arnold, L. E. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and

challenge. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 6(1), 39-52.
doi:10.1002/wcs.1324

Hofmann, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 78(2), 169-183. doi: 10.1037/a0018555.

Hölzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S.,..., & Lazar, J. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Reserach: Neuroimaging*, 191(1), 36-43. doi: 10.1016/j.pscychresns.2010.08.006

Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports: Measures & Statitics*, 114(2), 341-362. doi: 10.2466/03.20.PR0.114k22w4

Hunter, M. S., Ussher, J. M., Cariss, M., Browne, S., Jelley, R., & Katz, M. (2002). Medical (fluoxetine) and psychological (cognitive-behavioural therapy) treatment for premenstrual dysphoric disorder: A study of treatment processes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(3), 811-817. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00338-0

Jablensky, A. (2011). The disease entity in psychiatry: fact or fiction? *Epidemiological and Psychiatric Sciences*, 21(3), 255-264. doi: 10.1017/S2045796012000339.

- Jacob, K. L., Christopher, M. S., & Neuhaus, E. C. (2011). Development and validation of the Cognitive-Behavioral Therapy Skills Questionnaire. *Behavior Modification, 35*(6), 595-618. doi: 10.1177/0145445511419254
- Jimenez, S., Niles, B., & Park. C. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences, 49*(6), 645-50. doi: 10.1016/j.paid.2010.05.041
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality, 72*(6), 1301-1333. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- John, O. P., & Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation. En *Handbook of emotion regulation*, (pp. 351-372). New York, NY: Guilford Press
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Mindfulness Meditation for Everyday Life*. New York, NY: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2000). *Indra's net at work: The mainstreaming of dharma practice in society*. York Beach, ME: Samuel Weiser.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- Kallapiran, K., Kirubakaran, R., & Hancock, K. (2015). Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194. doi: 10.1111/camh.12113
- Kang, Y., Gruber, J., & Gray, J. (2013). Mindfulness and De-Automatization. *Emotion Review*, 5(2), 192-201. doi: 10.1177/1754073912451629
- Kaunhoven, R., & Dorjee, D. (2017). How does mindfulness modulate self-regulation in pre-adolescent children? An integrative neurocognitive review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74(A), 163-184. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.01.007
- Kavanagh, D., Andrade, J., & May, J. (2004) Beating the urge: Implications of research into substance-related desires. *Addictive Behaviors*, 29(7), 1359-1372. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.06.009
- Keng, S.-L., Smoski, M., & Robins, C. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006.
- Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2018). Enhancing inhibitory learning: The utility of variability in exposure. *Cognitive and Behavioral Practice*. Advance online publication. doi:10.1016/j.cbpra.2017.12.001

- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child development*, 59(1), 135-146.
- Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D.H. (2005). Introduction to the special section: Toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 491-493. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.491
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Understanding psychopathology: Melding behavior genetics, personality, and quantitative psychology to develop an empirically based model. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 113-117. doi: 10.1111/j.0963-7214.2006.00418.x}
- Krueger, R.F., MacDonald, A., & Tackett, J. (2016). Toward validation of a structural approach to conceptualizing psychopathology. A special section of the Journal of Abnormal Psychology. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(8), 1023-1026. doi: 10.1037/abn0000223.
- Lahey, B. B., Rathouz, P. J., Van Hulle, C., Urbano, R. C., Krueger, R.,....., & Waldman, I. (2008). Testing structural models of DSM-IV symptoms of common forms of child and adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 187-206. doi: 10.1007/s10802-007-9169-5
- Layous, K., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 3-12. doi:10.1037/a0034709

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N.,..., & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport*, 16(17), 1893-1897. doi: 10.1097/01.wnr.0000186598.66243.

Leahy, L. (2017) Cognitive Therapy Techniques: A practitioner's Guide. 2nd ed.

Lee, J., Semple, R., Rosa, D. & Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22(1), 15-28. doi: 10.1891/0889.8391.22.1.15

Lépine, J-P., Wittchen, H-U., & Essau, C. (1993). Lifetime and current comorbidity of anxiety and affective disorders: Results from the International WHO/ADAMHA CIDI Field Trials. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 3(2), 67-77.

Leve, L. D., & Cicchetti, D. (2016). Longitudinal transactional models of development and psychopathology. *Development and Psychopathology* 28(3), 621-622. doi: 10.1017/S0954579416000201

Levenson, R. W., Haase, C. M., Bloch, L., Holley, S. R., & Seider, B. J. (2014). Emotion regulation in couples. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). New York, NY: The Guilford Press.

Lewis, M., & Todd, R. (2007). The self-regulating brain: cortical-subcortical feed back and the development of intelligent action. *Cognitive Development*, 22(4), 406-430. doi:10.1016/j.cogdev.2007.08.004.

- Linehan, M. M. (1993). *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp.581-605). New York, NY: The Guilford Press.
- Liotti, M., & Tucker, D. M. (1992). Right hemisphere sensitivity to arousal and depression. *Brain and Cognition*, 18(2), 138-151. doi: 10.1016/0278-2626(92)90075-w
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., Beers, M., & Petty, R. (2005). Emotion Regulation Abilities and the Quality of Social Interaction. *Emotion*, 5(1), 113-118. doi: 10.1037/1528-3542.5.1.113
- Lueke, A., & Gibson, B. (2014). Mindfulness meditation reduces implicit age and race bias: the role of reduced automaticity of responding. *Social Psychological and Personality Science*, 6(3), 284-29. doi: 10.1177/1948550614559651
- Lukas, C., Ebert, D., Trevisi, H., Caspar, F. & Berking, M. (2017). Deficit in general emotion regulation skill-evidence of a transdiagnostic factor. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 1017-1033. doi: 10.1002/jclp.22565
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.

- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*(2), 111-131. doi: 10.1037/1089-2680.9.2.111
- Macklem, G. (2011) *Evidence-Based School Mental Health Services. Affect education, Emotion Regulation Training and Cognitive Behavioral Therapy*. New York, Springer.
- Maddux, J., Gosselin, J., & Winstead, B. (2016) Conception of Psychopathology: A Social Constructionist Perspective. En Maddux, J. y Winstead, B. (Eds.) *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (pp. 3-18). New York and London, Routledge/Taylor & Francis Group.
- Malinowski, P. (2008). Mindfulness as psychological dimension: Concepts and applications. *Irish Journal of Psychology, 29*(1), 155-166. doi: 10.1080/03033910.2008.10446281
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in Neuroscience, 7*(8), 1-11. doi: 10.3389/fnins.2013.00008
- Mardomingo, M. J. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediátrica de Atención Primaria, 3*(10), 61-72.
- Marks, M., & Hemsley, D. (1999). Retrospective versus prospective self-rating of anxiety symptoms and cognitions. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(5), 463-472. doi: 10.1016/S0887-6185(99)00015-8

- Marsh, R., Maia, T., & Peterson, B. (2009). Functional disturbances within frontostriatal circuits across multiple childhood psychopathologies. *The American Journal of Psychiatry*, 166(6), 664-674. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08091354.
- McCracken, L. M. (2005). *Contextual cognitive behaviour therapy for chronic pain*. Seattle, WA: IASP Press.
- McCrory, E. J., & Viding, E. (2015). The theory of latent vulnerability: reconceptualizing the link between childhood maltreatment and psychiatric disorder. *Development and psychopathology*, 27(02), 493-505. doi: 10.1017/S0954579415000115.
- McEwan, B. S. (2003). Early life influences of life-long patterns of behavior and health. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9(3), 149-154. doi: 10.1002/mrdd.10074
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544-554. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.003
- McRae, K., Gross, J., Weber, J., Robertson, E., Sokol-Hessner, P.,..., & Ochsner, K. (2012). The development of emotion regulation: an fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(1), 11-22, doi: 10.1093/scan/nsr093.

- Meiklejohn, J., Phillips, C., Freedman, M.L., Griffin, M.L., Biegel, G.,..., & Saltzman, A. (2012). Integrating mindfulness training into K-12 education: Fostering the resilience of teachers and students. *Mindfulness*, 3(4), 291-307. doi: 10.1007/s12671-012-0094-5.
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology Science and Practice*, 14(4), 329-352. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Dierker, L., & Grillon, C. (1999). Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1523-1535. doi: 10.1016/s0006-3223(99)00172-9
- Miller, G. E., Chen, E., & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hipotalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychological Bulletin*, 133(1), 25-45. doi: 10.1037/0033-2909.133.1.25
- Mindfulness in Schools Project (2015). Mindfulness in Schools Project. Recuperado de: <http://mindfulnessinschools.org/>.
- Mocaiber, I., Oliveira, L. D., Pereira, M., Machado-Pinheiro, W., Ventura, P.,..., & Volchan, E. (2008). Neurobiologia da regulação emocional: implicações para a terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia em estudo*, 13(3), 531-538.
- Mogg, K., Salum, G., Bradley, B., Gadelha, A., Pan, P.,..., & Manfro, G. (2015). Attention network functioning in children with anxiety disorders, attention-deficit/hyperactivity disorder and non-clinical anxiety. *Psychological Medicine*, 45(12), 2633-2646. doi: 10.1017/S0033291715000586.

- Mogoşe, C., David, D., & Koster, E. H. W. (2014). Clinical efficacy of attentional bias modification procedures: An updated meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 70*(12), 1133-1157. doi: 10.1002/jclp.22081.
- Mullin, B. C., & Hinshaw, S. P. (2007). Emotion regulation and externalizing disorders in children and adolescents. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 523-541). New York, NY, US: Guilford Press.
- Muris, P., Meesters, C., & Rompelberg, L. (2007). Attention control in middle childhood: relations to psychopathological symptoms and threat perception distortions. *Behaviour Research and Therapy, 45*(5), 997-1010, doi: 10.1016/j.brat.2006.07.010.
- Nauta, M. H. (2005). *Anxiety disorders in children and adolescents: Assessment, cognitive behavioural therapy, and predictors of treatment outcome*. University of Groningen.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569-582. doi: 10.1037/0021-843X.100.4.569
- Norton, P. J., Hayes, S. A., & Hope, D. A. (2004). Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and Anxiety, 20*(4), 198-202. doi: 10.1002/da.20045
- Ochsner, K., Bunge, S., Gross, J., & Gabrieli, J. (2002). Rethinking feelings: an fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience, 14*(8), 1215-1299. doi:10.1162/089892902760807212.

- Ochsner, K., & Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9(5), 242-249. doi: 10.1016/j.tics.2005.03.010
- Ollendick, T. H., Seligman, L. D., Goza, A. B., Byrd, D. A., & Singh, K. (2003). Anxiety and depression in children and adolescents: A factor-analytic examination of the tripartite model. *Journal of Child and Family Studies*, 12(2), 157-170. doi: 10.1023/A:1022806731527
- Ollendick, T. H., & Francis, G. (1988). Behavioral Assessment and Treatment of Childhood Phobias. *Behavior Modification*, 12(2), 165-204. doi: 10.1177/01454455880122002
- Ollendick, T., Davis, T., & Muris, P. (2004). Treatment of specific phobia in children and adolescent. En Barret y Ollendick (Ed). *Handbook of interventions that work with children and adolescent Prevention and treatment*. US: Jhon Wiley & Sons
- Overton, W. F., & Lerner, R. M. (2012). Relational developmental systems: A paradigm for developmental science in the postgenomic era. *Behavioral and Brain Sciences*, 35(5), 375- 376. doi: 10.1017/S0140525X12001082
- Overton, W. F., & Lerner, R. M. (2014). Fundamental concepts and methods in developmental science. *Research in Human Development*, 11(1), 63-73. doi: 10.1080/15427609.2014.881086
- Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2016). Childhood conduct problems and young adult outcomes among women whit childhood attention-deficit/hyperactivity

disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 220-232. doi: 10.1037/abn0000084

Peckham, A., McHugh, R., & Otto, M. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1135-1142. doi:10.1002/da.20755

Perrino, T., Pantin, H., Prado, G., Huang, S., Brincks, A.,..., & Hendricks-Brown, C. (2014). Preventing internalizing symptoms among hispanic adolescents: A synthesis across familias unidas trials. *Prevention Science*, 15(6), 917-928. doi: 10.1007/s11121-013-0448-9

Perry-Parrish, C., Copeland-Linder, N., Webb, L., & Sibinga, E. (2016). Mindfulness-Based Approaches for Children and Youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46(6), 172-178. doi: 10.1016/j.cppeds.2015.12.006.

Perry-Parrish, C., & Sibinga, E. (2014). Mindfulness meditation for children. En: R.D., Anbar, (Ed.). *Functional Symptoms in Pediatric Disease: A Clinical Guide* (pp. 343–52). New York, NY: Springer.

Petersen, S., & Posner, M. (2012). The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual Review of Neuroscience*, 35, 73–89. doi: 10.1146/annurev-neuro-062111-150525

Posner, M. I., & Raichle, M. E. (1994). *Images of mind*: Scientific American Library/Scientific American Books.

- Posner, M., & Rothbart, M. (2009). Toward a physical basis of attention and self-regulation. *Physics of Life Reviews*, 6(2), 103-120, doi:10.1016/j.plrev.2009.02.001.
- Posner, M., Rothbart, M., Sheese, B., & Tang, Y. (2007). The anterior cingulate gyrus and the mechanism of self-regulation. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, 7(4), 391-395. doi: 10.3758/CABN.7.4.391.
- Posner, M., & Petersen, S. (1990). The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13, 25-42. doi: 10.1146/annurev.ne.13.030190.000325
- Price, R. B., Wallace, M., Kuckertz, J. M., Amir, N., Graur, S.,..., & Bar-Haim, Y. (2016). Pooled patient-level meta-analysis of children and adults completing a computer-based anxiety intervention targeting attentional bias. *Clinical Psychology Review*, 50, 37-49. doi:10.1016/j.cpr.2016.09.009
- Qin, S., Young, C., Supekar, K., Uddin, L., & Menon, V. (2012). Immature integration and segregation of emotion-related brain circuitry in young children. *Proceeding of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(20), 7941-7946. doi:10.1073/pnas.1120408109.
- Quaglia, J. T., Braun, S. E., Freeman, S. P., McDaniel, M. A., & Brown, K. W. (2016). Meta-analytic evidence for effects of mindfulness training on dimensions of self-reported dispositional mindfulness. *Psychological Assessment*, 28(7), 803-818. doi: 10.1037/pas0000268

- Ramos, Y., González-Seijo, J. C., & Ballesteros, M. C. (2003). Trastornos de ansiedad generalizada en la infancia y adolescencia. 4º Congreso virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.
- Regier, D. (2012). Merging categorical and dimensional diagnoses of mental disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(3), 267-269. doi: 10.1017/S2045796012000340.
- Repetti, R., Taylor, S., & Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. doi: 10.1037//0033-2909.128.2.330
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L.,..., & Verhulst, F. C. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: Parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456-467. doi:10.1080/15374416.2011.563472
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 410-424. doi: 10.1037/0022-3514.79.3.410
- Roemer, L., Arbid, N., Martinez, J., & Orsillo, S. (2017). Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Treatments. En S. G. Hofmann & G. J. G. Asmundson (Eds.), *The science of cognitive behavioral therapy* (pp. 175-197). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-803457-6.00008-

- Röll, J., Koglin, U., & Petermann, F. (2012). Emotion regulation and childhood aggression: longitudinal associations. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(6), 909-923. doi: 10.1007/s10578-012-0303-4
- Rothbart, M. K., Posner, M. I., & Rosicky, J. (1994). Orienting in normal and pathological development. *Development and psychopathology*, 6(4), 635-652.
- Rothbart, M. K., Ziaie, H., & O'Boyle, C. G. (1992). Self-regulation and emotion in infancy. *New directions for child and adolescent development*, 55, 7-23.
- Rothbart, M., Sheese, B., Rueda, M., & Posner, M. (2011). Developing mechanisms of self-regulation in early life. *Emotion Review*. 3(2), 207-213. doi:10.1177/1754073910387943.
- Rueda, M., Fan, J., McCandliss, B., Halparin, J., Gruber, D.,..., & Posner, M. (2004). Development of attentional networks in childhood. *Neuropsychologia*, 42(8), 1029-1040. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2003.12.012.
- Rueda, M.R., Posner, M.I., & Rothbart, M.K., (2005). The development of executive attention: contributions to the emergence of self-regulation. *Developmental Neuropsychology*, 28(2), 573-594. doi: 10.1207/s15326942dn2802 2.
- Russell, J. A. (2003). Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological review*, 110(1), 145.
- Russell, J. A. (2006). Emotions are not modules. *Canadian Journal of Philosophy, Supplement*, 32, 53-71. doi: 10.1353/cjp.2007.0037

- Russell, J. A. (2009). Emotion, core affect, and psychological construction. *Cognition and Emotion*, 23(7), 1259-1283. doi: 10.1080/02699930902809375
- Russell, J. A. (2015). My psychological constructionist perspective, with a focus on conscious affective experience. En L. F. Barrett y J. A. Russell (Eds.), *The psychological construction of emotion* (pp. 183-208). Nueva York, NY, E.U.: The Guilford Press.
- Russell, J. A. (2017). Cross-Cultural Similarities and Differences in Affective Processing and Expression. En Jeon, M (Ed.), *Emotions and Affect in Human Factors and Human-Computer Interaction* (pp. 123-141). Michigan, Academic Press.
- Rutter, M. (2003). Categories, dimensions, and the mental health of children and adolescents. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 11-21. doi: 10.1196/annals.1301.002
- Rutter, M. (2013). Developmental psychopathology: A paradigm shift or just a relabeling? *Development and Psychopathology*, 25(4), 1201-1213. doi: 10.1017/S0954579413000564.
- Rutter, M., & Silberg, J. (2002). Gene-Environment Interplay in Relation to Emotional and Behavioral Disturbance. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 463-490. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135223
- Rutter, M., & Sroufe, L. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265-296. doi: 10.1017/S0954579400003023}

- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*, (pp. 125-154). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/10182-006
- Saltzman, A., & Goldin, P., (2008). Mindfulness-based stress reduction for school-age children. En: S.C., Hayes, y L.A., Greco, (Eds.), *Acceptance and Mindfulness Interventions for Children Adolescents and Families* (pp. 139–161). Oakland, CA.: Context Press/NewHarbinger,
- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12(3), 297-312. doi: 10.1017/S0954579400003035
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., & Chorpita, B. F. (2010). Development of a 30-item version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(3), 165-178. doi: 10.5944/rppc.vol.15.num.3.2010.4095
- Sandín, B., Chorot, P., & Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva Frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. doi: 10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839
- Schäfer, J., Naumann, E., Holmes, E., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal Youth Adolsecence*, 46(2), 261-276. doi: 10.1007/s10964-016-0585-0.

Schoeberlein, D., & Koffler, T. (2005). *Garriston Institute report: Contemplation and education: A survey of programs using contemplative techniques in K–12 educational settings: A mapping report*. New York: Garrison Institute.
Recuperado el 21 de mayo de 2018 de:
<http://ase.tufts.edu/iaryd/documents/researchRefContemplativeEdu.pdf>

Schonert-Reichl, K., Oberle, E., Lawlor, M., Abbott, D., Thomson, K.,..., & Diamond, A. (2015). Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-administer mindfulness-based school program for elementary school children: a randomized controlled trial. *Developmental Psychology*, 51(1), 52-66. doi: 10.1037/a0038454.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Segerstrom, S. C., Statnto, A. L., Alden. E., & Shortridge, B. E. (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: What's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(5), 909-921. doi: 10.1037/0022-3514.85.5.909

Seligman, M. E. P. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(1), 407–412. doi: 10.1146/annurev.me.23.020172.002

Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi:10.1037/0003-066x.60.5.410

- Semple, R., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. (2010). A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229. doi:10.1007/s10826-009-9301-y.
- Semple, R., Reid, E., & Miller, L. (2005) Treating anxiety with mindfulness: an open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(4), 379-92. doi: 10.1891/jcop.2005.19.4.379
- Semple, R.J., Lee, J., & Miller, L.F. (2006). Mindfulness-based cognitive therapy for children. En R.A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinicians guide to evidence base and applications* (pp. 143-166). Oxford, UK: Elsevier.
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. doi: 10.1002/jclp.20237.
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and Affect Regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560-580). New York, NY: Guilford Press.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209. doi: 10.4067/S0717-92272005000300004.

- Simon, N. M., & Rosenbaum, J. F. (2003). Anxiety and depression comorbidity: Treatment of comorbid depression and anxiety disorders. *Medscape Psychiatry and Mental Health*. Recuperado de: https://www.medscape.com/viewarticle/451325_1
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Adkins, A. D., Myers, R. E., & Grp, M. R.(2003). Soles of the feet: a mindful-based self-control intervention for aggression by an individual with mild retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities, 24*(3), 158-169. doi:10.1016/S0891-4222(03)00026-X
- Solloa, L. M. (2001). *Los Trastornos Psicológicos en el Niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento de los trastornos*. Trillas, México.
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 280-297. doi:10.1037/0021-843x.106.2.280
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*(5), 545-566. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00034-5
- Sroufe, L. A. (2000). *Desarrollo emocional*. México: Oxford.
- Stange, J., MacNamara, A., Barnas, O., Kennedy, A., Hajcak., G.,..., & Klump., H. (2017). Neural markers of attention to aversive pictures predict response to cognitive behavioral therapy in anxiety and depression. *Biological Psychology, 123*, 269-277. doi: 10.1016/j.biopsycho.2016.10.009

- Steele, A., Karmiloff-Smith, A., Cornish, K., & Scerif, G. (2012). The multiple subfunctions of attention: differential developmental gateways to literacy and numeracy. *Child Development*, 83(6), 2028-2041. doi: 10.1111/j.1467-8624.2012.01809.x
- Strunk, D. R., Hollars, S. N., Adler, A. D., Goldstein, L.A., & Braun, J. D. (2014). Assessing patient's cognitive therapy skills: Initial evaluation of the competencies of cognitive therapy scale. *Cognitive Therapy and Research*, 38(5), 559-569. doi: 10.1007/s10608-014-9617-9
- Sweeney, M., & Pine, D. (2004). Etiology of Fear and Anxiety. En T. H. Ollendick y J. S. March (Eds.), *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions* (pp. 34-60). New York, NY, US: Oxford University Press. doi: 10.1093/med:psych/9780195135947.003.0002
- Tang, Y., Lu, Q., Geng, X., Stein, E., Yang, Y., & Posner, M. (2010). Short-term meditation induces white matter changes in the anterior cingulate. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 107(35), 15649-15652. doi: 10.1073/pnas.1011043107
- Tang, Y., Ma, Y., Wang, J., Feng, S., Lu, Q., ..., & Posner, M. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 104(43), 17152-17156. doi: 10.1073/pnas.0707678104

- Tang, Y., Yang, L., Leve., L., & Harold, G. (2012). Improving executive functioning and its neurobiological mechanisms through mindfulness-based interventions. Advances within the field of developmental neuroscience. *Child Development Perspectives*, 6(4), 361-366. doi: 10.1111/j.1750-8606.2012.00250.x
- Tang, Y.-Y., & Posner, M. I. (2012). Tools of the trade: theory and method in mindfulness neuroscience. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 118-120. doi: 10.1093/scan/nss112
- Tang, Y-Y., Hölzel, B., & Posner, M. (2015) The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225. doi: 10.1038/nrn3916.
- Teasdale, J. D. (1999a). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 37(1), S53–S77. doi:10.1016/s0005-7967(99)00050-9
- Teasdale, J. D. (1999b). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), 146–155. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199905)6:2<146::AID-CPP195>3.0.CO;2-E
- Teper, R., & Inzlicht, M. (2013). Meditation, mindfulness and executive control: the importance of emotional acceptance and brain-based performance monitoring. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 8(1), 85-92. doi:10.1093/scan/ nss045

- Teper, R., Segal, Z., & Inzlicht, M., (2013). Inside the mindful mind: how mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 449-454. doi: 10.1177/0963721413495869.
- Thompson, M., & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: Effective clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 395-407. doi: 10.1177/1359104508090603
- Thompson, R. (1994) Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Thompson, R. A., Lewis, M. D., & Calkins, S. D. (2008). Reassessing emotion regulation. *Child Development Perspectives*, 2(3), 124-131. doi: 10.1111/j.1750-8606.2008.00054.x
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*, 30-44. doi: 10.1017/CBO9780511994791.004
- Ttofi, M., Bowes, L., Farrington, D., & Lösel, F. (2014). Protective factors interrupting the continuity from school bullying to later internalizing and externalizing problems: A systematic review of prospective longitudinal studies. *Journal of School Violence*, 13, 5-38. doi: 10.1080/15388220.2013.857345.

- Tugade, M., & Fredrickson, B. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8, 311-333. doi: 10.1007/s10902-006-9015-4
- Tull, M., Barrett, H., McMillan, E., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38(3), 303-313. doi: 10.1016/j.beth.2006.10.001
- van der Oord, S., Bögels, S., & Peijnenburg, D. (2012). The effectiveness of mindfulness training for children with ADHD and mindful parenting for their parents. *Journal of Child and Family Studies*, 21(1), 139–147. DOI 10.1007/s10826-011-9457-0
- van Lang, N. D. J., Ferdinand, R. F., Ormel, J., & Verhulst, F. C. (2006). Latent class analysis of anxiety and depressive symptoms of the Youth Self-Report in a general population sample of young adolescents. *Behavior Research and Therapy*, 44, 849-860.
- Velotti, P., Garofalo, C., & Zavattini, G. (2013). Psychopathological disease and emotion regulation. *European Psychiatry*, 28(1), 1. doi: 10.1016/S0924-9338(13)76506-4.
- Vickery, C., & Dorjee, D. (2016). Mindfulness training in primary schools decreases negative affect and increases meta-cognition in children. *Frontiers in Psychology*, 6. doi: 10.3389/fpsyg.2015.02025

- Wadlinger, H., & Isaacowitz, D. (2010). Fixing our focus: training attention to regulate emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 75–102, doi: 10.1177/1088868310365565.
- Wagner, K. D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety and depression. *Child and Adolescent Psychiatry*.
- Waters, A., Henry, J., Mogg, K., Bradley, B., & Pine, D. (2010). Attentional bias towards angry faces in childhood anxiety disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 158–164, doi: 10.1016/j.jbtep.2009.12.001.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological bulletin*, 98(2), 219.
- Werner, K., & Gross, J. (2010). Emotion regulation and psychopathology. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: The Guilford Press. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2/3), 25-52.
- Wheeler, M., Arnkoff, D., & Glass, C. (2017). The neuroscience of mindfulness: How mindfulness alters the brain and facilitates emotion regulation. *Mindfulness*, 8(6), 1471-1487. Doi: 10.1007/s12671-017-0742-x

- Widakowich, C. (2012). El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17(4), 365-374.
- Widiger, T. A. (2005). Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*, 39, 67-83.
- Widiger, T.A., & Samuel, D.B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494-504. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.494
- Wildes, J. E., & Marcus, M. D. (2013). Incorporating dimensions into the classification of eating disorders: Three model and their implications for research and clinical practice. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 396-403. doi: 10.1002/eat.22091.
- Wilfley, D. E., Bishop, M.E., Wilson, G.T., & Agras, W.S. (2007). Classification of eating disorders: Toward DSM-V. *International Journal of Eating Disorders*, 40, S123-S129. doi: 10.1002/eat.20436
- Williams, J. M., & Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness: Diverse perspectives on its meaning, origins and applications*. London and New York: Routledge.
- Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. London: Piatkus.

- Wranik, T., Barrett, L. F., & Salovey, P. (2007). Intelligent emotion regulation. En J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation* (pp. 393-428). New York, NY: Guilford Press.
- Xu, Y., Yu, Y., Xie, Y., Peng, L., Liu, B., ..., & Li, M. (2015). Positive affect promotes well-being and alleviates depression: The mediating effect of attentional bias. *Psychiatry Research, 228*(3), 482-487. doi: 10.1016/j.psychres.2015.06.011
- Yap, M., Morgan, A., Cairns, K., Jorm, A., Hetrick, S., & Merry, S. (2016). Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clinical Psychology Review, 50*, 138-158. doi: 10.1016/j.cpr.2016.10.003.
- Yuan-Yuan, W., Xiao-Hong, L., Wei, Z., Zi-Yan, X., Chee, H., ..., & Yu-Tao, X. (2018). Mindfulness-based interventions for major depressive disorder: A comprehensive meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders, 229*, 429-436.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist, 35*(2), 151-175. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.2.151>
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion, 13*(5), 803-810. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0033839>
- Zelazo, P. D., & Lyons, K. (2012). The potential benefits of mindfulness training in early childhood: a developmental social cognitive neuroscience perspective.

Child Development Perspectives, 6(2), 154–160, doi: 10.1111/j.1750-8606.2012.00241.x.

Zelazo, P. D., & Cunningham, W. A. (2007). Executive function: Mechanisms underlying emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 135-158). New York, NY: Guilford Press.

Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 393-398.

Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 30(5), 1-20. doi: 10.3389/fpsyg.2014.00603.

Zhang, C.-Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P.-K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and Commitment Therapy for Health Behavior Change: A Contextually-Driven Approach. *Frontiers in Psychology*, 8. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02350

Zimmerman, M., & Chelminski, I. (2003). Generalized anxiety disorder in patients with major depression: Is DSM-IV's hierarchy correct? *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 504-512.

Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., Liebowitz, M. R., Street, L.,..., & Kraemer, H. (1994). The *DSM-IV* field trial for mixed anxiety-depression. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1153-1162. doi: 10.1176/ajp.151.8.1153