



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y EDUCACIÓN A DISTANCIA

MANUSCRITO RECEPCIONAL

PROGRAMA DE PROFUNDIZACIÓN EN CLÍNICA

“Evaluación de una Intervención
Transdiagnóstica en Regulación Emocional
en Mujeres Privadas de la Libertad”

REPORTE DE INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

RAQUEL BASTIEN ROA

DIRECTORA: DRA. ANABEL DE LA ROSA GÓMEZ

DICTAMINADOR: DR. RICARDO SANCHEZ MEDINA



Los Reyes Iztacala, Estado de México, Junio 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Investigación realizada gracias al Programa UNAM-DGAPA-PAPIIT <<TA300316>> y PAPIIME <<PE303817>>. Universidad Nacional Autónoma de México. FES Iztacala.

AGRADECIMIENTOS

A la DGAPA-UNAM por la beca recibida y el apoyo brindado para la realización de este trabajo, a través del proyecto PAPIIT

A la Doctora Anabel de la Rosa Gómez, por permitirme participar en su equipo de investigación, por compartir sus conocimientos, su tiempo, por la confianza depositada y el apoyo recibido.

Al Dr. Ricardo Sánchez Medina, por aceptar ser mi dictaminador, por su apoyo y por el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo, sabiendo de sus múltiples ocupaciones.

A mis compañeros que participaron en la investigación y que me ayudaron aportando sus conocimientos: Diana, Josefina, Daniel, Eduardo, Karla, Rosario, Mario.

A las mujeres que participaron en la intervención, gracias por su tiempo, por la confianza que depositaron al compartir sus vivencias, porque estando privadas de la libertad facilitaron el desarrollo de este trabajo.

A las autoridades del Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan del Distrito Federal, por las facilidades prestadas para realizar esta investigación.

“Y justo cuando la oruga pensó que era su final, se transformó en mariposa”.

Anónimo

DEDICATORIAS

A Patt mi esposo, sin tu apoyo no hubiera podido concluir este sueño, gracias por no soltar mi mano cuando más te he necesitado.

A Nathie mi pequeña, la hija que desee, la mujer a la que admiro.

A mis padres Harmodio y Lupita, papá donde te encuentres sé que te sentirías orgulloso de mi (aún no te fallo), mamá por enseñarme a ser fuerte, emprendedora y persistente.

A mis hermanos Elena, Lupita, Rodolfo, Carlos, en especial a Harmodio y Adriana a quienes admiro y respeto profundamente.

En esta etapa de mi vida he conocido a muchas personas, de las cuales sus vivencias y su compañía me han ayudado a formar a la persona que soy. Omitirlas sería inapropiado y la memoria suele jugar malas pasadas.

ÍNDICE

Resumen	5
Introducción	6
Marco Teórico	7
Pregunta de investigación	15
Hipótesis	15
Objetivo General	15
Objetivos Específicos	15
MÉTODO	16
<i>Participantes</i>	16
<i>Diseño de investigación</i>	16
<i>Instrumentos</i>	18
<i>Procedimiento</i>	19
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	22
Referencias	25
ANEXOS	30

Resumen

El presente estudio, contrasta la evidencia empírica del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales de Barlow et al. (2011), sobre estrategias de regulación emocional. El objetivo del presente estudio fue examinar la eficacia del Protocolo Unificado sobre la desregulación emocional dirigido a un grupo de mujeres privadas de la libertad del Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan del Distrito Federal.

La intervención se llevó a cabo en 10 sesiones grupales de una hora, dos veces por semana. Se trabajó con una población de 21 mujeres, las cuales asistieron voluntariamente a la intervención, no obstante se desestimaron 4 casos. Las evaluaciones previas y posteriores a la intervención se realizaron mediante las pruebas de autoinforme de las Escala de Regulación Emocional (DERS).

Se observaron reducciones significativas en las puntuaciones post-prueba de la desregulación emocional. Con respecto al primer factor la desregulación emocional, el pre test obtuvo un media de 28.53 y el pos test 27.18, ($w=-59.5$, $p < .05$). El segundo factor evaluado corresponde a la conciencia emocional, el pre test obtuvo una media de 3.06 y el pos test 3.82, ($w=9$, $p < .05$). Los resultados de los dos factores de La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), el pre test obtuvo una media de 31.59 y el post test 29.35 ($w=49.5$, $p < .05$).

Este estudio, indica que la intervención con el Protocolo Unificado Transdiagnóstico para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales es un tratamiento eficaz en la mejora de la desregulación emocional.

Palabras clave: desregulación emocional, transdiagnóstico, mujeres privadas de la libertad.

Abstract

The present study contrasts the empirical evidence of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders of Barlow et al. (2011), about emotional regulation strategies. This study aims to examine the effectiveness of Unified Protocol on emotional deregulation directed at a group of women deprived of liberty at Tepepan Women's Social Readaptation Center in Mexico City.

Intervention was carried out in 10 one-hour group sessions, twice per week. The study brought together a population of 21 women, who voluntarily attended the intervention; however, 4 cases were dismissed. Pre- and post-intervention evaluations were performed using self-report tests of the Emotional Regulation Difficulties Scale (ERDS).

Significant reductions in post-test scores of emotional deregulation were observed. With respect to the first factor emotional deregulation, the pretest obtained an average of

28.53 and the post test 27.18, ($w = -26, p < .05$). The second evaluated factor corresponds to emotional awareness, the previous test obtained an average of 3.06 and the post test one of 3.82, ($w = -62, p < .05$). The results of the two factors of the Emotional Regulation Difficulties Scale (ERDS), the pretest obtained an average of 31.59 and the post test 29.35 ($w = 14, p < .05$).

This study, indicates that the intervention with the Unified Protocol for the Transdiagnostic of the Emotional Disorders is an effective treatment to improve emotional deregulation.

Key words: emotional deregulation, transdiagnosis, deprived women.

Introducción

El abordaje de las emociones se debe al aumento de patologías asociadas a los trastornos emocionales (ansiedad, depresión, fobias, celos, etc.). Los trastornos emocionales afectan la forma de pensar, sentir y actuar. Los síntomas pueden ser muy severos y en la mayoría de los casos no desaparecen por sí solos. Afectando a personas de todos los países y sociedades, a individuos de todas las edades, a mujeres y hombres, a ricos y pobres, a residentes en entornos urbanos y rurales. Tienen un impacto económico sobre las sociedades y sobre la calidad de vida de los individuos y las familias (Informe sobre la salud en el mundo, 2001). Los trastornos mentales y conductuales afectan en un momento dado al 10% de la población adulta aproximadamente. Según Medina Mora: De acuerdo con la última encuesta, el índice para los trastornos afectivos en la ciudad de México es de 9% en la población adulta entre los 18 y los 65 años de edad, con un 7.8% correspondiente a episodios depresivos mayores y 2.5 mujeres por hombre, distimia. Los porcentajes de prevalencia de trastornos de ansiedad resultó un poco menor afectando al 8.3% de la población, siendo la agorafobia sin pánico (3.8%) y fobia social (2.2%) los Alrededor del 20% de todos los pacientes atendidos por profesionales de atención primaria padecen uno o más trastornos mentales. En una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir un trastorno mental o del comportamiento. Estas familias no sólo proporcionan apoyo físico y emocional, sino que soportan las consecuencias negativas de la estigmatización y la discriminación (Informe sobre la salud en el mundo, 2001: Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social, 2005).

Esta investigación se basa en la evaluación de una intervención con el Protocolo Unificado Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PUTTE), que David Barlow y sus colaboradores han desarrollado en los últimos años con éxito. A partir de 2010, el grupo de Barlow ha aportado datos preliminares sobre la eficacia de su protocolo unificado de TCC transdiagnóstica (Ellard et al., 2010)

El protocolo unificado tiene un enfoque transdiagnóstico que ha resultado eficaz en la intervención del trastorno de ansiedad y de otros trastornos emocionales. El protocolo

unificado se basa en principios cognitivos- conductuales, haciendo especial énfasis en la regulación emocional. Incorpora estrategias de regulación emocional, que los individuos utilizan para influir en la experiencia, ocurrencia, intensidad y en la expresión de emociones (Gross, 2007).

Barlow, ha argumentado que los distintos trastornos emocionales comparten una “estructura latente común”, como lo demuestran varios hallazgos. En primer lugar, señala las elevadas tasas de comorbilidad de diferentes trastornos (cuando dos o más problemas tienden a suceder juntos). La mayoría de los pacientes hoy en día se diagnostican con varios trastornos, y los síntomas de estos trastornos independientes se superponen significativamente. En segundo lugar, señala que un solo medicamento psicotrópico a menudo funciona bien para muchos trastornos psicológicos diferentes. Asimismo, muchos protocolos de TCC dirigidos a abordar un trastorno específico terminan por aliviar a otros también. (Shpancer, N, 2011).

Marco Teórico

Existe un gran número de mujeres que antes de ingresar a los centros penitenciarios, son violentadas en su entorno familiar, social o por las autoridades en los procesos judiciales a los que se enfrentan, no obstante una vez que son ingresadas, la violencia física como emocional se torna permanente (LXI Legislatura Cámara de Diputados, 2010) .

Las mujeres que son detenidas se encuentran en una posición de discriminación y violencia por parte de los jueces y agentes de los ministerios públicos, las cuales al estar bajo el resguardo de una autoridad que generalmente está representada por hombres, son sujetas a un ejercicio de poder traducido en una reiterada situación de vulnerabilidad, que puede ser por un estatus legal o por su situación de género, según reporte del Informe sobre la Situación de las Personas Privadas de Libertad (2014).

La Comisión Nacional De Los Derechos Humanos (CNDH, 2015), declara que hasta febrero de 2014, la población penitenciaria comprendía a 249, 912 personas, y únicamente 12,690, que corresponden al 5.08%, eran mujeres. Cabe señalar que existen 389 centros de reclusión en el país, pero solo 15 son exclusivos para mujeres (13 de ellos estatales y dos federales). La CNDH en este informe señala que en base a los señalamientos hechos por las propias internas a través de encuestas anónimas, algunas de sus quejas fueron la práctica de diversos actos de maltrato físico y psicológico, tales como amenazas y golpes, así como humillaciones y tratos discriminatorios, infringidos por el personal directivo, técnico y/o de custodia. De igual manera las mujeres no cuentan con instalaciones adecuadas en cuanto a su infraestructura, mobiliario y equipo para garantizar a las internas una estancia digna y segura; también se tuvo conocimiento de irregularidades relacionadas con la mala calidad de los alimentos, así como cantidades insuficientes para satisfacer las necesidades de las internas, esto provoca un alto grado de desregulación emocional.

La situación de la mujer en reclusión es estigmatizada y dolorosa, por el delito que cometieron contra las leyes y por su falta de “naturaleza”, teniendo en cuenta el rol tradicional que se le ha asignado de la imagen virtuosa a la que se le atribuye. Cuando una mujer pasa por prisión puede ser calificada como «mala», porque trasgredió el papel que le concierne como esposa y madre, sumisa, dependiente y dócil (Antony, 2007).

La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHFD, 2014), muestra un informe sobre la condición de los derechos humanos de las mujeres privadas de la libertad en centros de reclusión de esta entidad, el organismo tomó conciencia sobre los impactos que suelen ser particularmente graves en la privación de la libertad que tiene sobre las mujeres. El encierro toma diversos grados de afectación, de no adoptar medidas que puedan contribuir al desarrollo de la mejora de la calidad de vida, dichas afectaciones pueden dejar marcas profundas y permanentes en la existencia de las internas.

Este estudio se basa en la aplicación de un tratamiento transdiagnóstico. Sin embargo no todos los tratamientos pueden ser considerados unificados. Los tratamientos unificados o transdiagnóstico son aquellos que aplican la misma intervención a los trastornos mentales, sin que el protocolo se adapte a un diagnóstico. No obstante, se hace hincapié en los vínculos funcionales entre los componentes del transdiagnóstico: pensamientos, comportamientos, fisiología y emociones, que se individualiza durante la terapia. Este enfoque aumenta la flexibilidad para que los clientes identifiquen una variedad de cogniciones y comportamientos problemáticos que pueden contribuir a la misma respuesta. Así como a diferentes respuestas emocionales (McEvoy, Nathan y Norton, 2009).

Para Sandín, Chorot y Valiente (2012), un enfoque transdiagnóstico de la psicopatología corresponde a proporcionar un principio para entender, clasificar e integrar los diferentes síntomas y diagnósticos desde procesos y factores (dimensiones) más o menos comunes y/o generales. En este sentido, un desafío para la investigación empírica futura del transdiagnóstico consiste en determinar hasta qué punto un conjunto dimensional (procesos y/o factores o dimensiones) confirma o rechaza un conjunto de trastornos comunes. El transdiagnóstico es una aproximación científica convergente e integradora y, aunque su enfoque es dimensional, supone asumir la existencia de algún sistema de diagnóstico.

No obstante Sandín (2014), explica que un reto futuro importante del transdiagnóstico, aparte de demostrar su eficacia y efectividad, consistirá en explicar qué trastornos y por qué pueden organizarse sobre la base de determinados mecanismos o procesos psicopatológicos transdiagnósticos. Así mismo, también será preciso explicar por qué los trastornos mentales se presentan en formas diferenciadas, cuando en realidad comparten los mismos principios o procesos cognitivos y/o conductuales.

Se han visto beneficios del enfoque transdiagnóstico a nivel grupal por medio del aprendizaje vicario. Aunque existen pacientes en grupos con un diagnóstico heterogéneo, pueden observar que para otros se aplica un tratamiento común, que pueden no relacionarse también con el contenido de las preocupaciones de los demás y para desafiar sus temores idiosincráticos. Por lo tanto, puede haber más oportunidad de aprender de otros miembros del grupo, como objetivos adicionales de exposición. Si se ve el contenido del grupo como

menos relevante para cada individuo, los participantes pueden ser menos comprometidos y más propensos a abandonar. También es posible que debido a que se dedicará menos tiempo a modificar los procesos específicos de diagnóstico, los participantes pueden encontrar más difícil generalizar los principios del tratamiento a sus propias preocupaciones. Por otra parte es posible que los clientes sean más propensos a cuestionar sus propios temores ante la irracionalidad de los temores de otros (McEvoy, Nathan y Norton, 2009).

La terapia grupal tiende a promover la normalización de las experiencias mediante la identificación con otros miembros del grupo, y también permite que los pacientes reciban retroalimentación de otros pacientes (Whitfield, 2010). De igual manera la terapia grupal permite que los pacientes expongan en vivo, la exposición puede motivar a otros miembros del grupo a intentar manifestarse, en otras palabras, los pacientes pueden convertirse en su propio terapeuta poniendo en práctica la aplicación de habilidades de tratamiento en otros acercándose a otros miembros del grupo (Bullis, et, al. 2015).

Algunos investigadores han centrado su interés a en las intervenciones transdiagnósticas en los trastornos emocionales (Hoffman, Heinrich y Moscovitch, 2004), si las personas que experimentan algún trastorno no se trata adecuadamente, el curso el trastorno puede convertirse en crónico y puede afectar significativamente áreas importantes de funcionamiento, tales como el trabajo y las relaciones sociales.

La intervención transdiagnóstica, no presupone la ausencia de diagnóstico, justifica la clasificación de los trastornos mentales según enfoques mixtos dimensionales y categoriales (Sandín, 2013), estudia los factores comunes entre distintos trastornos, tomando en cuenta el factor dimensional de la comorbilidad entre trastornos en lugar de concentrarse en lo que los distingue. Desde esta perspectiva se considera que, los trastornos mentales que hasta ahora han sido conceptualizados en categorías diagnósticas distintas (p. ej., trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo), comparten factores etiológicos o de vulnerabilidad, así como factores que mantienen los síntomas a lo largo del tiempo. Explicar las relaciones entre depresión y ansiedad pueden apuntar al eje que guía la intervención transdiagnósticas en estos trastornos emocionales (Lucio, 2015). El enfoque terapéutico unificado no se limita a diagnósticos específicos, se aplican a individuos que pueden cumplir los criterios para uno o más diagnósticos clínicos (McEvoy, Nathan y Norton, 2009).

En la década de los años sesenta (Beck, 1967; Ellis, 1962; Eysenck, 1959) desarrollaron conceptos transdiagnósticos de gran relevancia. Eysenck, (1959; 1976), describen las dimensiones de personalidad de neuroticismo, extraversión y psicoticismo, las cuales aún se mantienen vigentes. Las dimensiones de neuroticismo y extraversión, similares a los conceptos actuales de afecto negativo y afecto positivo, fueron propuestas por Eysenck para caracterizar a los trastornos neuróticos, mientras que la dimensión de psicoticismo lo fue para los trastornos psicóticos y la conducta antisocial. En la actualidad la mayoría de los modelos aceptados de la personalidad incluyen la dimensión de la neuroticismo y extraversión. Los sujetos con altas puntuaciones de neuroticismo están más afectados por la inducción del estado de ánimo negativo que aquellos con puntuaciones bajas y tienden a ser más psicológicamente reactivos a los factores de estrés (Larsen y Ketelaar, 1991), sea física

en situaciones dolorosas, o psicológica como situaciones conflictivas o de frustración. Por otra parte la extraversión se relaciona con formas activas, sociales y optimistas de manejar el estrés (Costa, Somerfield y McCrae, 1996), muestra un comportamiento opuesto al neuroticismo en relación a la depresión, los sujetos depresivos presentan un incremento significativo en extraversión al momento de la recuperación (Enns y Cox, 1997)

Para comprender la importancia de los trastornos emocionales, es importante entender en primer lugar que son las emociones., las emociones son respuestas complejas que conviene conocer y gestionar de forma apropiada (Bisquerra, 2016) algunas de ellas nos activan mientras que otras nos retrasan. Una emoción se produce por:

- 1) Informaciones sensoriales que llegan a los centros emocionales del cerebro.
- 2) Como consecuencia se produce una respuesta neurofisiológica.
- 3) El neocórtex interpreta la información.

Conforme a este mecanismo, la emoción es un estado complejo del organismo que se caracteriza por la perturbación que predispone a una respuesta organizada, que se genera como respuesta de un acontecimiento externo o interno (Bisquerra, 2017).

Desde una perspectiva esquemática (Soriano, et. al., 2007) se puede comprobar que, ante un estímulo capaz de elaborar respuestas emocionales se genera un procesamiento, tanto en el entorno cortical como en el subcortical del mismo. De tal manera que permite generar una respuesta músculo- esquelética, autonómica y neuroendocrina periférica. Esta respuesta influye sobre el proceso que se está llevando a cabo.

Para Navarro(1999), las emociones al provocar cambios intensos (fisiológicos y psicológicos), modifican todos los aspectos de la personalidad; los sujetos que se dejan llevar por sus emociones dejan de tener coherencia, no pueden ser objetivos ni lógicos, sus argumentos se basan en su tristeza, alegría, resentimiento o enojo, guardan poca relación con la realidad de los hechos. Las emociones aparecen como una reacción ante algunos estímulos que se pueden identificar, asimismo son acompañados de una serie de cambios fisiológicos intensos.

Los componentes para definir una emoción en particular, se han ampliado para incluir factores interindividuales de variabilidad como rasgos de personalidad. Estos rasgos parecen influir y condicionar la forma en que experimentamos y respondemos a las emociones (Canli y Amin, 2002).Para Bisquerra (2016), la emoción tiene tres componentes: neurofisiológico, conductual y cognitivo.

El componente neurofisiológico o psicofisiológico consiste en las respuestas físicas del organismo, se expresa en respuestas como taquicardia, sudoración, rubor, sequedad de boca, secreciones hormonales, etc.

La respuesta comportamental, se expresa principalmente en el lenguaje no verbal de la cara: sonreír, reír, llorar etc.

El componente cognitivo, se refiere a tomar consciencia de la emoción que se experimenta.

Las emociones son respuestas breves las cuales se pueden mantener si se alimentan con el estímulo que las provoca, y así sostener la recompensa en el caso de emociones positivas, o para evitar la causa o el problema que puede provocar la emoción negativa, de tal manera que si el acontecimiento produce bienestar se experimentan emociones positivas y se experimenta una predisposición a la *aproximación*, si el acontecimiento produce malestar se producen emociones negativas lo que provoca *evitación* (Navarro, 1999; Bisquerra, 2011). Sin embargo es necesario aclarar que lo positivo no se relaciona con lo bueno y lo negativo con lo malo, las emociones no son buenas o malas son necesarias para la adaptación al contexto, sin embargo unas nos aproximan al bienestar y otras no. Todas las emociones son necesarias, su alcance estriba en el significado que le damos a la emoción y no en la emoción por sí misma (Bisquerra, 2016).

Bisquerra (2011), afirma que existen más emociones negativas que positivas, debido a que hay diferentes tipos de amenaza para evitar oportunidades de aproximarse. Las metas de las personas se pueden dividir en metas de aproximación que se refieren a objetivos a lograr y metas de evitación a peligros a eludir por lo que se prepara a alejarse de situaciones no deseadas.

Las emociones pueden ser reguladas de diferentes formas. La regulación emocional es un factor importante en la vulnerabilidad de la ansiedad y de los trastornos del estado de ánimo. La regulación emocional se refiere a los procesos que sirven para disminuir, mantener o aumentar uno o más aspectos de la emoción, (Werner y Gross, 2010), ha sido conceptualizada como un proceso en que los individuos modulan sus emociones conscientemente y no conscientemente (Bargh y Williams, 2007; Rottenberg y Gross, 2003). Para Gross (1999), la regulación emocional es el proceso por medio del cual las personas ejercen una influencia sobre las emociones que experimentan, cuando suceden, cómo se experimentan y se expresan, por lo tanto este factor interviene para el desarrollo y el mantenimiento de la ansiedad y los trastornos emocionales. En la perspectiva de la neurociencia afectiva y cognitiva, la modulación de la emoción implica cambios en el procesamiento emocional a través de su interacción con los procesos cognitivos y la plasticidad de los circuitos subyacentes (Davidson, Jackson y Kalin, 2000). Las personas con trastornos emocionales utilizan estrategias desadaptativas de regulación emocional que contribuyen al mantenimiento del síntoma (Barlow et al. 2011). La utilización eficaz de las estrategias reguladoras de las emociones tiene importantes implicaciones para la salud mental y bienestar (Jazaieri, Heather y Gross (2013).

Jazaieri, Heather y Gross (2013), señalan que cuando la regulación de la emoción va "bien", el individuo regula con éxito sus emociones, sin embargo, cuando la regulación de la emoción va "mal", se produce la desregulación emocional, lo que se determina como un estado en el que a pesar de los mejores esfuerzos de un individuo, los intentos reguladores no se relaciona con la emoción y el individuo es incapaz de hacer las modificaciones

necesarias para lograr la emoción relacionada con metas. Hay numerosos factores que pueden producir desregulación emocional.

Para Leahy, Tirsch y Napolitano, (2011) la regulación emocional carece de efectividad cuando las personas necesitan de las destrezas necesarias. Estas deficiencias resultan en desregulación emocional, caracterizada por una excesiva intensidad de la experiencia y expresión emocional, impulsividad o una enorme inhibición de la experiencia. En los últimos años la literatura en psicología clínica ha señalado la importancia de la desregulación emocional, como elemento central, en los problemas psicológicos por los que consultan las personas que asisten a terapia (Vargas, 2013).

En la regulación emocional destacan tres principales características (Gross & Thompson, 2007):

- La primera consiste en que uno puede regular las emociones negativas o positivas disminuyendo o aumentando su magnitud o duración.
- En la segunda, la regulación emocional puede ser un proceso consciente, un proceso intencional, o un proceso que ocurre sin conciencia consciente.
- La tercera, no se puede decir que los procesos de regulación emocional sean "todo bueno" o "todo malo", como determina el contexto específico, si la regulación emocional es útil en un contexto específico a la luz de los objetivos actuales.

Brenner y Salovey, (1997) hacen énfasis en el papel de la regulación emocional, siendo una habilidad, que ayuda el funcionamiento del individuo en su contexto social. Describiendo tres tipos de procesos de regulación que lo permiten: (a) regulación de la emoción, (b) regulación del contexto y (c) regulación de la conducta iniciada por las emociones. Para estos autores la regulación emocional se logra instaurar a través de estrategias que alcancen un ajuste en dos dimensiones: interno-externo (relacionado con la emoción y la regulación de la conducta abierta iniciada por las emociones), y social-solitario, mencionan que la interacción entre estas y su equilibrio permiten que las personas se regulen emocionalmente. Investigaciones anteriores han identificado que la rumia es una estrategia de regulación emocional relacionada con el mantenimiento de un número de trastornos emocionales (Ehring y Watkins, 2008), al no ser identificada y tratada adecuadamente no existirán cambios positivos al regular las emociones.

Gray (1987), propone la teoría de la sensibilidad al refuerzo que se basa en la interacción de dos sistemas básicos en el cerebro:

El primer sistema es el Sistema de Aproximación Comportamental BAS (por sus siglas en inglés), este es el sistema de motivación de aproximación o sistema GO. Este sistema de enfoque hace que la persona sea a la vez sensible a las recompensas potenciales, y se motiva para buscar recompensas.

El segundo sistema es el Sistema de Inhibición del Comportamiento BIS (por sus siglas en inglés), esta es la motivación de la evitación o el sistema STOP, este es el sistema que hace que la persona sea sensible al castigo potencial y motivado para evitar castigos.

El primero BAS es un dispositivo de feedback positivo relacionado con la impulsividad y la sensibilidad para responder a estímulos condicionados, de recompensa o ausencia de castigo colaborando en el aprendizaje de respuestas de aproximación espacio-temporal hacia el estímulo positivo.

El segundo BIS se relaciona con la ansiedad, de un feedback negativo con la sensibilidad de responder a señales de castigo, no recompensa, a estímulos novedosos o innatos de miedo (Figuroa, 2013).

Una serie de sistemas cerebrales corticales y subcorticales pueden desempeñar un papel clave en las etapas de respuesta de las emociones. La corteza prefrontal derecha está directamente implicada en el sistema de inhibición, mientras que la izquierda lo estaría en el sistema de aproximación. Específicamente, los sujetos con asimetría derecha de la activación tónica de la corteza prefrontal tienen una tendencia a experimentar mayor intensidad de afecto negativo, en comparación con su contraparte izquierda. Así mismo, los individuos con la corteza prefrontal derecha tónicamente más activa están predispuestos a ser más sensitivos a los estímulos amenazantes, inhibiendo su conducta y experimentando más afecto negativo, Silva (2005).

Aldao, Nolen-Hoeksema y Schewicher (2009), examinaron las relaciones entre seis estrategias de regulación emocional: aceptación, evitación, resolución de problemas, reevaluación, rumiación y supresión. Así como los síntomas de cuatro psicopatologías (ansiedad, depresión, alimentación y trastornos relacionados con sustancias). Encontraron un tamaño de efecto grande para la rumiación, de mediano a grande en la evitación, resolución de problemas y supresión, y de pequeño a mediano para la reevaluación y la aceptación. Estrategias positivamente asociadas han sido consideradas como inadaptadas como la supresión, rumiación, preocupación, evitación y estrategias negativamente relacionadas con los síntomas se han considerado adaptadas: reevaluación, aceptación, resolución de problemas.

Un estudio realizado para Pacientes con una Gama de Trastornos del Humor y de la Ansiedad Comórbidos, en el cual se utilizó el Protocolo Unificado Tratamiento de Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (De Ornelas, Azevedo, Aparecida, Egidio y Cardoso 2013), se trabajó con una muestra grupal de 16 participantes en una población brasileña. Los resultados fueron importantes y positivos, tanto en la reducción de signos y síntomas de depresión y ansiedad, y en la mejora de la calidad de vida de los varios aspectos. El éxito de este tratamiento de protocolo unificado, fue por su enfoque en el tratamiento, la posibilidad de expresar sentimientos y de interactuar con flexibilidad con los terapeutas, la disposición de los pacientes a participar en la evaluación de los problemas, así como la capacidad para reconocer que los síntomas tienen un origen psicológico. La curiosidad del grupo sobre sí mismo, la apertura a nuevas ideas, expectativas realistas con respecto a los resultados del tratamiento y su disposición a hacer un sacrificio razonable por tiempo, ya sea de dinero o de tiempo, para abordar problemas comúnmente encontrados para ser desagradables.

Así mismo Gimeno (2014), hace un estudio de cuatro diferentes artículos científicos vinculados con el enfoque transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Los resultados que se obtuvieron en los diferentes artículos indican que el PUTTE, favorece la mejoría clínica de los sujetos que participaron en el tratamiento. Los sujetos experimentaron descenso en variables como la sensibilidad a los síntomas de ansiedad y el miedo a las emociones, además de una disminución significativa en la frecuencia de afecto negativo. Se concluyó que existieron mejorías significativas en diferentes áreas de evaluación y medidas, relacionadas tanto con ansiedad como con síntomas del estado de ánimo. Los diferentes resultados que se han obtenido en los estudios acerca de esta materia, son coherentes con las diferentes teorías existentes.

De tal manera que este estudio se centró, en aplicar El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PUTTE), a una población de mujeres privadas de la libertad, el cual representa uno de los grupos más marginados del país, desde el momento en que se les inculpa a las internas por un acto delictivo, hasta en la manera en que son tratadas una vez que están cumpliendo su sentencia.

El Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PUTTE) de Barlow et al. (2011), se desarrolla por las aportaciones de las teorías cognitivo- conductuales, para incorporar y concentrar los principios ordinarios de los tratamientos acreditados de forma empírica. De tal manera que se reevalúan las interpretaciones negativas, modificando las conductas desadaptativas, previniendo la evitación emocional y utilizando procedimientos de exposición emocional.

Los individuos con trastornos emocionales emplean estrategias de regulación emocional desadaptativas, las cuales contribuyen al mantenimiento del síntoma, de esta manera el PUTTE plantea poner su atención en la emoción, de tal manera que los pacientes, aprendan a afrontar y experimentar sensaciones incómodas, para responder a sus emociones de una forma más adecuada (Barlow et. al., 2011).

Barlow (Shpancer, 2011), determina que los trastornos psicológicos comparten una estructura subyacente. Esta estructura, se compone de tres vulnerabilidades:

1) una vulnerabilidad biológica generalizada, que consiste en una inclinación temperamental genéticamente informada hacia el neuroticismo y la inhibición conductual;

2) la vulnerabilidad psicológica generalizada, que - como las experiencias de la vida temprana interactúan con las vulnerabilidades biológicas - crean un paisaje psicológico volátil manifestado a menudo en un sentimiento de falta de control;

3) vulnerabilidad psicológica específica, que se relaciona con el enfoque específico, o expresión, de estrés y ansiedad y por lo tanto a un diagnóstico particular (por ejemplo: temor al rechazo = Fobia social, miedo a la excitación fisiológica = trastorno de pánico, miedo a malos pensamientos = obsesivo Trastorno Compulsivo (TOC).

La intervención con la terapia PUTTE, busca establecer un entrenamiento para fortalecer el desarrollo de la regulación emocional, abordando los déficits de los trastornos

emocionales, incluye todos los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastorno de pánico con o sin agorafobia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés post traumático, trastornos obsesivo –compulsivo y depresión. Así mismo interviene en trastornos emocionales, relacionados con la hipocondría y alteraciones asociadas con la ansiedad excesiva vinculada con problemas de salud y con problemas en donde se experimenta disociación. Estos trastornos se caracterizan por la incapacidad que tienen las personas para poder controlar sus respuestas emocionales a los estímulos que la provocan: desregulación emocional.

Pregunta de investigación

¿La intervención basada en el Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales, es eficaz para mejorar desregulación emocional en un grupo de mujeres privadas de la libertad?

Hipótesis

H_0 = No existen diferencias antes y después de la intervención empelando El Protocolo Unificado Tratamiento Transdiagnóstico para Trastornos Emocionales en la desregulación emocional en mujeres participantes en el estudio.

H_1 = Existen diferencias estadísticamente significativas después de la intervención con El Protocolo Unificado Tratamiento Transdiagnóstico para Trastornos Emocionales en la desregulación emocional en mujeres participantes en el estudio.

Objetivo General

Evaluar la eficacia de la intervención del Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales, para regular las emociones de un grupo de mujeres privadas de la libertad.

Objetivos Específicos

- Alcanzar un manejo correcto de las emociones para que disminuya la ansiedad y el estrés de las participantes.

- Determinar si existieron cambios positivos para regular las emociones a nivel grupal, después de la aplicación del protocolo.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una población de mujeres privadas de la libertad del Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan del Distrito Federal. La muestra estuvo conformada por 17 casos, comprendiendo edades de 27 a 72 años ($M=43$ D.E.= 13.85), el 11.76% la integraron menores de 30 años, el 52.94% de 31 a 40 años, el 5.88% de 41 a 50 años, el 17.65% de 51 a 60 años, el 5.88% de 61 a 70 años y el 5.88% de más de 71 años (Figura 1).

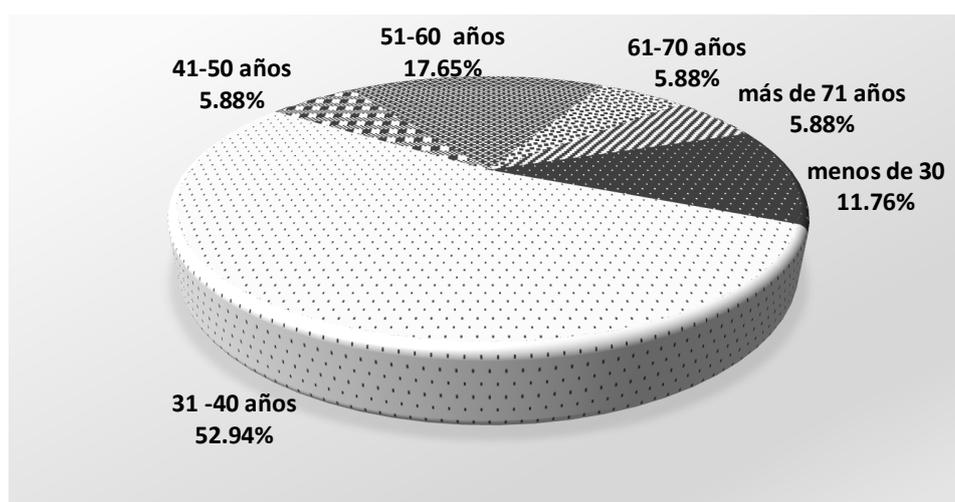


Fig. 1. Edades de las participantes

Diseño de investigación

Es un estudio de intervención pre-experimental con medidas antes y después de la intervención. Se trabajó con una muestra intencional no probabilística seleccionada por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Variables

Regulación emocional. La regulación emocional es el proceso por medio del cual las personas ejercen una influencia sobre las emociones que experimentan, cuando suceden, cómo se experimentan y se expresan, por lo tanto este factor interviene para el desarrollo y el mantenimiento de la ansiedad y los trastornos emocionales (Gross, 1999).

Intervención basada en el PUTTE. Consta de ocho módulos (Wilamowska, 2010), en los que se incluyen los siguientes componentes:

1) El primer módulo se centró en el aumento de la motivación y el compromiso con el tratamiento, de esta manera el objetivo fue aumentar la preparación de las participantes, para el cambio de comportamiento y su auto-eficacia o sus creencias, en su capacidad para lograr su transformación.

2) Comprensión de las emociones, reconocimiento y observación de las respuestas emocionales, donde se educó a las participantes sobre la naturaleza adaptativa de las emociones y los componentes principales de una experiencia emocional (fisiológica, cognitiva, y comportamiento), el objetivo de este módulo es ayudar a fomentar una mayor aceptación más adaptable, funcional de las emociones y aumentar la conciencia de las participantes de sus propios patrones de respuesta emocional.

(3) Entrenamiento en conciencia emocional, el aprendizaje para observar experiencias, en el cual ayudó a las participantes a desarrollar una mayor conciencia objetiva de sus experiencias emocionales a través del monitoreo de la interacción entre pensamientos, sentimientos y comportamientos, durante las exposiciones emocionales el terapeuta trabaja con las participantes para identificar sentimientos y comportamientos que surgen en la reacción a sus emociones y alentar a las participantes a aceptar que estas reacciones emocionales ocurren sin atribuciones de juicio.

(4) Valoración cognitiva y revaloración, las participantes desarrollaron un entendimiento al interpretar o valorar situaciones, las evaluaciones influyen en los patrones de responder con énfasis a las formas en que las cogniciones interactúan con los comportamientos y las sensaciones fisiológicas, en experiencias emocionales. El objetivo de este módulo fue fomentar el pensamiento flexible, enseñar a las participantes a generar numerosas alternativas atribuciones y valoraciones cuando se enfrentan a experiencias emocionales. Los conceptos de evaluación y revalorización se introducen en sesión, donde se describe las acciones representadas en una escena de imagen ambigua.

(5) Evitación de la emoción y comportamiento impulsado por la emoción, el objetivo fue identificar comportamientos específicos que eviten la exposición a emociones fuertes. La evitación emocional puede ocurrir a través de una sutil evitación del comportamiento, evitación cognitiva o mediante el uso de señales de seguridad. Los comportamientos impulsados por la emoción son los componentes conductuales de una emoción que puede ser adaptativa. En esta fase se ayudó a las participantes a identificar los comportamientos

impulsados por la emoción desadaptativa, enseñándoles a desarrollar respuestas de comportamiento más adaptativas a las emociones.

(6) Conciencia y tolerancia de las sensaciones físicas, las participantes en base a una serie de ejercicios interoceptivos diseñados para evocar sensaciones físicas asociadas con ansiedad y angustia, como una forma de aumentar la conciencia de la función de las sensaciones físicas como componente de las experiencias emocionales, aumentaron la tolerancia de estas sensaciones. A través de estos ejercicios, las participantes reconocieron como las sensaciones somáticas pueden influir en los pensamientos y comportamientos, así como la forma en que los pensamientos intensifican estas sensaciones.

(7) Exposiciones emocionales interoceptivas y situacionales, las participantes aumentan su tolerancia a las emociones intensas o incómodas a través de la exposición a factores emocionales internos y externos. Identificaron y toleraron sensaciones fisiológicas incómodas que pueden tener desencadenantes internos de experiencias emocionales. A través de exposiciones situacionales, a las participantes se les introdujo gradualmente en situaciones de experiencias que habían estado evitando antes como desencadenantes externos para las experiencias emocionales. En este sentido, la exposición a experiencias situacionales sirve como un contexto.

(8) Logros, mantenimiento y prevención de recaídas, se recordó a las participantes cómo pueden emplear las habilidades aprendidas en terapia para responder a través de estas experiencias de manera más adaptativa, en caso de que hubiera una recaída.

Instrumentos

Consentimiento informado, en el cual se les informó a las participantes, que formarían parte de una investigación, donde aceptaron libre y voluntariamente participar. Se les explicó la naturaleza y duración del tratamiento, así como se declaraba que sus datos e identidad serían confidenciales.

Manual del usuario del PUTTE, se diseñó para trabajar junto con el terapeuta, donde se puedan abordar los problemas emocionales de las participantes, a través de ejercicio a lo largo de la intervención.

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), se desarrolló para evaluar dificultades de regulación emocional en adultos, la escala fue validada en Colombia por Muñoz-Martínez, Vargas & Hoyos- González (2016), tiene un formato de respuesta tipo Likert de 5 posiciones (desde 1 = casi nunca, hasta 5 = casi siempre) y una estructura de seis factores que miden no-aceptación, metas, impulsividad, estrategias, conciencia, y claridad; por medio de 15 ítems. El análisis original de la DERS reveló una buena consistencia interna ($\alpha = .88$) y tiene validez de constructo y predictiva. La prueba de Kolmogorov-Smirnov para normalidad fue significativa ($p = .000$) y la distribución fue positivamente asimétrica (1.41)

para todos los factores en la DERS. Para probar la estructura factorial original de la DERS se realizó un AFE. La prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de .83, y la prueba de Bartlett de esfericidad fue significativa, $\chi^2(15) = 530.85, p = .000$. La confiabilidad en población mexicana es de .95 (De la Rosa y Vázquez, 2016).

Procedimiento

Como primer paso se les pidió a las participantes que firmarán el consentimiento informado. Antes de iniciar la intervención se aplicó la evaluación (pre-test) *La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)*. Después de administrar la evaluación se dio comienzo a la intervención de terapia grupal, aplicando el protocolo PUTTE, que consistió en 10 sesiones de una hora, dos veces por semana. Tras la intervención del protocolo se realizó la evaluación (post-test), para medir la eficacia del tratamiento.

RESULTADOS

Para llevar a cabo los análisis estadísticos pertinentes se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 19.0.

Se eligieron las pruebas estadísticas no paramétricas debido que nuestra muestra fue pequeña, de tal manera que desconocemos si es válido suponer que los datos se ajustan a una distribución normal. Concretamente, se utilizó la prueba de T de Wilcoxon para comparar la media de dos muestras relacionadas, señalando los resultados que han obtenido diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

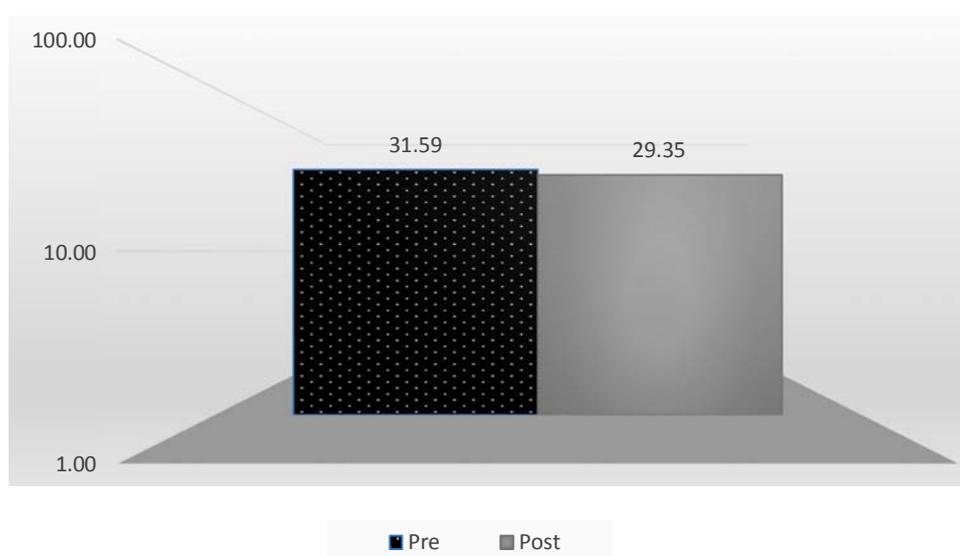
Se trabajó con una población de 21 mujeres del Centro Femenil de Readaptación Social del Distrito Federal, las cuales asistieron voluntariamente a la intervención. Se desestimaron 4 casos (1 de los cuales no contestó el pre test, 1 no contestó el post test y en 2 casos se encontraron serios rasgos psicopatológicos).

A continuación se describen los resultados correspondientes de la evaluación antes y después de la intervención. La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) analiza dos factores: El primer factor mide la desregulación emocional que está integrado por los siguientes dimensiones: aceptación de las respuestas emocionales (no-aceptación), dificultades en conductas dirigidas a metas cuando se está alterado (metas), dificultades para controlar comportamientos impulsivos cuando se está alterado (impulsividad), acceso limitado a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas (estrategias), falta de claridad emocional (claridad). El segundo factor mide falta de consciencia emocional (consciencia).

Tabla 1.**Resultados de los Factores que constituyen la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)**

DERS	Pre		Post	
	M	D.E	M	D.E
Resultado(2 factores)	31.59	10.42	29.3	10.33
No aceptación	1.94	1.08	2.00	.790
Metas	6.52	2.74	6.11	2.57
Impulsividad	7.94	4.22	7.35	3.33
Estrategias	5.35	2.62	5.47	2.42
Claridad	4.47	1.97	4.11	1.76
Desconciencia	3.06	1.74	3.82	1.23

Los resultados de los dos factores de La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), el pre test obtuvo una media de 31.59 y el post test 29.35 (figura 2). Los resultados al aplicar la prueba de rangos de Wilcoxon ($w=49.5$, $p<.05$), muestra que el grupo de participantes que asistieron a la intervención transdiagnóstica en regulación emocional al emplear el Protocolo Unificado Tratamiento Transdiagnóstico para Trastornos Emocionales mostraron que existieron diferencias en su nivel de respuesta. Por lo tanto rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

**Fig.2 Resultado de los dos factores DERS**

En la figura 3, se muestran la representación de cada caso, mostrando la media en el pre test y post test.

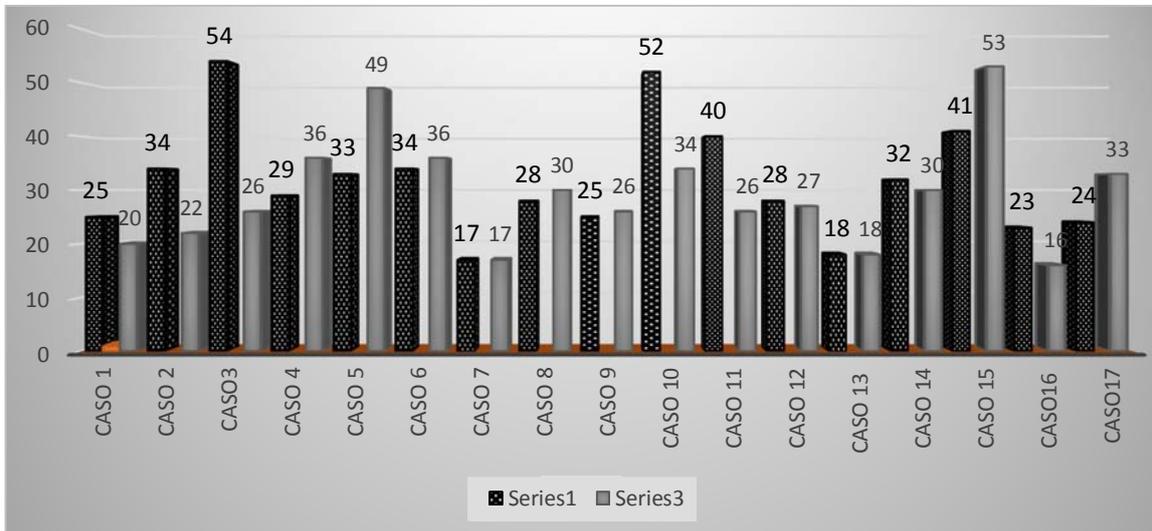


Fig. 3 Representación de los casos

Con respecto al primer factor la desregulación emocional, el pre test obtuvo un media de 28.53 y el pos test 27.18, ($w=59.5, p<.05$), por lo tanto se establece que existen diferencias significativas en la habilidad para controlar las respuestas emocionales, el puntaje y las puntuaciones indican que después de la intervención no se mantuvieron dificultades en regular las emociones (figura 4).

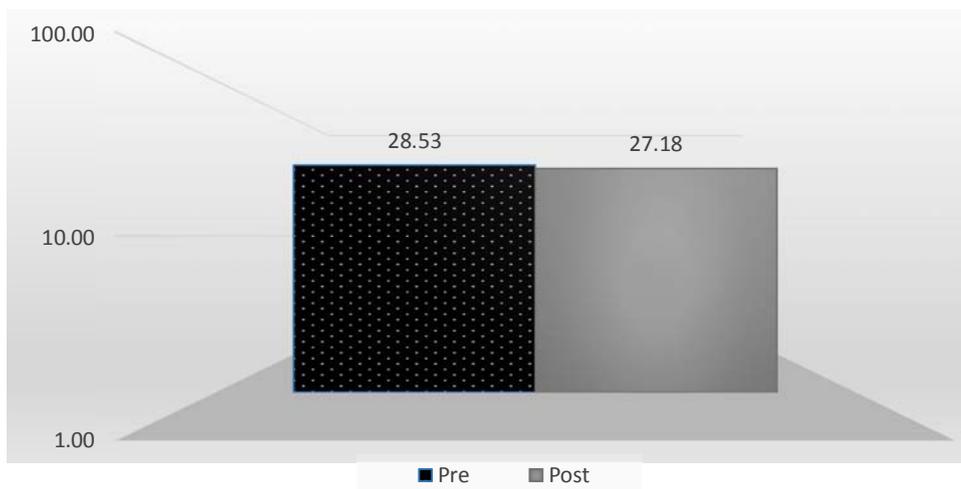


Fig. 2. Resultados de Desregulación emocional, DERS

El segundo factor evaluado corresponde a la conciencia emocional, el pre test obtuvo una media de 3.06 y el pos test 3.82, ($w=9, p < .05$), por lo tanto se establece que existieron diferencias significativas, las puntuaciones indican que hubo cambios en la dificultad en reconocer y darse cuenta de sus propias emociones (figura 5).

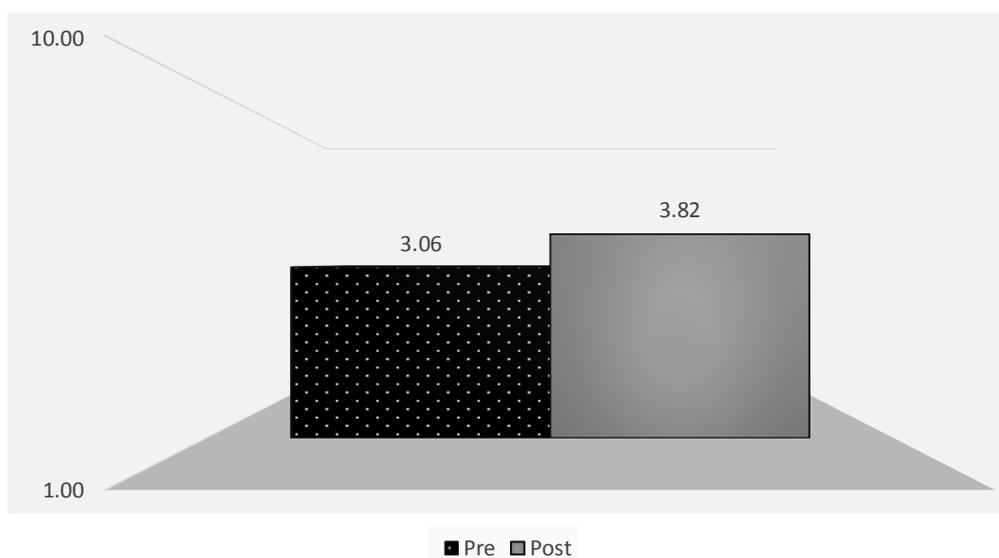


Fig.3. Resultados de Conciencia, DERS

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La forma adaptativa a la que se da respuesta a las emociones es a través del uso de estrategias de regulación emocional para tomar el control de los estados internos. Tales estrategias permiten alterar total o parcialmente la naturaleza, magnitud y duración de las respuestas emocionales. La CNDH (2015), al mostrar un informe sobre la condición de los derechos humanos de las mujeres privadas de la libertad en centros de reclusión de esta entidad, da cuenta de que las internas soportan maltrato físico y psicológico, así como amenazas y golpes, humillaciones y tratos discriminatorios. Este estudio al llevarse con mujeres privadas de su libertad, al encontrarse en un contexto de alto grado de vulnerabilidad con una fuerte asociación con factores psicosociales, como el estrés, altos niveles de ansiedad o emocionalidad negativa, pretendía mediante la intervención del (PUTTE) que las participantes asimilen como afrontar y experimentar sensaciones incómodas, para responder a sus emociones de una forma más apropiada (Barlow et. al., 2011). El protocolo unificado enfatiza la forma en que los individuos enfrentan sus emociones y les enseña a responder a sus emociones de manera más adaptable.

El protocolo al tener un enfoque transdiagnóstico, pudo intervenir en formato grupal en distintos tipos de trastornos simultáneamente, sin adaptar el protocolo a un diagnóstico. Como cita Bisquerra (2016), la emoción tiene tres componentes:

neurofisiológico, conductual y cognitivo. Hay que destacar que a pesar que la mayor parte de las participantes no se podían incluir dentro de una categoría diagnóstica, la mayor parte de las participantes si tenían síntomas específicos y síntomas comunes entre sí en desregulación como por ejemplo: dificultad de atención, concentración y memoria, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, dificultad para tomar decisiones etc.

El enfoque transdiagnóstico facilitó que pudieran interactuar terapeutas de manera flexible con las participantes que presentaban distintas afectaciones, sin embargo la posibilidad de expresar sentimientos o experiencias no se pudo llevar a cabo, las participantes expresaron no sentirse cómodas porque al convivir bajo el mismo techo, se veían involucradas en “chismes” o conflictos que afectaban su vida en el Centro. Por lo tanto en este estudio, la afirmación de McEvoy, Nathan y Norton, (2009) donde declaran que se han visto beneficios del enfoque transdiagnóstico a nivel grupal por medio del aprendizaje vicario, no se pudo comprobar.

Las participantes mostraron disposición a participar activamente en la intervención, tuvieron la capacidad para reconocer que los síntomas tienen un origen psicológico, como Navarro (1999) lo explica, las emociones provocan cambios intensos (fisiológicos y psicológicos), que modifican todos los aspectos de la personalidad. Las participantes manifestaron que en ocasiones se dejaban llevar por sus emociones, donde el enojo las llevaba a perder el control de sus actos. De tal manera se coincide con Navarro (1999), donde explica que los sujetos se dejan llevar por sus emociones, dejando tener coherencia, no pudiendo ser objetivos ni lógicos, basando sus argumentos en su tristeza, alegría, resentimiento o enojo, guardando poca relación con la realidad de los hechos.

Algunos factores no favorecieron los cambios positivos en la regulación emocional de las participantes como señalan Brenner y Salovey, (1997), la regulación emocional es una habilidad que se conforma de dos dimensiones: en lo interno- externo y social- solitario, la interacción entre estas y su equilibrio permiten que las personas se regulen emocionalmente, por lo tanto estos factores pudieron causar que no todas las participantes obtuvieran una buena respuesta en regular sus emociones, por el contexto donde viven, al tener que vivir en un lugar donde constantemente se encuentran en un estado de inseguridad y vulnerabilidad. De igual manera otro aspecto, pudo ser la clave para que en algunas participantes no hubiera cambios positivos, es el señalamiento de Silva (2005) donde afirma que existen sistemas cerebrales corticales y subcorticales que pueden desempeñar un papel clave en las etapas de respuesta de las emociones en cada individuo.

Otro factor que pudo evitar un mejor resultado en el estudio fue que al estar en un constante malestar las participantes, limitaban la eficacia de la intervención, concordando con Jazaieri, Heather y Gross (2013), donde señalan que cuando la regulación de la emoción va "bien", el individuo regula con éxito sus emociones, sin embargo, cuando la regulación de la emoción va “mal”, se produce la desregulación emocional.

Las limitaciones del presente estudio fue el tamaño de nuestra muestra. Esta muestra al hallarse en reclusión, presenta un alto grado de desregulación emocional, no obstante de

aproximadamente más de 200 internas que tiene el Centro solo 21 mujeres mostraron interés en participar en la intervención. Como señala Leahy, Tirch y Napolitano, (2011) la regulación emocional carece de efectividad cuando las personas necesitan de destrezas necesarias, es posible que al estar en reclusión las internas experimenten un desamparo aprendido y mantengan inhibición de una nueva experiencia.

Otra limitación fue el día y la hora en que se realizó la intervención ya que algunas internas que mostraron interés en participar tenían tareas de trabajo, visitas, gestiones con abogados, lo que impedía la asistencia. De tal manera que se hace necesario, sensibilizar a la institución sobre la importancia de estos temas y con base en ello tener el apoyo para que se tengan horarios más acordes a lo que se requiere en los talleres, sin dejar sus actividades en el centro. Teniendo en cuenta que los resultados obtenidos en dicho estudio resultaron eficaces, es necesario continuar esta línea de investigación.

Para futuros estudios considero que es necesario elaborar un manual para la intervención del usuario. Finalmente, se recomienda examinar esta intervención en diferentes muestras, como en intervención grupal en mujeres que han sido violentadas y se encuentran en Centros de Apoyo.

Referencias

- Aldao, A. Nolen-Hoeksema, S. Schweizer S. (2009). *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review* 30 217–237
http://www.gruberpeplab.com/teaching/psych131_summer2013/documents/Lecture_17_Aldao2010_Emotionregulationstrategies.pdf
- Antony, C. (2007). *Mujeres invisibles: las cárceles femeninas en América Latina*. *Revista Nueva Sociedad*, núm. 208, marzo-abril de 2007, ISSN: 0251-3552.
- Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). On The Nonconscious of Emotion Regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429–445). New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Psicólogo Americano*. 55:1247–1263
- Barlow D.H. (2002). *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. 2nd Ed. New York: Guilford Press.
- Barlow D. H., Ellard K. K., Fairholme C. P., Farchione T. J., Boisseau C. L., Ehrenreich-May J., Allen L. B. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. New York, NY: Oxford University Press
- Barlow D. H., Farchione T. J., Fairholme C. P., Ellard K. K., Boisseau C. L., Allen L. B., Ehrenreich-May J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Brenner, E. Salovey, P. (1997). Emotion regulation during childhood: Developmental, interpersonal and individual considerations. In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence*. New York, NY: Basic Books.
- Bisquerra, A. R. (2011). *Educación Emocional*. España: Editorial Desclée De Brouwer. S.A. P-P. 45-46
- Bisquerra, A. R. (2016). *10 ideas clave. Educación emocional*. Barcelona: GRAÓ de IRIF, S.L
- Bisquerra, R. (2017). *Concepto de Emoción*. Recuperado de: <http://www.rafaelbisquerra.com/es/biografia/publicaciones/articulos/101-educacion-emocional-competencias-basicas-para-vida/208-concepto-emocion.html>
- Bullis, R. J., Sauer-Zavala, S., Bentley, H. K., Thompson-Hollands, J., Carl, R. J., y Barlow, H. D. (2015). *The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional*

- Disorders: Preliminary Exploration of Effectiveness for Group Delivery. 39(2) 295–321
- Canli T, Amin Z. (2002) Neuroimagen de emoción y personalidad: Evidencia científica y consideraciones éticas. *Cerebro y cognición*; 50: 414 - 431.
- CDHDF (2014). *Informe Anual 2014*. Volumen IV. Ciudad de México. Recuperado de: <http://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2015/03/informe-2014-vol4.pdf>
- CNDH (2015). *Informe Especial de la Comisión Nacional De Los Derechos Humanos sobre las Mujeres Internas en los Centros de Reclusión de la República Mexicana*. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Informes/Especiales/2015_IE_MujeresInternas.pdf
- Costa, P.T., Sommerfield, M.R. y McCrae, R.R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.). *Handbook of Coping: Theoretical, Research, Applications*. New York: Wiley.
- Davidson, R.J., Jackson, D.C. y Kalin, N.H. (2000). Emoción, plasticidad, contexto y regulación: Perspectivas de la neurociencia afectiva. *Psychological Bulletin*, 126, 890 - 909.
- De Ornelas, M. A. C., Azevedo, B. A., Aparecida N. C., Egidio, N. A., Cardoso, S. A. (2013). *Tratamiento transdiagnóstico utilizando um protocolo unificado: aplicação em pacientes com diferentes transtornos de humor e ansiedade comórbidos*. *Trends Psychiatry Psychother.* 35(2) – 134-140. Recuperado de: https://translate.google.com.mx/translate?hl=es&sl=pt&u=http://www.scielo.br/scielo.php%3Fpid%3DS2237-60892013000200007%26script%3Dsci_abstract%26tIng%3Dpt&prev=search
- De la Rosa, A., Vázquez, M. (2016, en prensa). Regulación emocional en estudiantes universitarios. Manual de Entrenamiento CAPED. FES Iztacala, UNAM
- Ehring, T., y Watkins, ER (2008). Pensamiento negativo repetitivo como un proceso de transdiagnóstico. *Diario Internacional de Psicoterapia Cognitiva*, 1, 192-205. [Http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192](http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192)
- Enns, M.W. & Cox, B.J. (1997). Personality dimensions and depression: Review and cometary. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 274-284.
- Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Boisseaux, C.L., Farchione. y Barlow, D.H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 88-101
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Eysenck, H. J. (1959). *Maudsley Personality Inventory*. London: University of London

- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1976). *Psychoticism as a dimension of personality*. London: Hodder and Stoughton.
- Figueroa, V.M. (2013). *Evaluación Conductual y Psicofisiológica de la Impulsividad y su Relación con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)*. Editorial de la Universidad de Granada.
- Gimeno, L. S. (2014). *Protocolo Unificado de Tratamiento Transdiagnóstico para los Trastornos Emocionales: Revisión Teórica*. Universidad de Zaragoza. Campus de Teruel. Recuperado: <https://zaguan.unizar.es/record/16868/files/TAZ-TFG-2014-2088.pdf>
- Gray, J. A (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge, England: Cambridge University Prensa.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 525-552). New York, NY: Guilford.
- Gross, J.J y Thompson, RA (2007). Regulación de las emociones: fundamentos conceptuales. En JJ Gross (Ed.), *Manual de regulación de las emociones* (pp. 3-24). Nueva York: Guilford Press
- Hernández, S., Fernández, C. Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mc. Graw- Hill: México
- Hofmann, S. G., Heinrichs N y Moscovitch D.A. (2004). La naturaleza y expresión de la fobia social: hacia una nueva clasificación. *Rev. Clin Psychol* 24: 769 - 97.
- Informe sobre la salud en el mundo. (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf
- Informe sobre la Situación de las Personas Privadas de Libertad. (2014). *IV. Tortura y Tratos crueles, inhumanos y degradantes en Mujeres privadas de Libertad*. Puebla: Instituto de Derechos Humanos Ignacio Ellacuría S.J. Universidad Iberoamericana. Recuperado de: <http://documenta.org.mx/layout/publicaciones/informes-fortalecimiento-reforma-sistema-penitenciario/informe-situacion-personas-privadas-libertad-mexico-mayo-2014.pdf>
- Jazaieri, H. M.A., Heather, L. U. y Gross, J.J. (2013). *Perturbación afectiva y psicopatología: una emoción Perspectiva de la regulación*. *Revista de Psicopatología Experimental* 4 (5) 584-599
- Larsen R.J, Ketelaar T. (1991). *Personality and susceptibility to positive and negative emotional states*. *Soc Psychol*. 61 (1): 132 - 40
- Leahy, R. L. Tirch D. & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's guide*. New York: The Guilford Press

- Lucio, I. F. (2015). *Propuesta de Tratamiento Cognitivo Conductual Transdiagnóstico Grupal, en Psicopatología en Adolescentes en el Hospital Psiquiátrico Infantil del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México*. México: Instituto Politécnico Nacional.
- LXI Legislatura Cámara de Diputados. (2010). *Mujeres privadas de su libertad y análisis de los derechos de las mujeres privadas de su libertad en los CERESOS del país*. Comité de Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y Equidad de Género.
- McEvoy, M. P. Nathan, P. y Norton, J. P. (2009). Eficacia de los tratamientos transdiagnósticos: Una revisión de los estudios de resultados publicados Y futuras orientaciones de investigación. *Diario de Psicoterapia Cognitiva: Un Trimestral Internacional*. 23 (1)
- Muñoz-Martínez, A.M. Vargas, M. R. Hoyos-González, J. S. (2016). *Escala de Dificultades en Regulación Emocional (Ders): Análisis Factorial En Una Muestra Colombiana*. Bogotá: Colombia. Fundación Universitaria Konrad Loren. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 233-244.
- Navarro, A. R. (1999). *Las emociones en el cuerpo*. México: Editorial Pax.
- Rottenberg, J., Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 227-232
- Sandín, B. (2013). *DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?* *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 18, 255-286.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, M. R. (2012). *Transdiagnóstico: Nueva Frontera en Psicología Clínica*. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 17 (3) pp. 185-203
- Sandín, B. (2014). *El transdiagnóstico como nuevo enfoque en psicología clínica y psiquiatría*. Recuperado de: <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=618>
- Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. (2005). *La Salud Mental en México*. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Silva, C. J. (2005). *Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia*. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr* 43(3):201-209.
- Soriano, M. C., Guillazo, B. G., Redolar, R. D. A., Torras, G. M., Vale, M. A. (2007). *Fundamentos de Neurociencias*. Editorial UOC Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=d8F3gASc8AIC&printsec=copyright&hl=es&source=gbs_pub_info_r#v=onepage&q&f=false

- Shpancer, N. (2011). El futuro de la terapia: un enfoque de tratamiento unificado. Recuperado de: <https://www.psychologytoday.com/blog/insight-therapy/201101/the-future-therapy-unified-treatment-approach>
- Vargas, G. R.M., Muñoz, M. A. M. (2013). *La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual*. Psicología USP, São Paulo, 24(2),
- Watson, D. (2000). *Mood and Temperament*. Nueva York: Guilford Press
- Werner, K., Gross, J.J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (ed. A. M. Kring and D. M. Sloan). Guilford Press: New York
- Wilamowska, A. Z., Thompson-Hollands, J., Fairholme, P. Ch., Ellard, K. K., Farchione, J. T., Barlow, H.D. (2010). *Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. DEPRESSION AND ANXIETY 27: 882–890
- Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*. (16) 219-227. doi:10.1192/apt.bp.108.005744

ANEXOS

Nombre: _____

Edad: _____

Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS). Español- Colombia
(Muñoz- Martínez, Vargas & Hoyos- González, 2016)

1	2	3	4	5
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	Cerca de la mitad del tiempo (36-65%)	La mayoría del tiempo (66-90%)	Casi siempre (91-100%)

Items	Calificación
1. Tengo dificultad para encontrar el significado de mis sentimientos.	
2. Yo me siento confundido acerca de cómo me siento.	
3. Cuando estoy alterado, tengo dificultad para realizar el trabajo.	
4. Cuando estoy molesto, quedo fuera de control.	
5. Cuando estoy alterado, creo que seguirá siendo así durante mucho tiempo.	
6. Cuando estoy alterado, creo que voy a terminar sintiéndome muy deprimido.	
7. Cuando estoy alterado, tengo dificultad para concentrarme en otras cosas.	
8. Cuando estoy alterado, me siento fuera de control.	
9. Cuando estoy alterado, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera.	
10. Cuando estoy alterado, yo tengo dificultades concentrándome.	
11. Cuando estoy alterado, tengo dificultades controlando mis comportamientos.	
12. Cuando estoy alterado, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor	
13. Cuando estoy alterado, pierdo el control sobre mis conductas.	
14. Cuando estoy alterado, encuentro difícil pensar en algo más.	
15. Yo estoy atento a mis sentimientos ®.	