

PAIDÓS Psicología Psiquiatría Psicoterapia

Stefan G. Hofmann

La emoción en psicoterapia

De la ciencia a la práctica



Índice

Portada

Sinopsis

Portadilla

Dedicatoria

Prólogo

Prefacio

1. La naturaleza de las emociones

2. Diferencias individuales

3. Motivación y emoción

4. El yo y la autorregulación

5. Regulación emocional

6. Evaluación y reevaluación

7. El afecto positivo y la felicidad

8. La neurobiología de las emociones

Apéndices

Apéndice I. Instrumentos de autoinforme habituales

Apéndice II. Relajación muscular progresiva

Apéndice III. Escritura expresiva

Agradecimientos

Notas. Referencias bibliográficas

Créditos

Gracias por adquirir este eBook

Visita Planetadelibros.com y descubre una nueva forma de disfrutar de la lectura

¡Regístrate y accede a contenidos exclusivos!

Primeros capítulos
Fragmentos de próximas publicaciones
Clubs de lectura con los autores
Concursos, sorteos y promociones
Participa en presentaciones de libros

PlanetadeLibros

Comparte tu opinión en la ficha del libro
y en nuestras redes sociales:



Explora

Descubre

Comparte

SINOPSIS

Basado en investigaciones científicas de vanguardia, este libro presenta formas innovadoras de explorar y trabajar con emociones en psicoterapia. El renombrado investigador clínico Stefan G. Hofmann explica de manera accesible cómo funcionan las emociones, qué las influye y cómo pueden causar angustia. Una forma innovadora de guiar a los especialistas y ofrecerles técnicas de regulación de las emociones, prácticas basadas en la atención plena y otras estrategias efectivas. El apartado práctico incluye casos clínicos específicos y ofrece viñetas ilustrativas de distintos casos.

Stefan G. Hofmann

LA EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA

De la ciencia a la práctica



A Rosemary, Benjamin y Lukas

Los compradores de este libro pueden descargar e imprimir versiones ampliadas de algunas figuras en el apartado *Contenido extra* de www.planetadelibros.com/libro-la-emocion-en-psicoterapia/269397 para su uso personal o con clientes concretos (véase la página de *copyright* para más detalles).

PRÓLOGO

Sería difícil escoger un tema más comentado y al mismo tiempo más complejo de aprehender que la emoción. Prácticamente todas las consultas de caso, presentaciones de caso y horas clínicas incluyen términos (muchos, de hecho) relacionados con la emoción. Suelen utilizarse etiquetas emocionales para nombrar o describir trastornos clínicos. Los clientes recurren a ellas para explicar sus necesidades y anhelos. Cuando introducimos una muestra razonable de términos emocionales en páginas web como *Google Books Ngram Viewer* o *Word Net-Affect*, nos damos cuenta enseguida de que apenas existe una obra sustancial en la literatura en inglés que no aborde de una manera u otra la experiencia emocional.

Todo esto tiene una explicación: la experiencia y la expresión emocionales hacen muchísimo por el ser humano. Nos dicen cosas acerca de nuestros cuerpos, de nuestra historia y de nuestras predisposiciones. Nos ayudan a entendernos a nosotros mismos, a predecir nuestras acciones y a explicar a los demás qué necesitamos o queremos. Y eso es solo el principio.

En este nuevo y destacado libro, Stefan G. Hofmann resume la vasta literatura sobre la emoción y la relaciona con la práctica clínica. Lo hace con un estilo que me parece especialmente útil y sobre el que deseo llamar la atención de los lectores, para que puedan aprovecharlo al máximo.

Podrán hacerse una idea de la tarea que el doctor Hofmann se ha autoimpuesto en cuanto lean la definición de *emoción* en las primeras páginas del capítulo 1.

Una emoción es (1) una experiencia multidimensional que; (2) se caracteriza por distintos niveles de activación y de placer-desagrado; (3) se asocia a experiencias subjetivas, experiencias somáticas y tendencias motivacionales; (4) está teñida por factores contextuales y culturales; y (5) puede regularse hasta cierto punto mediante procesos intra e interpersonales. («Definir la emoción»)

Esta definición incluye conceptos clave en psicología, como:

- Experiencia

- Activación psicológica
- Sensación
- Motivación
- Cultura
- Contexto (abarca tanto la cultura como las circunstancias)
- Valencia de la experiencia
- Autorregulación
- Regulación social

Por abrumadora que resulte la lista, sería un gran error permitir que su longitud nos hiciera cerrar el libro. La experiencia emocional es demasiado importante para la experiencia humana como para que la dejemos a un lado solo porque es complicada o porque definirla y medirla no sea tarea fácil.

Hofmann concibe la emoción como un nodo en una red enorme de temas. Este libro explora esa red y la completa. No fuerza al nodo a encajar en una casilla clara y ordenada: «en realidad» la ansiedad es esto o la tristeza es «en realidad» esto otro. Etiquetar la emoción no es tan sencillo, porque es inherentemente multidimensional y multifacética. Y ese es, precisamente, el motivo por el que autores menos osados han evitado profundizar en el tema, pero también el motivo por el que este libro es tan útil y por el que creo que su postura es tan sensata.

En los textos de psicología aplicada encontramos numerosas opciones en el tratamiento de la emoción: la experiencia emocional es el tema clave y un área de preocupación en todo el trabajo clínico; la emoción es importante, pero solo como una especie de efecto secundario de otros procesos (por ejemplo, la cognición); la emoción es un epifenómeno; la emoción no es más que un constructo social; la emoción no es más que un conjunto de sensaciones corporales y de predisposiciones conductuales. Hay orientaciones psicológicas que apenas mencionan la emoción, mientras que otras casi no hablan de otra cosa.

Estos teóricos plantan una pica en una parte de los múltiples temas relacionados con la emoción, pero a costa de considerarla y valorarla en su conjunto.

Este libro consigue no caer ni una sola vez en ninguno de estos extremos, porque su objetivo es otro: lograr que el lector pueda abordar el tema desde múltiples ángulos. Pretende que el lector sea consciente de la red completa y no

solo de alguno de sus nodos. Aporta pensamiento crítico y una saludable dosis de escepticismo, al tiempo que mantiene viva la fascinación por la emoción y la sensación de que se trata de un elemento clave. Invita al lector a adoptar una postura de apertura, seriedad, curiosidad y atención que ayuda a clínicos y a investigadores a mantener una perspectiva equilibrada cuando piensan en el uso aplicado de la emoción.

El lector no acabará este libro con una única perspectiva de la emoción; al contrario, lo cerrará siendo consciente de las múltiples facetas de este campo al tiempo que se abrirá ante él un amplio abanico de campos de investigación. Es un tipo de ejercicio intelectual y práctico tan poco habitual como profundamente respetuoso con el lector. No le hablarán con condescendencia, no le abandonarán y no le avasallarán. Lo que sí encontrará es un uso sistemático de la ciencia y de la razón para analizar un tema de importancia crucial que todo psicoterapeuta y toda escuela de pensamiento psicológico debe abordar. El libro le guiará y le ayudará, pero no sentará cátedra.

Cada capítulo acaba con un resumen que plasma lo que acaba de leer en una serie de puntos clave que pueden usarse como guía en la práctica clínica. Le sugiero encarecidamente que preste mucha atención a esos resúmenes. Son más que meros resúmenes: son perlas de sabiduría. Sintetizan tanta información que le resultaría muy útil revisarlos antes de las sesiones de psicoterapia.

Permítame que le ofrezca algunos ejemplos. A continuación encontrará tres fragmentos extraídos de distintas partes del libro.

- «Con el objetivo de aumentar todavía más la claridad acerca de sus estados emocionales, se puede pedir a los pacientes que exploren no solo los pensamientos y las emociones en relación con acontecimientos o desencadenantes específicos, sino también los pensamientos y las emociones acerca de sus emociones iniciales/primarias.» («Síntesis de aspectos con relevancia clínica»)
- «Las estrategias de regulación emocional no son ni buenas ni malas por sí mismas. Su efectividad depende de lo adaptativa que resulte la estrategia de regulación emocional ante la demanda situacional concreta y el objetivo que se desee conseguir.» («Síntesis de aspectos con relevancia clínica»)

- «Las personas tienden a sobreestimar la intensidad del afecto negativo y positivo que creen que experimentarían de suceder un acontecimiento concreto, porque suelen subestimar la importancia de los procesos autorreguladores y no tienen en cuenta las circunstancias que ocurrirán con ese acontecimiento en el futuro (algo conocido como «focalismo»).» («Síntesis de aspectos con relevancia clínica»)

Los resúmenes que aparecen a lo largo del libro contienen mucha sabiduría y, cuando los lea, se convertirán en engarces clínicos útiles para toda una red de conocimientos. Hay numerosos puntos clave de este tipo a lo largo del libro y el conocimiento que transmiten transformará sutilmente la idea establecida de la emoción, de un modo que abrirá tanto a psicoterapeutas como a investigadores nuevos caminos para explorar.

Y ello supone una enorme contribución a esta área de conocimiento. Este libro es una aportación extraordinaria que debería ser apreciada, saboreada y utilizada.

STEVEN C. HAYES
*Profesor de psicología en la Universidad de Nevada
(Reno, Estados Unidos)*

PREFACIO

El propósito de este libro es traducir en aplicaciones clínicas los hallazgos de la investigación sobre la emoción. Las emociones son determinantes para la salud mental. La capacidad para gestionar las emociones con eficacia es una característica humana que facilita el ajuste social y el bienestar general de la persona. Perseguir objetivos vitales importantes exige tolerar y gestionar una amplia variedad de estados afectivos, lo que incluye emociones incómodas y desagradables. La gestión ineficaz de las emociones es una de las principales causas de problemas psicológicos. Algunos de estos problemas pueden tratarse con intervenciones psicológicas, como la terapia cognitivo-conductual (TCC). Aunque muchas personas mejoran después de haber seguido uno de estos tratamientos, en general suelen distar mucho de ser seres humanos sanos y felices sin malestar emocional. Los tratamientos que van más allá del nivel de los síntomas de la enfermedad, en cambio, pueden mejorar significativamente la salud emocional y la calidad de vida del paciente. En este libro traslado a la práctica clínica hallazgos de la investigación sobre la emoción y la motivación, la ciencia de la afectividad y la psicología social, para presentar varios enfoques cuyo objetivo es no solo reducir el sufrimiento sino también alcanzar un mayor bienestar.

A pesar de lo fundamentales que son las emociones para la salud mental, hay muy pocas recomendaciones clínicas concretas sobre el modo de abordarlas. Para ilustrar cómo puede la investigación traducirse en técnicas clínicas específicas, en cada capítulo presento apartados titulados «En la práctica», junto a ejemplos de casos y resúmenes finales que destacan parte de la información del capítulo con relevancia clínica.

Estudios recientes sugieren la posibilidad de reforzar tratamientos para trastornos mentales mediante la aplicación de estrategias específicas para mejorar la salud emocional. También se ha demostrado que las personas difieren en la manera en que suelen gestionar sus emociones y que esas diferencias individuales se asocian significativamente al funcionamiento psicosocial. Por ejemplo, se ha visto que las personas que suelen utilizar la reevaluación para

regular las emociones experimentan más emociones positivas y menos emociones negativas en general, que presentan un mejor funcionamiento psicosocial y que informan de un mayor bienestar. Por el contrario, las personas que suelen recurrir a la represión experimentan menos emociones positivas y más emociones negativas, presentan un funcionamiento interpersonal peor e informan de un bienestar reducido. Además, parece que ninguna estrategia de regulación emocional concreta es adaptativa o desadaptativa en sí misma, sino que son el contexto y las demandas situacionales las que determinan si una estrategia concreta es adaptativa o no. Por lo tanto, idealmente deberíamos desarrollar la capacidad de aplicar de forma flexible cualquier estrategia para poder lograr los objetivos deseados y evitar los resultados no deseados.

Por otro lado, es importante destacar que este libro no se centra únicamente en la regulación emocional. El término *regulación emocional* se ha convertido en un tema de investigación relativamente limitado en el campo de la psicología social y (en mi opinión) con escasa relevancia en la práctica clínica. Por el contrario, el término *emoción* es amplio y complejo. Tal y como ya he explicado, mi objetivo primordial es traducir en estrategias clínicas concretas el conocimiento adquirido en varias disciplinas que estudian las emociones, con el objetivo de mejorar la psicoterapia para varios problemas psicológicos. Las disciplinas que he examinado son la neurología afectiva, la investigación sobre emoción en laboratorio, la biología, la antropología, la investigación social y sobre la personalidad, la psiquiatría e incluso prácticas budistas y de otras religiones.

Las estrategias que describo son «transdiagnósticas» y, aunque la evidencia empírica las alinea especialmente con la TCC, no se adscriben a ningún modelo de psicoterapia específico. Sí que ofrecen al terapeuta recomendaciones concretas para integrar las emociones en los tratamientos psicosociales tradicionales. El libro consta de ocho capítulos, que resumo brevemente a continuación. El capítulo 1 trata de la naturaleza de las emociones y revisa las teorías más influyentes y relevantes sobre la emoción. El capítulo 2 identifica diferencias individuales en relación con la experiencia, expresión y regulación de las emociones. Las emociones se relacionan directamente con la tendencia a la aproximación o a la evitación y con la consecución de objetivos. Por lo tanto, el capítulo 3 trata de la relación entre motivación y emoción. El capítulo 4 repasa el yo y la autorregulación aplicada a las emociones, y el capítulo 5 analiza detalladamente una estrategia de autorregulación específica: la autorregulación

emocional. El capítulo 6 se centra en la evaluación y la reevaluación, dos elementos importantes de la TCC. El capítulo 7 habla de estrategias de atención plena y de meditación como la meditación *mettā*, para mejorar el afecto positivo, un aspecto muy importante de la salud emocional al que no se suele prestar demasiada atención. Finalmente, el capítulo 8 ofrece una breve visión general de los correlatos neurobiológicos de las emociones y de la regulación emocional.

El público que tenía en mente mientras escribía el libro consiste en psicoterapeutas y en profesionales sanitarios interesados en los enfoques de tratamiento psicológico más recientes e innovadores. He aprendido mucho durante mi exploración de este campo fascinante y he disfrutado resumiéndolo y traduciéndolo en estrategias de tratamiento concretas. Espero haberlo conseguido.

CAPÍTULO 1

LA NATURALEZA DE LAS EMOCIONES

La capacidad de experimentar emociones es una cualidad humana esencial. El teniente comandante Data, uno de los protagonistas de la popular serie de televisión *Star Trek: La nueva generación*, era un robot de aspecto humano (un androide) que contaba con todos los rasgos humanos excepto uno: carecía de la capacidad de experimentar emociones. En muchos episodios, esta incapacidad se presentaba como la pieza clave que le faltaba para ser plenamente humano. A pesar de su gran inteligencia, a Data le costaba entender (tanto como a sus colegas humanos explicar) la naturaleza de las emociones. En un momento de la serie, el personaje de Data se transforma de forma drástica cuando le implantan en la red positrónica un chip emocional. Entonces pasa de ser una máquina inteligente y con conciencia a convertirse en ser humano.

¿Qué es exactamente una emoción? ¿Qué características la definen? ¿Qué diferencia hay entre la emoción y el afecto? ¿Qué relación hay entre los pensamientos y las emociones? ¿Las emociones tienen un propósito y una función? ¿Cómo se experimentan las emociones, cómo se crean y cómo se relacionan con la conducta y con las enfermedades mentales?

Estas son las preguntas que abordo en este capítulo. Aviso: el lector no encontrará una definición contenida en una sola frase. Las emociones son un constructo multidimensional y multinivel, por lo que son muchos los términos que se utilizan para definir la emoción.

Definir la emoción

Para empezar, esta es la definición operativa de emoción que utilizo en el libro:

Una emoción es (1) una experiencia multidimensional que: (2) se caracteriza por distintos niveles de activación y de placer-desagrado; (3) se asocia a experiencias subjetivas, experiencias somáticas y tendencias motivacionales; (4) está teñida por factores contextuales y culturales; y (5) puede regularse hasta cierto punto mediante procesos intra e interpersonales.

Esta definición implica que las emociones incluyen sistemas biológicos que suelen estar (aunque no siempre es así) asociados a adaptaciones evolutivas y a tendencias motivacionales modeladas por factores sociales y culturales, entre otros. El capítulo 8 ofrece una breve revisión de la base neurobiológica de las emociones.

Una emoción es una experiencia. Por lo tanto, cuando «sentimos una emoción» nos referimos a la «experiencia» de una emoción. Esta experiencia suele (aunque no siempre es así) estar suscitada por un estímulo, como una situación, un suceso, otra persona, un pensamiento o un recuerdo. La mayoría de las veces (aunque, de nuevo, no siempre), somos conscientes de la experiencia y del estímulo que la ha provocado. En el capítulo 8 examino con más detalle los distintos niveles del procesamiento (consciente e inconsciente) del material emocional.

Entre la experiencia emocional y la respuesta emocional hay una relación funcional. En pocas palabras, el término *respuesta emocional* alude a la reacción ante estímulos o activadores que suscitan una emoción, mientras que el término *experiencia emocional* alude a la asignación de una etiqueta a dicha respuesta. Tal y como explicaremos más detalladamente en este mismo capítulo, William James¹ y Carl Lange² consideraban que la emoción no era más que la experiencia de las respuestas corporales ante una situación. Esta teoría se conoce ahora como la teoría James-Lange de la emoción. Teóricos de la emoción posteriores y de orientación cognitiva asumen que la experiencia emocional es el resultado de la evaluación cognitiva de una activación fisiológica general.³

En sí mismas, las emociones no son ni buenas ni malas, pero sí suelen experimentarse como agradables o desagradables, en función de factores contextuales como aspectos situacionales específicos y la interpretación que la persona haga de los mismos. La definición también sugiere que las emociones son regulables hasta cierto punto, tanto intrapersonalmente, mediante estrategias cognitivas como la reevaluación o la represión, como interpersonalmente, mediante otras personas. Además, las emociones muy rara vez son puras, sino que suelen ser experiencias confusas y desordenadas. Normalmente se experimentan como combinaciones y mezclas de distintas emociones (por ejemplo, estar a la vez feliz y triste o enfadado y asustado), y a su vez distintas emociones pueden combinarse para formar redes complejas que dan lugar a emociones acerca de emociones (trataré este concepto con mayor detalle más adelante).

Las definiciones de emoción varían en función de si uno prioriza la herencia o el ambiente (es decir, de si se asume que las emociones están programadas biológicamente o de si se entienden como un producto del contexto social). La definición que utilizo incluye un elemento innato (biológico), pero también el ambiente. Aunque el contexto y la cognición modelan las emociones, estas tienen una clara base biológica y evolutiva. Más de una década después de su gran aportación acerca de la evolución que revolucionaría la ciencia, Darwin escribió *La expresión de las emociones en el hombre y los animales*,⁴ donde trató la importancia evolutiva de las emociones. En este libro, Darwin defiende que las expresiones emocionales son universales en las distintas edades del hombre e incluso entre especies. Observó que:

Los movimientos de expresión en el rostro y el cuerpo [...] sirven como el primer sistema de comunicación entre madre e hijo; ella sonríe con aprobación y, así, anima al niño a seguir por el camino correcto, o frunce el ceño para demostrar su desaprobación. Percibimos con facilidad la compasión en el rostro del otro y así vemos aliviado nuestro sufrimiento y aumentado nuestro placer. Y las emociones positivas recíprocas se refuerzan mutuamente. Los movimientos de expresión proporcionan intensidad y energía a la palabra hablada. Revelan los pensamientos y las intenciones del otro con mayor fidelidad que las palabras, que pueden falsearse.

Darwin asigna a las emociones una función comunicativa importante y relaciona emoción y cognición. A su vez, las cogniciones desempeñan otra importante función evolutiva, porque permiten al organismo predecir, a partir de una información limitada, la probabilidad de que una situación derive en un estado deseable o indeseable. En función del resultado de la predicción, el organismo tomará la decisión que maximice la probabilidad de alcanzar el estado deseable o de evitar el estado no deseado. Las cogniciones y las emociones interactúan estrechamente con la conducta en un proceso complejo que incluye estímulos sensoriales, atención e información almacenada en la memoria a largo y a corto plazo. Al igual que sucede con las estructuras anatómicas, asumimos que este proceso ha evolucionado para formar estructuras adaptativas que aumentan la aptitud evolutiva del individuo.

Emociones básicas

Influidos por Darwin, varios teóricos han propuesto que las emociones se basan en sistemas biológicos que han evolucionado para regir conductas y facilitar la supervivencia de la especie, incluida la humana.⁵ Estos teóricos han postulado la

existencia de un grupo de emociones «básicas» que pueden encontrarse en todas las culturas humanas y que comparten similitudes con distintas especies. Se asume que este grupo de emociones básicas desempeñan funciones útiles y evolutivamente adaptativas a la hora de abordar tareas fundamentales en la vida y que movilizan reacciones adaptativas rápidas en respuesta a cambios en el ambiente. Por lo tanto, las emociones básicas se entienden como respuestas evolutivas adaptativas a demandas situacionales. Ekman⁶ postula que un sentimiento es una emoción básica si (1) se activa con rapidez; (2) es de duración breve; (3) ocurre involuntariamente; (4) la evaluación autónoma del acontecimiento que la activa lleva a un reconocimiento casi instantáneo del estímulo; (5) los estímulos antecedentes son universales (no son específicos de una cultura concreta); (6) la sensación viene acompañada de una pauta única de síntomas fisiológicos; y (7) se caracteriza por señales universales específicas, en forma de expresiones faciales y conductas singulares.

Esta definición se alinea con la perspectiva darwiniana de que la emoción tiene una base biológica y es una respuesta a los estímulos ambientales evolutivamente adaptativa. Estas emociones básicas, que se encuentran en prácticamente todas las culturas humanas (es decir, que son universales), son la felicidad, la tristeza, el miedo, la ira y el asco/ desprecio y se expresan mediante expresiones faciales únicas.⁷

La ventaja de esta conceptualización es su sencillez, que permite el estudio experimental para medir, por ejemplo, las respuestas fisiológicas y las expresiones faciales de personas ante estímulos discretos. Como resultado, muchos investigadores han estudiado las emociones en el laboratorio como un mecanismo regulador lineal de entrada-salida, lo cual ha generado numerosos estudios experimentales en laboratorio sobre la emoción y la regulación emocional (que revisaremos en los capítulos 5 y 6). Al mismo tiempo, esta conceptualización pasa por alto muchos aspectos complejos de la emoción humana, como las diferencias individuales en la experiencia emocional, las tendencias motivacionales asociadas a las emociones, los factores interpersonales y contextuales que modelan la experiencia y la expresión emocional y la metaexperiencia emocional (las emociones acerca de las emociones), elementos de los que hablaremos a lo largo del libro.

El concepto de emoción básica se cuestionó muy pronto después de su presentación,⁸ pero el desafío no prosperó.⁹ Plutchik¹⁰ también asumió la existencia de un grupo de emociones básicas. Específicamente, propuso un

modelo circunflejo parecido al círculo cromático en el que incluyó ocho emociones básicas bipolares: «alegría» frente a «pena», «ira» frente a «miedo», «aceptación» frente a «asco» y «sorpresa» frente a «expectación». Asume que todas las emociones humanas son resultado de la combinación de estas ocho emociones básicas, del mismo modo que podemos crear un amplio espectro cromático combinando los tres colores primarios. Por ejemplo, este modelo circunflejo asume que el amor incluye elementos de alegría y de aceptación.

Las emociones básicas están relacionadas con los procesos emocionales primarios,¹¹ o sistemas programados biológicamente y evolutivamente más antiguos (es decir, que evolucionaron al principio del proceso evolutivo). Estos sistemas incluyen el «sistema del miedo», que permite que el organismo se retire, se oculte o huya de forma reflexiva; el «sistema de dolor» (o de ansiedad-separación, antes llamado «de pánico»), que se activa cuando el organismo experimenta una pérdida y se asocia al duelo; el «sistema de ira», activo durante actos de agresión; el «sistema de búsqueda», que se activa cuando el organismo busca alimento o compañeros sexuales; el «sistema de deseo», activo durante los actos sexuales; el «sistema de crianza», activo durante el cuidado de las crías; y el «sistema de juego», que se activa cuando se juega con las crías y cuando se adquieren habilidades sociales. Todos estos sistemas pueden activarse al mismo tiempo y funcionar sinérgicamente. Por ejemplo, el sistema de pánico y el sistema de crianza promueven el vínculo y el apego social.

Las características de las emociones

Las experiencias emocionales son complejas y difieren en muchos niveles. Algunas emociones son intensas y otras son leves; algunas son agradables y otras desagradables; algunas son breves y otras muy duraderas; algunas son claras y primarias y otras complicadas y complejas; hay emociones que parecen estar bajo nuestro control y emociones que nos abruman y parecen descontrolarse; y hay emociones que se asocian a un impulso potente para actuar, mientras que otras nos paralizan. A pesar del amplio abanico que presentan las experiencias emocionales, se cree que hay leyes que rigen todas las emociones.

LEYES GENERALES

Frijda¹² describió varias de estas leyes generales (doce en total). En primer lugar, la emoción depende de cómo se interprete la situación. Esta ley se conoce como «ley del significado situacional». Es una observación sencilla, pero crucial, de la que hablaré más detalladamente en el siguiente apartado. Además, cabría argumentar que la interpretación no se limita a la situación, sino que se extiende a la experiencia asociada a la emoción. De nuevo, trataré de ello más adelante.

En segundo lugar, la experiencia emocional depende de los objetivos, preocupaciones y motivos subjetivos de la persona. Esta ley se conoce como «ley de la preocupación». Estamos contentos cuando ganamos una de las varias partidas de golf que jugamos los domingos por la mañana, mientras que no cabemos en nosotros de júbilo si ganamos un torneo que hacía tiempo que teníamos en el punto de mira. En tercer lugar, las experiencias emocionales aumentan de intensidad a medida que el grado de realidad aumenta (es la «ley de la realidad aparente»). Por lo tanto, la alegría que experimentamos tras ganar un torneo de minigolf contra nuestra pareja no es tan intensa como si ganáramos un campeonato contra Tiger Woods.

Las emociones no se suscitan tanto por la presencia de condiciones deseables o no deseadas como por los cambios esperados o reales en dichas condiciones deseables o no deseadas (son las leyes cuarta, quinta y sexta: las «leyes del cambio», «la habituación» y «la comparación»). Por lo tanto, la emoción que experimentamos cuando encestamos el triple de la victoria en un partido de la temporada actual es más intensa que la emoción asociada a la victoria en un partido de la temporada pasada.

La séptima ley (la «ley de la asimetría hedónica») afirma que el placer (y el desagrado) continuado acaba por desvanecerse, porque la intensidad de la emoción depende del marco de referencia del suceso que ha suscitado la emoción. Por lo tanto, la alegría que se experimenta justo al descubrir que se ha ganado un millón de euros en la lotería es mucho mayor que cuando se piensa en ello días, meses o años después.

Las emociones tienden a conservarse en ausencia de una exposición repetida al acontecimiento emocional (octava ley: «ley de conservación del momento emocional»). Así, no abordar un recuerdo traumático puede llevar a la conservación (es decir, al mantenimiento y persistencia) de las emociones asociadas a dicho trauma.

La novena ley («ley del cierre») afirma que una experiencia emocional se

percibe como una entidad única y absoluta. Por ejemplo, parece imposible amar a dos personas distintas exactamente igual y con la misma intensidad. Aunque sentimos un amor absoluto e incondicional por todos nuestros hijos, los padres y madres tenemos que admitir que los amamos de una manera ligeramente distinta y por motivos diferentes (e incluso a algunos más que a otros). Por otro lado, sin embargo, las emociones solo se experimentan como algo puro, inequívoco y absoluto en muy raras ocasiones. En la mayoría de las ocasiones, las experiencias emocionales son complejas y multifacéticas. Podemos admirar, temer, amar y odiar a nuestros padres y esta mezcla de emociones irá cambiando a lo largo de la vida.

Las respuestas asociadas a las emociones suelen ser complejas, porque tendemos a modificarlas en función de las posibles consecuencias que pueda tener el impulso (décima ley: la «ley de atención a las consecuencias»). También tendemos a percibir los acontecimientos emocionales ambiguos de un modo que nos permita minimizar el dolor que nos causan o la dificultad de soportarlos (es decir, tendemos a minimizar la carga emocional negativa). Al mismo tiempo, percibimos las situaciones ambiguas de un modo que nos permita maximizar la ganancia emocional. Estas dos leyes se conocen como «ley de la carga más ligera» (undécima ley) y «ley de la ganancia más grande» (duodécima ley).

LA NATURALEZA TRANSITORIA DE LAS EMOCIONES

Independientemente de la complejidad de una emoción dada, esta variará con el tiempo. Podemos enamorarnos de alguien y sentir una alegría abrumadora. A medida que pasa el tiempo, nos damos cuenta de las diversas dificultades que entraña la relación y la experiencia emocional puede transformarse en tristeza, desesperanza o sensación de pérdida. Las emociones pueden mezclarse y tirar de nosotros en distintas direcciones, lo que puede llevarnos a actuar de maneras contradictorias. Una parte de nosotros quiere acercarse y la otra quiere evitar, o incluso alejar, a la persona que nos atrae.

Algunas experiencias emocionales perduran unos segundos, como la sorpresa, mientras que otras (como el amor) pueden durar años o toda la vida. Obviamente, podríamos argumentar que el amor no es un estado emocional, sino una inclinación y una perspectiva general hacia algo o alguien. Es muy distinto a una experiencia emocional breve y circunscrita, como la sorpresa o el miedo. El

amor es una experiencia mucho más difusa y de mayor alcance, por lo que sería más comparable a una disposición a sentirse de un modo concreto (positivo) hacia algo o alguien en un contexto dado. Por ejemplo, es más probable que un padre que ama a su hijo experimente alegría cuando le oye ensayar con el violín que el vecino, al que seguramente esa misma lección de violín puede provocar irritación o incluso ira si está cansado.

COGNICIONES Y EMOCIONES

Las características de las experiencias emocionales subrayan la importancia del marco de referencia en el que se experimentan las emociones, del contexto situacional y, sobre todo, de las evaluaciones cognitivas. Reflexionemos sobre las siguientes frases de grandes pensadores: «No son las cosas las que atormentan al hombre, sino la opinión que este tiene de ellas»,¹³ del filósofo estoico griego Epicteto de Frigia (55 d. C. – 134 d. C.); «Si te aflige algo externo, el dolor no se debe a la cosa en sí misma, sino a la opinión que tú tienes de ella, y tienes el poder de cambiarla en cualquier momento», de Marco Aurelio (121 d. C. – 180 d. C.); y «No existe nada bueno ni malo; es el pensamiento humano el que lo hace parecer así», de William Shakespeare en *Hamlet*.

Estas afirmaciones pueden reducirse a la idea de que las situaciones, los acontecimientos o los estímulos no provocan directamente una respuesta emocional, sino que es la evaluación cognitiva de la situación, acontecimiento o estímulo lo que determina cómo respondemos emocionalmente. En otras palabras, no son los estímulos lo que nos provocan ira, ansiedad, felicidad o tristeza, sino la interpretación que hacemos de los mismos. Por lo tanto, es importante que identifiquemos el pensamiento relacionado con la emoción.

Aunque los pensamientos suelen suscitar emociones, la relación entre los pensamientos y las emociones (y también las conductas) no es unidireccional. Las emociones también pueden afectar a los pensamientos cuando las personas usan las emociones para entender lo que sucede a su alrededor. Por ejemplo, sentir mucha ansiedad cuando esperamos que nuestra pareja llegue a casa puede llevarnos a pensar que «seguro que ha pasado algo terrible». El cerebro humano está programado para tomarse en serio la información amenazante, porque

pasarla por alto puede suponer un riesgo para la supervivencia. Existen relaciones similares entre pensamiento y emoción para otras emociones, como la tristeza, la ira, etc.

En ocasiones, pensamos y razonamos de forma automática. Controlar y observar los propios pensamientos puede ralentizar el proceso y proporcionar la oportunidad de estudiar la naturaleza de los mismos. Las técnicas de mediación, de las que hablaré en el capítulo 7, fomentan la conciencia del momento presente. Estas técnicas interrumpen las tendencias automáticas e intensifican las experiencias positivas.

Los pensamientos no son hechos, sino más bien «hipótesis» que pueden ser, o no, correctas. Algunas hipótesis (pensamientos) son más probables que otras (por ejemplo «Esta tos es señal de que tengo cáncer de pulmón» frente a «Me he resfriado»); otros pensamientos son, casi con toda certeza, erróneos («Mañana se acabará el mundo»), mientras que otros son correctos, pero desadaptativos («Voy a morir, todos moriremos y el mundo se acabará»). Independientemente de los pensamientos que tendamos a tener, lo importante es que seamos conscientes de ellos, para poder así evaluar su validez, probabilidad, adaptatividad, etc.

A lo largo de la historia de la psicología se han propuesto distintas teorías para explicar la relación entre cognición y emoción y, específicamente, la secuencia de acontecimientos y la dirección causal. La teoría James-Lange de la emoción propone que los estímulos situacionales activan respuestas fisiológicas específicas y únicas, como el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. Al mismo tiempo, presentamos una conducta concreta en respuesta a la situación, como las conductas de evitación. Una vez somos conscientes de este patrón específico de activación somatovisceral, etiquetamos la experiencia como «miedo» después de la respuesta inicial ante el estímulo.

Por lo tanto, se cree que el origen de las distintas experiencias emocionales son los síntomas fisiológicos y las conductas específicas asociadas a cada experiencia emocional. La teoría afirma que experimentamos miedo porque las situaciones amenazantes generan síntomas fisiológicos concretos (por ejemplo aceleración de la frecuencia cardíaca y respiratoria) y conductas específicas (por ejemplo sobresalto o huida). En línea con esta teoría, hay estudios sobre personas con lesiones medulares que han concluido que las personas con lesiones en la zona alta de la médula espinal (cuadriplejía) experimentan las emociones con menos intensidad que las que han sufrido lesiones en la zona

inferior (paraplejia). La teoría James-Lange podría explicar este fenómeno, porque las lesiones en la región superior de la médula espinal bloquean la información sensorial de una proporción mayor del cuerpo.¹⁴

Sin embargo, la teoría James-Lange presenta debilidades importantes, ya que asume que las sutiles diferencias de la información sensorial recibida distinguen entre la amplia variedad de experiencias emocionales. Por el contrario, los estudios psicofisiológicos no han podido identificar marcadores biológicos claros o correlatos fisiológicos únicos con estados emocionales concretos. Es más, la mera inducción de la activación fisiológica (por ejemplo hacer ejercicio físico) no conduce a la experiencia emocional y la activación fisiológica es, en muchos casos, demasiado lenta y demasiado general para explicar la latencia y la variedad de las expresiones emocionales.

A partir de estas y otras críticas, Cannon¹⁵ y Bard¹⁶ formularon otra teoría que sugería que lo que da lugar a la emoción es la activación fisiológica indiferenciada, como la respuesta de lucha o huida. Según la teoría de Cannon-Bard, la información sensorial que el tálamo envía a la corteza cerebral también envía mensajes de activación a las vísceras y los músculos esqueléticos a través del sistema nervioso autónomo.

La influyente teoría de Schachter y Singer¹⁷ y los innovadores experimentos que llevaron a cabo subrayan la importancia clave de los procesos cognitivos en las emociones. En línea con la teoría de Festinger,¹⁸ asumen que el estado de excitación lleva al individuo a querer explicar la activación percibida. Por lo tanto, una persona que experimenta un estado general e indiferenciado de excitación siente la necesidad de evaluar e interpretar dicha activación mediante indicios situacionales.

Esta teoría afirma que la intensidad de la emoción está determinada por la activación fisiológica, mientras que la valencia y la calidad de la respuesta emocional dependen de la evaluación de los estímulos activadores y del contexto. A diferencia de la teoría de James-Lang, el modelo Schachter-Singer no asume que haya síntomas fisiológicos específicos o exclusivos de una experiencia emocional concreta. Por el contrario, asume que la misma activación fisiológica general puede interpretarse de distintas maneras en función de cómo se evalúen (interpreten) los estímulos que la hayan suscitado.

El ya clásico experimento que Schachter y Singer llevaron a cabo en 1962 ilustra a la perfección este modelo. En el estudio, se engañó a los participantes y se les dijo que participarían en un experimento sobre los efectos de las vitaminas

sobre la visión. En lugar de eso, se les administró o bien epinefrina o bien un placebo. La epinefrina es la forma sintética de la adrenalina y aumenta la frecuencia cardíaca y respiratoria, eleva la tensión arterial y provoca temblor muscular y desazón. Se asignó aleatoriamente a los participantes a distintos grupos diferenciados por la información sobre el efecto de la inyección y también por el contexto situacional. Un grupo de participantes recibió información correcta acerca de los efectos fisiológicos de la inyección (grupo informado); un segundo grupo no recibió ninguna información sobre los efectos fisiológicos de la inyección (grupo desinformado); y un tercer grupo recibió información errónea (grupo mal informado). Entonces, se asignó a la mitad de participantes de cada grupo a distintos contextos situacionales, que consistían en una de dos interacciones sociales preparadas entre un cómplice y el participante. En una de las dos condiciones, los participantes se veían expuestos a una situación de euforia en la que el cómplice se comportaba de una manera alegre e iniciaba una actividad lúdica como lanzar bolas de papel a una papelera, para enojar. En la otra condición, los participantes se veían expuestos a una situación de ira en la que el cómplice manifestaba con claridad su enfado por el experimento, rompía un cuestionario y acababa saliendo de la sala dando un portazo. Observadores independientes registraban y puntuaban la conducta de los participantes, a los que veían a través de un espejo unidireccional. También se preguntó a los participantes acerca de su estado emocional.

Los resultados concluyeron que los participantes del grupo informado no refirieron emociones intensas, porque atribuyeron a la inyección la activación fisiológica. Por el contrario, los participantes del grupo no informado y del mal informado no contaban con una explicación evidente para la activación inducida por la inyección. Por lo tanto, recurrieron a la situación experimental y a la conducta de los cómplices para interpretar y etiquetar la activación fisiológica que experimentaban. El estudio subraya la importancia de las variables cognitivas en la emoción y demuestra que es la evaluación de la activación fisiológica, y no la activación en sí misma, lo que determina la experiencia emocional. El modelo de evaluación cognitiva de las emociones de Schachter y Singer coincide con muchas otras observaciones y teóricos anteriores, que se remontan hasta Epicteto.¹⁹ Sin embargo, es poco probable que este modelo pueda explicar todas las experiencias emocionales. Y resulta especialmente difícil aplicar esta teoría a experiencias emocionales repentinas que ocurren inmediatamente después de un suceso, como el miedo que uno puede

experimentar tras haber estado a punto de sufrir un accidente de tráfico. Por lo tanto, las teorías modernas de la emoción asumen que la cognición interviene al principio de una experiencia emocional en distinta medida en función del momento temporal del proceso emocional.

Afecto y emoción

Los términos *afecto* y *emoción* son constructos íntimamente relacionados y suelen utilizarse como sinónimos. Sin embargo, en este libro los utilizo de forma diferenciada. Al igual que otros autores,²⁰ sugiero que el término *afecto* se utiliza para describir la «experiencia subjetiva» de un estado emocional que define la valencia del mismo. En el fondo, el afecto se experimenta como positivo (placentero) o negativo (desagradable) y excita o calma en cierta medida.

El afecto positivo suele durar poco, pero proporciona energía y se asocia a la creatividad y al pensamiento divergente. El afecto positivo también se relaciona estrechamente con la vitalidad y la felicidad. Por el contrario, el afecto negativo suele consumir la energía de la persona, se asocia a tendencias evitativas y limita la capacidad de resolución de problemas de esa persona. El afecto negativo puede transformarse fácilmente en un estado crónico que se retroalimenta a sí mismo.

Por su parte, la emoción, tal y como la hemos definido antes, es un constructo multidimensional que incluye, además de la experiencia afectiva, tendencias motivacionales y factores contextuales y culturales, y desemboca en una experiencia compleja que puede regularse hasta cierto punto mediante procesos intra e interpersonales.

Los episodios emocionales tienden a ser una reacción ante algo y la evaluación cognitiva que se da en la transacción entre la persona y el objeto es un elemento definitorio de dicha reacción. Una de las características importantes del afecto es que existen diferencias individuales en cómo las personas gestionan la información emocional. Al igual que los esquemas cognitivos dan lugar a pensamientos desadaptativos concretos al sobreestimar resultados peligrosos pero poco probables, algunas formas de gestionar la información emocional (estilos afectivos) también pueden ser desadaptativas si conducen a un malestar

excesivo o a problemas conductuales (por ejemplo si la persona experimenta más malestar o interferencia en su vida cotidiana que la mayoría de las personas en esa misma situación).

El afecto nuclear

A pesar de la complejidad de las emociones, los teóricos de la emoción modernos tienden a coincidir en que cualquier afecto (cualquier experiencia subjetiva de un estado emocional) cuenta con dos dimensiones básicas: alta activación/baja activación (definida también como dimensión de «excitación») y agradable/desagradable (también conocida como la dimensión de «valencia»). Este es el «modelo afectivo circumflejo»²¹ y sus dimensiones también se conocen como «afecto nuclear»,²² porque describen las sensaciones más sencillas y elementales que sirven de base para construir experiencias emocionales más complejas.

El modelo describe cualquier experiencia emocional subjetiva mediante la valencia y la excitación. La dimensión de la valencia se refiere al tono hedónico de la experiencia subjetiva de la emoción, mientras que la excitación determina el nivel de activación, asociado a la alerta y al grado de reacción fisiológica. La figura 1.1 ofrece algunos ejemplos de los adjetivos que describen experiencias emocionales. (Yik, Russel y Steiger han presentado una versión más reciente y elaborada de este modelo.)²³ Por ejemplo, «excitado» es un estado emocional agradable y activado, mientras que «relajado» es un estado emocional agradable y desactivado. Por el contrario, «aburrido» es un estado desagradable y desactivado, mientras que «nervioso» es un estado desagradable y activado.

El modelo circumflejo valencia-activación es uno de los modelos dimensionales del afecto que cuentan con el apoyo de más evidencias empíricas.²⁴ Sin embargo, a pesar de su utilidad y solidez, es muy posible que no explique completamente todas las diferencias individuales en la experiencia y las representaciones del afecto.²⁵ De todos modos, es un modelo útil que permite simplificar y describir la complejidad de las experiencias emocionales.



FIGURA 1.1. Toda experiencia emocional es un punto en este espacio bidimensional. El eje horizontal representa la dimensión de la valencia (agradable-desagradable) y el vertical representa la dimensión de la activación de la emoción. Se han añadido ejemplos de adjetivos que describen emociones. De Colibazzi, T., Posner, J., Wang, Z., Gorman, D., Gerber, A., Yu, S. y otros, «Neural systems subserving valence and arousal during the experience of induced emotions», en *Emotion*, 10, pp. 377-389, 2010. ©2010 Asociación Americana de Psicología. Reproducido con su autorización.

En la práctica: cómo diferenciar entre las dimensiones activación/desactivación y agradable/desagradable

Las emociones son complejas y, en ocasiones, al paciente le cuesta responder a la pregunta «¿Cómo se encuentra?». Aunque las respuestas «bien» y «mal» son inespecíficas e indiferenciadas, ofrecen una caracterización general de la experiencia de la dimensión valencia. De todos modos, es obvio que

necesitamos más información. El primer paso a la hora de abordar el malestar emocional es tomar conciencia de los múltiples matices de la experiencia emocional.

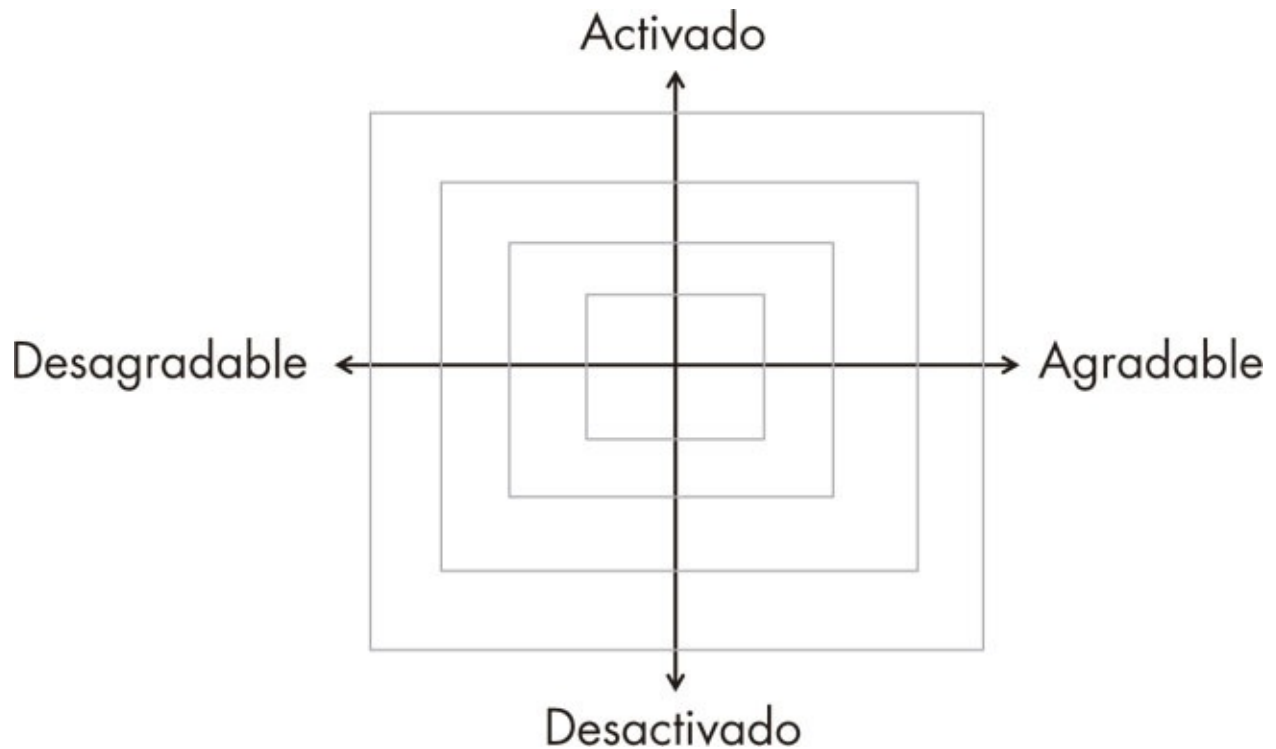
La dimensión de la activación ofrece información adicional e importante. Por ejemplo, la depresión es un estado de desactivación desagradable; estar relajado es un estado de desactivación agradable; el miedo es un estado de activación desagradable; y estar emocionado es un estado de activación agradable. Podemos representar cualquier experiencia emocional como un punto en esta tabla del afecto (figura 1.2).

Podemos pedir a los pacientes que registren sus niveles de activación/desactivación de valencia agradable/desagradable para ayudarlos a desarrollar una conciencia más precisa de sus emociones. Podríamos pedir a un paciente que, durante un periodo de tiempo dado (pueden ser unas 2 semanas), marque puntos en la figura 1.2 para indicar cómo se siente en un momento dado utilizando las dos dimensiones básicas de activación/desactivación y agradable/desagradable.

El terapeuta también puede pedir al paciente que registre sus emociones mediante estas dos dimensiones a las mismas horas cada día (por ejemplo 8.00, 14.00 y 17.00). Esta evaluación podría estar vinculada a una rutina específica (por ejemplo, justo antes de que el paciente salga hacia el trabajo, después de comer, después de haber vuelto a casa, etc.). Al principio, el paciente no debe esperar a que suceda algo significativo (por ejemplo, una discusión con la pareja), sino que se le pide que adquiera una pauta de evaluación regular para llevar un registro de su estado emocional.

El objetivo de esta tarea es que el paciente tome cierta conciencia de su vida emocional a lo largo de su vida cotidiana. La imagen resultante se convierte en un reflejo de la vida emocional de la persona durante un día normal (asumiendo que ese día no suceda nada extraordinario). Este ejercicio puede aclarar si las experiencias emocionales del paciente siguen una pauta concreta. Si la imagen resultante revela una vida emocional relativamente plana (es decir, sin muchos altibajos y con una activación moderada), los puntos se agruparán alrededor del punto cero (la intersección de las dos dimensiones). Los cambios regulares de estado de ánimo resultarán en puntos agrupados en un cuadrante concreto; de otro modo, estarán repartidos por toda la tabla. Este ejercicio puede ayudar al paciente a tomar conciencia de su experiencia emocional y facilitar la identificación de pautas en los sutiles cambios de humor a lo largo del día de los que, quizá, no sea consciente.

De nuevo, una pauta específica puede ofrecer información difícil de identificar de otro modo. Por ejemplo, una persona feliz puede situar muchos puntos en la región derecha (agradable) de la tabla, mientras que las personas deprimidas o ansiosas situarán más puntos en la región izquierda (desagradable).



Instrucciones: Marque esta tabla para indicar lo agradable (o desagradable) que le resulta la experiencia emocional y lo activado (o desactivado) que le ha hecho sentir. Puede usar la misma tabla para todas las experiencias emocionales que tenga durante un periodo de tiempo concreto.

FIGURA 1.2. Esta tabla de los afectos plasma las dimensiones activación/desactivación y agradable/desagradable. De Hofmann, S. G., *La emoción en psicoterapia. De la ciencia a la práctica*. © The Guilford Press, 2016. Se autoriza la reproducción de esta figura a los compradores del libro, ya sea para uso personal o con clientes particulares (véase la página de *copyright* para más información). Los compradores pueden descargar una versión aumentada de esta figura (véase la nota al inicio «Los compradores de este libro...»).

Afecto positivo y afecto negativo

El afecto positivo y el afecto negativo se inhiben mutuamente. El «modelo de ampliación-construcción»²⁶ asume que el afecto positivo reduce la influencia del afecto negativo sobre la persona y que, al mismo tiempo, amplía su repertorio

conductual, porque mejora los recursos físicos, sociales e intelectuales. Además, el afecto positivo tiene un efecto inhibitorio directo sobre los trastornos emocionales. Básicamente, la felicidad y la alegría contrarrestan trastornos emocionales como la depresión, la ansiedad y los problemas de control de la ira.

Sin embargo, el afecto negativo contrarresta la influencia inhibitoria del afecto positivo cuando la persona no puede regular el primero de forma adaptativa. La desregulación del afecto negativo es una de las causas directas de los trastornos emocionales, porque da lugar a un bucle de retroalimentación positivo entre el trastorno y la desregulación, el afecto negativo y el estilo afectivo, lo que lleva a una situación crónica difícil de cambiar. En el capítulo 2 profundizaremos más en los trastornos emocionales.

La función de las emociones

Tal y como explicó Darwin, las emociones tienen una función comunicativa adaptativa, tanto intra como interespecies. Las emociones están íntimamente relacionadas con el sistema social del organismo, porque muchas experiencias y expresiones emocionales desempeñan funciones importantes para la comunicación social. De hecho, podríamos afirmar que, de no haber relaciones sociales, las emociones como la vergüenza, los celos o el pudor no existirían. Otras emociones pueden surgir ajenas a las relaciones sociales con iguales. Por ejemplo, podemos sentir ira hacia miembros de otra especie (un perro), objetos inertes (un automóvil que no arranca) o nosotros mismos, del mismo modo que podemos sentir tristeza tras la pérdida de un objeto valioso para nosotros. Por supuesto, hay muchos casos en los que la emoción no está vinculada exclusivamente a un contexto específico.

En muchos (pero no todos) de estos casos, la ira tiene una función comunicativa (como en el caso de la ira dirigida hacia otra persona o hacia un perro). La ira hacia un automóvil es o bien no comunicativa o bien una comunicación mal dirigida (porque el automóvil no puede ser receptor de la misma). Mayr²⁷ distinguió entre las conductas dirigidas a seres vivos y las conductas dirigidas a objetos inertes (conductas comunicativas y no comunicativas). Dentro de la categoría comunicativa, Mayr diferenció a su vez entre conductas dirigidas a miembros de la propia especie (conductas intraespecíficas) y conductas dirigidas a miembros de otras especies

(interespecíficas). Los distintos problemas emocionales coinciden con distintas conductas del sistema de clasificación de Mayr. En el caso de los trastornos de ansiedad, el miedo a las alturas, a las serpientes o a las situaciones sociales se corresponde a conductas no comunicativas, comunicativas interespecíficas y comunicativas intraespecíficas, respectivamente. La función comunicativa de las emociones también se describe como «instrumental» cuando están orientadas a un objetivo concreto para lograr un propósito.²⁸ Por ejemplo, podemos mostrar tristeza para suscitar empatía en otros o ira, para intimidarlos.

Por lo tanto, las emociones podrían entenderse como mecanismos evolucionados con una función adaptativa que, en ocasiones, tienen además un valor comunicativo. En general, se cree que los mecanismos psicológicos más evolucionados son grupos de procesos que se han desarrollado hasta adoptar su forma actual como resultado de la resolución de problemas adaptativos específicos por parte de nuestros antepasados.²⁹

Una solución adaptativa es una solución que aumenta la aptitud inclusiva del individuo, lo que significa que sus genes tienen más probabilidades de aparecer en las generaciones siguientes.³⁰ Por ejemplo, el miedo protege, evita el daño y promueve la supervivencia; la vergüenza lleva al remordimiento y reduce las probabilidades de que la conducta vergonzosa se repita en el futuro.³¹

Por lo tanto, las emociones y su función comunicativa parecen desempeñar funciones importantes a la hora de promover la supervivencia de los genes y de la especie. En los humanos, la escucha y el habla vienen acompañadas y están reguladas por expresiones emocionales, como asentimientos, contacto visual, sonrisas, cambios de postura, vocalizaciones, etc.³² Estas señales comunicativas mediante expresiones emocionales pueden darse a nivel consciente o inconsciente. Podemos leer «entre líneas» y nos confundimos cuando recibimos «mensajes contradictorios», en los que la palabra hablada y las expresiones emocionales no son congruentes.

Algunos teóricos de la emoción asumen que el afecto positivo y el negativo son opuestos bipolares,³³ mientras que otros³⁴ creen que pueden coexistir y que desempeñan funciones distintas. En la clínica, es evidente que alguien que no experimenta afectos negativos no experimenta necesariamente afectos positivos. Del mismo modo, la falta de afecto positivo no implica la presencia de un afecto negativo; de hecho, podemos experimentar simultáneamente afectos positivos y

negativos: alegría y miedo (en una montaña rusa); éxtasis y terror (al saltar en paracaídas); felicidad y tristeza (cuando pensamos en un ser querido fallecido hace ya un tiempo).

Se asume que las emociones con valencia negativa (desagradable), como el miedo, la ira o la tristeza se asocian a un repertorio conductual limitado en una situación dada (por ejemplo, el miedo suele asociarse a conductas de huida mientras que la ira suele asociarse a conductas agresivas). Por el contrario, se asume que las emociones con un afecto agradable, como la alegría, el interés y la satisfacción, amplían el repertorio conductual. Por ejemplo, el miedo es una emoción que suele asociarse a la huida o a la evitación de un objeto o situación concretos, mientras que la ira suele asociarse a la agresividad y la aproximación. Los repertorios conductuales de estas dos emociones incluyen un conjunto relativamente limitado de tendencias conductuales específicas centradas en objetos o situaciones concretos (correr para escapar de un depredador o correr para acercarse a un enemigo). Por el contrario, las emociones positivas, como la alegría, el interés y la satisfacción, suelen incluir múltiples tendencias conductuales, asociadas a la aproximación, no específicas y relacionadas con diversas experiencias sensoriales. Algunos casos serían la alegría que se experimenta al llegar a la cima de una montaña incluye los sonidos, los olores y las imágenes del entorno, las sonrisas de los compañeros, etc.

¿Las emociones nacen o se hacen?

La diferencia entre lo innato y lo adquirido es muy importante en la investigación sobre las emociones. Algunos autores actuales rechazan la idea de que existan emociones básicas programadas biológicamente.³⁵ Por el contrario, conceptualizan la experiencia emocional como un fenómeno transitorio y dependiente del contexto que resulta de un estado afectivo con un nivel concreto de activación y que se experimenta como agradable o desagradable (antes nos hemos referido a ello con la denominación «afecto nuclear»)³⁶ y también de la asociación entre este estado y el conocimiento que la persona tiene acerca de la experiencia emocional. Por lo tanto, el afecto nuclear y la emoción no son lo mismo. El afecto nuclear es solo una faceta de un constructo mucho más complejo al que llamamos «emoción», tal y como lo hemos definido antes. Los factores contextuales y culturales son determinantes en la experiencia de la

emoción. Por ejemplo, si alguien se encuentra con una serpiente de cascabel durante una excursión, experimentará un afecto negativo que podría categorizarse y etiquetarse como «miedo» en función de lo que esa persona sepa acerca de las serpientes venenosas. Evidentemente, este modelo se opone a la conceptualización biológica y darwiniana de las emociones y a la postura de que ver una serpiente puede activar una respuesta de miedo innata.³⁷ La aportación relativa de la biología (lo innato) y de la cultura (lo adquirido) es un tema que sigue generando controversia en la literatura actual sobre la emoción. Este libro considera a la emoción, que ya hemos definido, como un constructo multidimensional y de base biológica, modelado por factores contextuales y culturales, que puede ser regulado en cierta medida mediante procesos intra e interpersonales. Por lo tanto, esta conceptualización integra tanto lo innato como lo adquirido y presta especial atención a los factores sociales y cognitivos que modulan la experiencia y la expresión de las emociones.

La metaexperiencia de las emociones

Además de emociones como miedo, ira, tristeza o felicidad, las personas también pueden sentir emociones acerca de las emociones. Esta metaexperiencia es uno de los principales focos de atención del tratamiento de orientación psicodinámica conocido como «terapia centrada en las emociones» (TCE).³⁸ La TCE distingue entre emociones «primarias» y emociones «secundarias» y también califica ciertas emociones como «instrumentales». Todas estas formas de emociones pueden ser «adaptativas» (emociones generalmente aceptables que no provocan problemas duraderos) o «desadaptativas» (emociones que provocan problemas psicológicos o interpersonales persistentes). Las instrumentales son emociones (o, para ser más precisos, conductas asociadas a emociones) que desempeñan una función concreta. Tendríamos aquí el caso de un niño que puede llorar para manipular a otros y lograr que lo consuelen y, así, escapar de un castigo. Las emociones primarias son las respuestas más básicas ante un acontecimiento o situación concretos. Las emociones primarias adaptativas preparan al individuo para dar una respuesta adaptativa y suelen remitir cuando la situación cambia o cuando las necesidades básicas se ven satisfechas. Por el contrario, suele asumirse que las emociones primarias desadaptativas están relacionadas con experiencias traumáticas pasadas y no remiten rápidamente. Las emociones

secundarias son respuestas a emociones primarias o a cogniciones, no a la situación o acontecimiento desencadenante. Por ejemplo, una ruptura de pareja puede provocar tristeza (emoción primaria) y también ira por sentirse triste (emoción secundaria). Las emociones secundarias pueden desempeñar una función defensiva (estar enfadado puede protegernos de llegar a experimentar una tristeza que nos haga más vulnerables). Además, las emociones secundarias pueden activarse en respuesta a algunos pensamientos, como cuando sentimos ansiedad al pensar en lo que nos preocupa o vergüenza cuando tenemos fantasías violentas.

Estas percepciones y valoraciones de las experiencias emocionales se han descrito como «metaexperiencias emocionales».³⁹ En otras palabras, podemos percibir una emoción como problemática o aversiva, lo que a su vez puede influir en cómo regulamos nuestro estado emocional. Percibir una emoción como problemática también puede generar confusión acerca del estado emocional propio y llevarnos a aplicar estrategias de evitación para gestionar la experiencia emocional perturbadora.

Como ejemplo ilustrativo, podemos pensar en un marido recién divorciado (Charlie) que siente alivio por haber podido poner punto final a su matrimonio, pero también mucha ira porque sigue enamorado de su exmujer. Charlie y su esposa se divorciaron porque ambos se dieron cuenta de que la relación se había roto sin remedio después de demasiadas peleas dolorosas y relaciones extramatrimoniales. Aunque es evidente que la relación no tenía futuro alguno, Charlie sigue queriendo a su ex. Al mismo tiempo, quiere pasar página y tener citas con otras mujeres. Sin embargo, el amor que aún siente por su exesposa le dificulta empezar de nuevo. Por lo tanto, el amor que siente hacia su ex le inspira ira (una emoción, la ira, acerca de otra emoción incongruente, el amor), lo que puede generarle mucha confusión emocional e impedirle construir una vida feliz junto a otra persona.

Otros casos más complejos podrían ser la tristeza que surge cuando sentimos amor hacia otra persona o la sensación de miedo y de culpabilidad que siente la víctima de una violación cuando recuerda el horror del ataque. Estas experiencias emocionales contradictorias suelen sumir a la persona en un estado de confusión.

La metacognición es un fenómeno relacionado con la metaemoción; esto es: son pensamientos acerca de pensamientos. Por ejemplo, es posible que las personas que se preocupan excesivamente por el futuro o por cuestiones menores también sostengan ciertas creencias acerca de sus preocupaciones («Preocuparme me ayuda a seguir a salvo»). Otras creencias pueden adoptar la forma de preocupaciones acerca de las preocupaciones («Si me preocupo demasiado, acabaré enloqueciendo»). En terapia, el registro de las emociones sobre las emociones (metaemociones) y de los pensamientos acerca de pensamientos (metacogniciones) puede ayudar a identificar pautas que podrían ser las responsables del mantenimiento de su problema.

Instrucciones: Describa la situación inicial (por ejemplo, saltar en parapente), el pensamiento que aparece (por ejemplo, «Me haré daño») y la emoción asociada al pensamiento (por ejemplo, miedo). A continuación, examine el pensamiento de segundo nivel que aparece cuando experimenta esa emoción. Puede pensar «Soy un cobarde», porque tiene miedo. Posteriormente, examine la emoción asociada a ese pensamiento (por ejemplo, vergüenza).

| Situación (Saltar en parapente) | Pensamiento 1 acerca de la situación («Me haré daño») | Emoción 1 acerca de ese pensamiento (Miedo) | Pensamiento 2 acerca de la emoción 1 («Soy un cobarde») | Emoción 2 acerca del pensamiento 2 (Vergüenza) |
|---|--|---|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FIGURA 1.3. Registro de pensamientos y emociones de primer y de segundo nivel. De Hofmann, S. G., *La emoción en psicoterapia. De la ciencia a la práctica*. © The Guilford Press, 2016. Se autoriza la reproducción de esta figura a los compradores del libro, ya sea para uso personal o con clientes particulares (véase la página de *copyright* para más información). Los compradores pueden descargar una versión aumentada de esta figura (véase la nota al inicio «Los compradores de este libro...»).

La figura 1.3 es una herramienta sencilla que los clientes pueden usar para registrar la relación entre la cadena de pensamientos y de emociones en dos niveles e identificar así sus esquemas generales. Puede usarse durante la sesión y también como una tarea para realizar en casa. Se pide al paciente que empiece por registrar el pensamiento («Me haré daño») que surge ante una situación concreta (saltar en parapente),

luego la emoción que suscita este pensamiento inicial (miedo), el pensamiento de segundo nivel acerca de esta emoción («Soy un cobarde») y, finalmente, la emoción de segundo nivel suscitada por el pensamiento de segundo nivel (vergüenza).

Síntesis de aspectos con relevancia clínica

- Una emoción es: (1) una experiencia multidimensional que (2) se caracteriza por distintos niveles de activación y de placer-desagrado; (3) se asocia a experiencias subjetivas, experiencias somáticas y tendencias motivacionales; (4) está teñida por factores contextuales y culturales; y (5) puede regularse hasta cierto punto mediante procesos intra e interpersonales.
- El modelo circunflejo del afecto proporciona un marco de referencia en el que clasificar las experiencias emocionales en base a dos dimensiones afectivas nucleares: activación/desactivación y agradable/desagradable.
- Para aumentar la conciencia emocional, se puede pedir a los pacientes que registren en una tabla afectiva sus estados emocionales en momentos concretos del día y después de acontecimientos significativos.
- Una vez los pacientes han tomado conciencia de la naturaleza de sus emociones, se les puede pedir que etiqueten la experiencia emocional con adjetivos emocionales habituales. Las emociones puras se dan en muy raras ocasiones. Lo más habitual son combinaciones de emociones distintas.
- Algunas emociones desempeñan una función comunicativa importante, porque dan indicios acerca del estado interno de la persona. Hay diferencias individuales en cuanto a la capacidad, o voluntad, de emitir señales emocionales y de interpretar las de los demás.
- Con el objetivo de aumentar todavía más la claridad acerca de sus estados emocionales, se puede pedir a los pacientes que exploren no solo los pensamientos y las emociones en relación con acontecimientos o desencadenantes específicos, sino también los pensamientos y las emociones acerca de sus emociones iniciales/primarias. Las conductas y los síntomas fisiológicos pueden preceder y causar emociones, y las emociones también pueden preceder y causar conductas y síntomas fisiológicos.

CAPÍTULO 2

DIFERENCIAS INDIVIDUALES

Las personas difieren en muchos aspectos. Las hay altas y las hay bajas. Las hay que tienen una constitución fuerte y problemas de peso y las hay que son delgadas y pueden mantener un peso relativamente constante durante toda su vida adulta. Las personas también difieren en su inteligencia, temperamento y personalidad. ¿Tiene que ver con la emoción alguno de estos rasgos? ¿Difieren las personas en sus respuestas emocionales ante una misma situación? De ser así, ¿por qué? ¿Utilizan las personas estrategias concretas para gestionar sus emociones? ¿Están relacionadas algunas de estas estrategias con los trastornos emocionales?

En este capítulo intento ofrecer respuestas a estas preguntas tan complejas y hablo de los diversos factores biológicos y psicológicos que contribuyen a las diferencias individuales. Algunos de ellos son más fáciles de evaluar que otros. (En el Apéndice I al final del libro encontrará una lista con varios instrumentos breves de autoinforme que permiten evaluar algunas de estas variables de la diferencia.) Al final del capítulo, integro los distintos factores en un modelo de los trastornos emocionales de diátesis-estrés.

Niveles de diferencia individual

Tal y como hemos definido en el Capítulo 1, una emoción es una experiencia multidimensional que se caracteriza por distintos niveles de activación y de placer/desagrado (algunas personas experimentan más activación y placer ante un mismo estímulo que otras), que se asocia a experiencias subjetivas (algunas personas responderán con un tipo de afecto cualitativamente distinto a otras ante la misma situación), a sensaciones somáticas y a tendencias motivacionales (distintas personas tendrán distintos motivos), y que está teñida por factores

contextuales y culturales (cada cultura modela las experiencias afectivas de un modo característico). Tal y como ya hemos dicho también, la emoción puede regularse hasta cierto punto mediante procesos intra e interpersonales.

Tradicionalmente, los investigadores de la emoción se han centrado sobre todo en las características generales de las emociones comunes a todas las personas e incluso a distintas especies. Otros investigadores han estudiado las diferencias individuales en la experiencia de la emoción.¹

Reconocer y comprender estas diferencias resulta fundamental a la hora de implementar en la práctica clínica las conclusiones de la investigación sobre la emoción. En este capítulo reflexiono sobre la función del ambiente y de la diátesis de la persona en el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos emocionales. Dos de los elementos clave del modelo que presento aquí son el estilo afectivo de la persona, que puede llevar a la predominancia del afecto negativo y al déficit de afecto positivo, y las estrategias desadaptativas para afrontar el afecto negativo, que al final conducen a los trastornos emocionales.

Contexto cultural

Al tratar este tema, es importante que tengamos en cuenta el contexto de la persona. La orientación sexual, la cultura, el estatus socioeconómico y educativo, la historia de traumas, las discapacidades físicas, etc. son factores importantes que determinan el contexto concreto de cada persona. Como resulta imposible presentar de forma equilibrada y profunda todos estos factores en un solo libro, me centraré únicamente en uno de ellos: la influencia que la cultura ejerce sobre las emociones.

Los factores culturales influyen significativamente sobre el bienestar emocional.² La cultura es un contexto importante que modula las diferencias individuales en las experiencias emocionales. Una de las dimensiones importantes en que difieren las culturas es la del colectivismo/individualismo. El colectivismo describe una relación entre miembros de organizaciones sociales caracterizada por la interdependencia. En las culturas colectivistas, la máxima prioridad es la armonía del grupo y la ganancia individual se considera menos importante que la mejora del grupo social en su conjunto. Por el contrario, en las sociedades individualistas, el éxito y los logros individuales reciben la mayor recompensa y admiración social. Se ha demostrado que los contactos sociales

tienen funciones distintas en las sociedades individualistas y colectivistas.³ En las culturas individualistas, las emociones y los pensamientos individuales determinan más directamente la conducta, mientras que, en las culturas colectivistas, las normas sociales y las expectativas de rol ejercen un impacto considerable sobre la misma. Por lo tanto, la sensación subjetiva de bienestar y de felicidad es más dependiente del contacto social en las sociedades colectivistas en comparación con las individualistas. La correlación entre autoestima y satisfacción vital es mayor en las culturas individualistas que en las colectivistas.⁴

También existen diferencias individuales en la relación percibida entre congruencia (actuar de la misma forma en distintas situaciones y de acuerdo con los valores personales) y satisfacción vital. Por ejemplo, en Corea del Sur, la congruencia es mucho menos importante que en Estados Unidos. De hecho, los miembros de culturas colectivistas suelen recurrir a normas sociales para decidir si deberían estar satisfechos o no y tienen en cuenta las evaluaciones sociales de sus amigos y familiares a la hora de evaluar sus propias vidas.⁵ En comparación con las sociedades individualistas, las personas de culturas colectivistas tienen más probabilidades de seguir en matrimonios y empleos que no les hacen felices, posiblemente porque intentan conformarse a las normas sociales y, quizá, porque las personas con dificultades en su matrimonio o en su trabajo tienden a recibir más apoyo de los demás.⁶ Las personas difieren en sus orígenes culturales y en su educación, sobre todo cuando viven en sociedades multiculturales, como Estados Unidos. A pesar de las diferencias entre culturas (además de muchos otros factores), hay varias influencias comunes que determinan las diferencias individuales en la experiencia emocional. Las vulnerabilidades psicológicas y biológicas son una de estas influencias y las presento bajo el término más general de *diátesis*.

Diátesis

TEMPERAMENTO

El temperamento, que alude al carácter o a los rasgos de personalidad generales del individuo, es una diátesis general para las diferencias individuales en la regulación de las emociones. El temperamento más estudiado hasta la fecha es la

timidez. Estudios longitudinales en niños han demostrado que la respuesta de una persona ante situaciones novedosas o de estrés social es extraordinariamente constante a lo largo de los años, desde la primera infancia y hasta bien entrada la edad adulta.⁷ Y aún más: la activación de la amígdala (la estructura cerebral que media el miedo) en los adultos clasificados como tímidos en su primer año de vida era mayor ante rostros desconocidos frente a conocidos cuando se los comparaba con adultos a los que previamente se había categorizado como no tímidos.⁸

Los resultados demuestran que los factores genéticos determinan en gran medida algunos de los aspectos temperamentales y que estos son muy constantes a lo largo de toda la vida. Estos datos coinciden con la idea de que las personas que no son muy tímidas son capaces de modular su tono hedónico en una dirección positiva con más eficiencia que las personas más tímidas.

GRANULARIDAD EMOCIONAL

Existen diferencias individuales en el nivel de los afectos. Feldman Barrett⁹ introdujo el concepto de «granularidad emocional» para explicar las diferencias individuales en el modelo circunflejo de valencia-activación. La granularidad emocional es la capacidad de diferenciar estados emocionales y es una función de cómo la valencia y la activación se transforman en representaciones de emociones.¹⁰ Las personas con una granularidad elevada representan sus estados emocionales con mucha especificidad (es decir, son capaces de distinguir entre estados emocionales parecidos, como la ira y la irritación), mientras que las personas con una granularidad reducida representan sus estados emocionales en términos más globales (por ejemplo, todos los estados emocionales con valencia negativa se representan como «encontrarse mal»).

La granularidad emocional puede centrarse en la activación, en la valencia o en ambas. El «foco en la activación» se refiere a la cantidad de información sobre la activación o la intensidad (activación/desactivación) contenida en la representación de las emociones, mientras que el «foco en la valencia» alude a la cantidad de información sobre la valencia (agradable/desagradable) contenida en la representación de las emociones. Cuando informan verbalmente de sus emociones, las personas con un foco elevado tanto en la activación como en la

valencia incluyen información tanto sobre la valencia como sobre el grado de activación que experimentan. Estas personas son más capaces que otras de distinguir entre estados emocionales.

Aunque la granularidad emocional es muy importante en los trastornos emocionales, se ha investigado muy poco sobre ella en poblaciones clínicas. Algunos estudios han concluido que, a la hora de representar mentalmente el afecto, los pacientes con esquizofrenia¹¹ y con trastorno límite de la personalidad¹² se centraban más en la valencia y menos en la activación que las personas sin trastornos, lo que apunta a un mayor grado de desorganización en la representación de las emociones en los grupos clínicos.

ALEXITIMIA

Este concepto apareció en la literatura psicodinámica y psicosomática y se ha definido como la dificultad para identificar y describir emociones subjetivas; la dificultad para distinguir entre las emociones y las sensaciones corporales de la activación emocional; capacidades imaginativas limitadas, evidenciada en una escasez de fantasías, y un estilo cognitivo orientado al exterior.¹³ Más recientemente, se ha definido como déficits en el procesamiento cognitivo y en la regulación emocional.¹⁴

Se asume que las personas con un nivel elevado de alexitimia tienen dificultades para reflexionar sobre sus emociones y regularlas, así como para comunicar verbalmente su malestar emocional, por lo que no recurren a otros como fuentes de ayuda o de consuelo. Tienen dificultades para identificar y describir las emociones, minimizan las experiencias emocionales y tienden a centrar la atención en el exterior. Además, se asume que tienen unas capacidades imaginativas limitadas que reducen su capacidad para modular las emociones mediante la fantasía, los sueños, los intereses y el juego.

Parece que la alexitimia se asocia a estilos desadaptativos de regulación emocional, como darse atracones de comida o sufrir dolores de cabeza, y se asocia negativamente con conductas adaptativas, como reflexionar sobre las emociones perturbadoras e intentar entenderlas o hablar con alguien que pueda ofrecer consuelo.¹⁵ El constructo de inteligencia emocional incluye muchas de las habilidades cognitivas necesarias para identificar y autorregular las emociones con eficacia.

CLARIDAD EMOCIONAL

La claridad emocional es lo opuesto de la alexitimia y consiste en la conciencia y la comprensión de las emociones y de las experiencias emocionales propias, además de la capacidad para etiquetarlas correctamente.¹⁶ Los niveles elevados de claridad emocional se han relacionado con el afrontamiento adaptativo y el bienestar positivo,¹⁷ mientras que una claridad emocional reducida predice respuestas interpersonales desadaptativas ante el estrés y los síntomas depresivos en los jóvenes.¹⁸

También se ha visto que alentar a los pacientes a que etiqueten sus emociones tiene efectos terapéuticos beneficiosos. Kirkanski, Lieberman y Craske lo demostraron en un estudio¹⁹ en el que expusieron repetidamente a los pacientes a una araña viva. Se pidió a un grupo de pacientes que etiquetaran sus emociones; a los de otro grupo se les pidió que reevaluaran la situación; a los de un tercer grupo se les pidió que se distrajeran y un cuarto grupo no recibió ninguna instrucción específica durante la breve exposición al tratamiento. Una semana después, se volvió a testar a todos los pacientes en un contexto distinto y se les expuso a una araña diferente. El grupo que etiquetó las emociones presentó una mayor reducción de la respuesta galvánica de la piel en comparación con los otros grupos y mostró una tendencia marginalmente mayor a acercarse a la araña que el grupo de la distracción. Además, la reducción de la respuesta de miedo fue mayor en los pacientes que habían usado más palabras de ansiedad y de miedo.

Sin embargo, tal y como ya hemos comentado en el capítulo 1, las emociones, y especialmente en la práctica clínica, aparecen en sus formas puras en muy raras ocasiones y tienden a cambiar con el tiempo. Una muestra sería la respuesta ante la muerte de un familiar, que puede empezar como una tristeza y una soledad abrumadoras para convertirse en sensación de culpa por la ira y el resentimiento que sentimos porque nos han abandonado. Las emociones cambian tanto en intensidad como en cualidad (por ejemplo, la tristeza pierde intensidad gradualmente y es sustituida por otras emociones) y algunas emociones pueden suscitar otras (por ejemplo, la culpa por sentir ira hacia la persona fallecida o un afecto positivo, como alivio). Este sería el caso de las personas que sienten cierto alivio por la muerte de un ser querido: pueden experimentar malestar psicológico como consecuencia de esa emoción (lo que puede resultar, en algunos casos, en un duelo patológico).

En resumen, y tal y como hemos explicado en el capítulo 1, las emociones son «confusas y desordenadas» porque las experiencias emocionales suelen consistir en combinaciones de distintas emociones que pueden incluso ser contradictorias (por ejemplo, sentirse feliz, triste y orgulloso cuando un hijo se va de casa para ir a la universidad). Al igual que un cuadro, la experiencia emocional consta de múltiples colores y matices de distintas intensidades. A veces, un cuadro se compone de colores parecidos que difieren en intensidad. Otras, contiene colores opuestos. Del mismo modo, una experiencia afectiva puede componerse de emociones de valencia similar que se diferencian en el nivel de activación. En otras ocasiones, la experiencia puede comprender emociones con valencias aparentemente contradictorias (hay veces en que una misma experiencia emocional puede incluir afectos agradables y desagradables).

En la práctica: clarificar emociones

Si deseamos entender mejor el tipo de emociones que experimenta un paciente, nos puede resultar útil pedirle que las etiquete utilizando un gráfico circular. El círculo entero refleja la experiencia emocional al completo; los distintos segmentos son los elementos que componen la experiencia en un momento dado.

Imaginemos la experiencia emocional de una esposa cuyo marido, Bob, ha fallecido después de veinte años de matrimonio. Como en cualquier matrimonio, algunos aspectos fueron buenos, pero otros no tanto. La tristeza y la soledad por el fallecimiento son, sin duda, las emociones más aceptables socialmente. Sin embargo, es posible que incluso una esposa que amaba a su marido experimente sentimientos positivos asociados a su nueva libertad. Aunque quería a Bob, es posible que algunas de sus conductas ejercieran un efecto negativo sobre su vida. Por ejemplo, siempre quiso dedicarse a su afición como pintora, pero Bob no la apoyó nunca. Ahora tendrá la oportunidad de pintar y de convertirse en artista. Al mismo tiempo es una católica devota que está dispuesta a guardar un luto prolongado por su marido. Su alegría por la posibilidad de emprender su pasión puede suscitar emociones de culpa y vergüenza o incluso depresión y sentimientos negativos hacia sí misma. El gráfico circular para etiquetar las emociones (figura 2.1) puede ayudarla a aclarar sus emociones contradictorias en relación con la muerte de Bob.

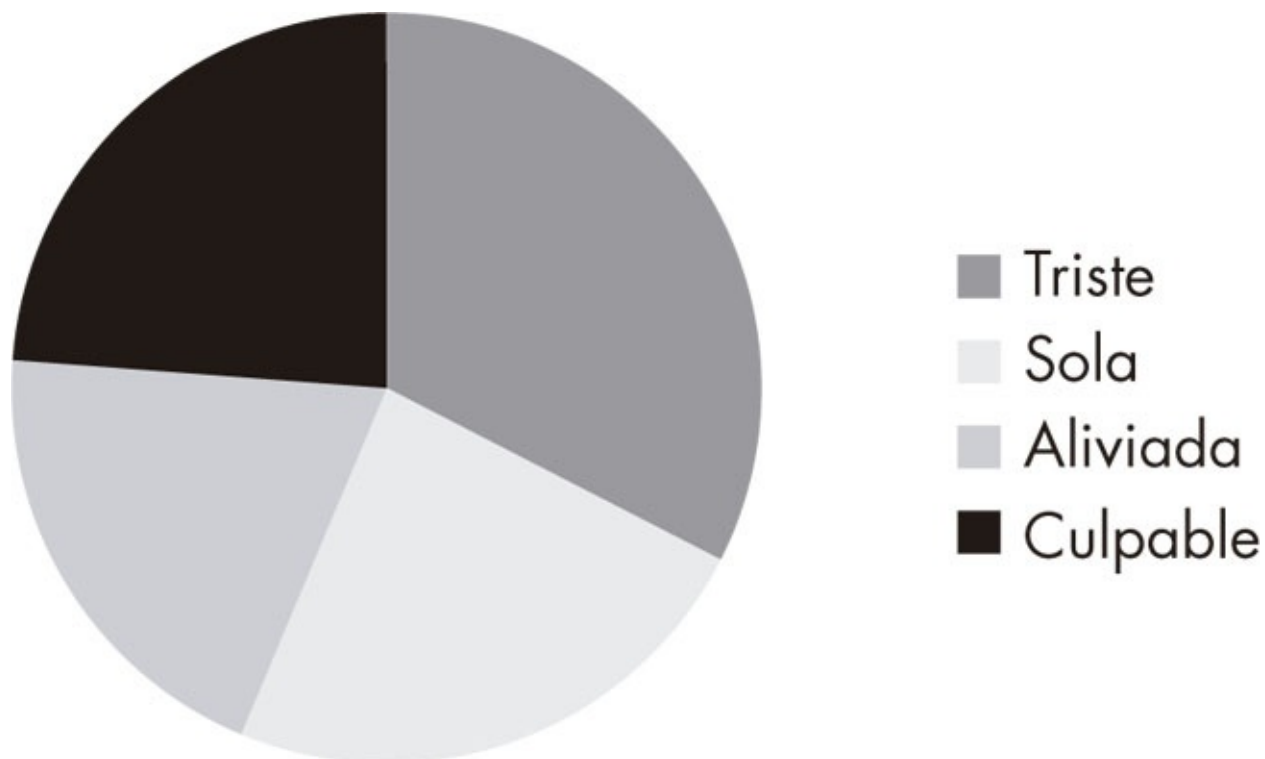


FIGURA 2.1. Emociones de la paciente en relación con la muerte de Bob.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

El término *inteligencia emocional* se refiere a la capacidad de identificar y etiquetar los estados emocionales propios y ajenos; la capacidad de expresar las emociones correctamente y de responder con empatía ante otros; y la capacidad de reflexionar sobre las emociones y usarlas de forma adaptativa. Hablando más en general, la inteligencia emocional incluye habilidades de las siguientes tres categorías de capacidades adaptativas: (1) evaluación y expresión de las emociones, (2) regulación de las emociones y (3) utilización de las emociones en la resolución de problemas.²⁰ En otras palabras, una persona con alta inteligencia emocional puede evaluar e interpretar rápida y correctamente una emoción, regular con eficacia sus propias emociones y usar las emociones para resolver problemas. La capacidad de evaluar y expresar una emoción requiere la percepción verbal y no verbal de las emociones y empatía; por su parte, utilizar las emociones para resolver problemas requiere la capacidad de planificar con flexibilidad, pensar creativamente y redirigir la atención y la motivación.²¹

Una formulación más reciente de la definición de inteligencia emocional pone mayor énfasis en sus elementos cognitivos, que proporcionan el potencial para el crecimiento intelectual y emocional.²² Esta conceptualización revisada de inteligencia emocional distingue cuatro componentes o ramas: (1) percepción; (2) evaluación y expresión de la emoción; (3) facilitación emocional de pensar, entender, analizar y emplear el conocimiento emocional; y (4) regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual. Cada rama se asocia a niveles de habilidades específicas que las personas adquieren en orden secuencial. Así, los componentes percepción, evaluación y expresión de la emoción se consideran los más básicos, mientras que la capacidad para regular las emociones de forma reflexiva sería el proceso más complejo.

Hay varios investigadores que comparten la idea de que la inteligencia emocional exige habilidades cognitivas, sociales y de comunicación específicas para entender y expresar emociones.²³ Algunas de estas emociones incluyen la alfabetización emocional, la aptitud emocional, la profundidad emocional y la «alquimia emocional».²⁴ La alfabetización emocional supone conocer las emociones propias y su funcionamiento; la aptitud emocional consiste en la flexibilidad y la resistencia emocional; la profundidad emocional es la intensidad emocional y el potencial para el crecimiento; y la «alquimia emocional» incluye la capacidad de usar la emoción para impulsar la creatividad.

TOLERANCIA AL MALESTAR

Hasta qué punto puede una persona tolerar el afecto negativo resulta clave para entender las diferencias individuales en las emociones. La tolerancia al malestar es la capacidad de experimentar estados internos desagradables sin que por ello nos sintamos abrumados o seamos incapaces de funcionar. Esta capacidad se asocia a distintas formas de psicopatología.²⁵ Las personas con escasa tolerancia al malestar tienen más probabilidades de aplicar estrategias emocionales de evitación y de represión para regular el afecto negativo. Por el contrario, las personas con una tolerancia al malestar elevada se muestran más dispuestas a experimentar un nivel superior de afecto negativo sin emplear estrategias de evitación. Parece que los ejercicios de atención plena, que alientan a la persona a experimentar el aquí y ahora de una manera abierta y con una actitud curiosa y

carente de juicio, son efectivos a la hora de regular el malestar, porque refuerzan la tolerancia de la persona al afecto negativo.²⁶ En el capítulo 7 trataremos más detalladamente estos ejercicios y también ejercicios de relajación sencillos que pueden ser eficaces a la hora de reducir la activación emocional.

Estilos afectivos

El término *estilos afectivos* alude a las diferencias interindividuales en el uso habitual de estrategias para gestionar la información emocional. Podemos identificar distintos estilos afectivos (o estrategias de afrontamiento).

AFRONTAMIENTO CENTRADO EN EL PROBLEMA FRENTE AFRONTAMIENTO CENTRADO EN LA EMOCIÓN

En general, podemos clasificar las estrategias de afrontamiento o bien como centradas en el problema o bien como centradas en la emoción. El afrontamiento centrado en el problema parece más apropiado en casos de estrés controlable (por ejemplo, el estrés derivado de aceptar demasiadas invitaciones para escribir artículos académicos), mientras que el afrontamiento centrado en la emoción parece más adecuado para el estrés que se percibe como no controlable (por ejemplo, el estrés derivado de verse expuesto a una agresión o a un desastre natural).²⁷

El caso de Mary y Scott nos servirá para ilustrar rápidamente la diferencia entre el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción. Mary y Scott están casados desde hace diez años. La relación es buena, pero Scott no colabora demasiado en casa y Mary se enfada mucho por ello de vez en cuando. A Scott, por su parte, le molesta que Mary ronque, porque le impide dormir por la noche, por lo cual ha desarrollado ira hacia su esposa. En la figura 2.2 encontraremos ejemplos sencillos de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y centradas en el problema.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO CENTRADOS EN LA EMOCIÓN

Dada la misma situación, algunos estilos afectivos tienen más probabilidades de conducir a un afecto positivo, mientras que otros tienen más probabilidades de conducir a un afecto negativo. Los estilos afectivos determinan la actitud general con la que las personas abordan el mundo emocional, del mismo modo que algunos esquemas cognitivos determinan las estimaciones de la probabilidad de que ocurra una catástrofe. Davidson y Begley²⁸ propusieron recientemente la existencia de seis dimensiones de estilo emocional, o continuos, y creen que la combinación de las posiciones de la persona en cada una de ellas da como resultado un estilo emocional global. El primer estilo es el «estilo de fortaleza emocional». Este estilo alude a lo rápida o lentamente que una persona se recupera de la adversidad. Algunas personas necesitan mucho tiempo para recuperarse, mientras que otras son capaces de recuperarse con rapidez.

El segundo estilo es el «estilo actitudinal». Alude al tiempo durante el que perdura el afecto positivo y se asocia a la propensión a ver el mundo de forma positiva o negativa. El tercer estilo es el «estilo de intuición social». Alude a la precisión con que una persona descodifica las señales no verbales de emoción en los demás. El cuarto estilo es el «estilo de autoconciencia» y alude a la precisión con que una persona descodifica las señales corporales internas de la emoción, como la frecuencia cardíaca y la tensión muscular. Hay personas que tienen una conciencia muy aguda de sus estados internos, mientras que otras no. La quinta dimensión es el «estilo contextual», que alude a la sensibilidad al contexto. A algunas personas se les da mejor y a otras peor modular sus respuestas emocionales de un modo adecuado al contexto. Por último, la sexta dimensión es el «estilo atencional», que refleja el hecho de que algunas personas se centran más en tareas concretas y son más capaces que otras de resistir los estímulos emocionales que podrían distraerlas de la tarea. Estos estilos emocionales están implícitos en muchos de los constructos y temas que abarca este libro.

| Problema | Afrontamiento centrado en el problema: orientado a reducir o eliminar el problema | Afrontamiento centrado en la emoción: orientado a cambiar la respuesta emocional ante el problema |
|---|--|--|
| <i>A Mary le molesta que Scott sea tan desordenado.</i> | Preparar un horario y asignar tareas concretas a Scott. | Hablar con Scott de cómo se siente, para tranquilizarse. |
| | Contratar a una señora de la limpieza para que limpie con regularidad. | Hablar de cómo se siente con una amiga o con un terapeuta. |
| <i>A Scott le irrita que Mary ronque.</i> | Llevar a Mary al médico para que le resuelva el problema de los ronquidos. | Hablar con Mary de cómo se siente, para reducir la ira. |
| | Dormir en otra habitación o usar tapones para los oídos. | Hablar acerca de su ira con un amigo o con un terapeuta. |

FIGURA 2.2. Ejemplos de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

Cuando el término *estilo* se limita a la regulación emocional (en lugar de a la emoción en general), la literatura identifica con regularidad la represión y otras estrategias orientadas a ocultar y evitar las emociones una vez han aparecido («estilo de ocultación»). Otras personas son más capaces de acceder a la información emocional y utilizarla de formas adaptativas para resolver problemas y son más capaces de modular la experiencia y la expresión emocionales en función de las exigencias contextuales.²⁹ Estas personas cuentan con las herramientas necesarias para reajustar o equilibrar las emociones con el fin de gestionar las recompensas y los castigos de la vida cotidiana («estilo de ajuste»). Finalmente, un tercer estilo refleja comodidad y una actitud no defensiva en respuesta a las experiencias emocionales activadoras tal y como existen en el momento presente. Este estilo, que incluye estrategias como la atención plena y la aceptación, permite tolerar emociones intensas («estilo tolerante»³⁰).

FLEXIBILIDAD EMOCIONAL

La flexibilidad emocional es la capacidad de ajustar las estrategias de regulación emocional a las demandas de una situación dada, para poder satisfacer o afrontar de forma efectiva dichas demandas.³¹ Las personas con esta capacidad se adaptan con flexibilidad a las dificultades o bien reprimiendo o bien intensificando su experiencia emocional (por ejemplo, reduciendo la intensidad de la activación afectiva o intensificando la valencia afectiva asociada a una emoción). La flexibilidad emocional está estrechamente relacionada con el término más general de *flexibilidad psicológica*, que es la capacidad de adaptarse a diversas demandas situacionales mediante la modificación de las actitudes o de las conductas.³² Por otro lado, se asume que es la flexibilidad de afrontamiento, más que la aplicación de cualquier estrategia de afrontamiento concreta, lo que predice mejor la adaptación exitosa a situaciones complejas.

Se ha visto que existen diferencias individuales en la tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento específicas ante distintos acontecimientos estresantes de la vida real a lo largo de un periodo de tres meses y en un entorno de laboratorio.³³ Aproximadamente el 30 % de los participantes mostraron un grado considerable de variabilidad en su calificación de estresores como deseables y en el grado en que percibían dichos estresores como controlables. También demostraron variabilidad en su despliegue de estrategias de afrontamiento basadas en el problema o basadas en la emoción.

Estas mismas personas presentaron un mejor ajuste diario y menos ansiedad y depresión a lo largo de una semana en comparación con personas que demostraron una adherencia rígida a una estrategia de afrontamiento concreta, independientemente de que estuviera centrada en la emoción o en el problema.³⁴ Del mismo modo, se ha constatado que la flexibilidad emocional se asocia a niveles reducidos de estrés subjetivo en personas que empezaban la universidad.³⁵

Desregulación del afecto negativo: rumiación, cavilación y preocupación

La rumiación, la cavilación y la preocupación son procesos cognitivos que intervienen en intentos desadaptativos de afrontar el estrés. Las tres actividades se caracterizan por procesos repetitivos que se centran en los síntomas, las

causas y las consecuencias del estrés.³⁶ El de rumiación es un constructo multifactorial que incluye la cavilación y la reflexión. La cavilación es la actividad cognitiva de centrarse en los síntomas del malestar, mientras que la reflexión insiste en esfuerzos activos para entender los problemas a los que uno se enfrenta.³⁷ Ambos elementos de la rumiación suelen correlacionarse con la depresión en análisis transversales, aunque la correlación de la cavilación es más fuerte.³⁸

La rumiación es un intento de gestionar acontecimientos pasados, mientras que la preocupación es una actividad cognitiva desadaptativa centrada en el futuro. La preocupación y la rumiación son, fundamentalmente, actividades verbales y, en menor medida, de la imaginación. Los procesos verbales y de la imaginación ejercen efectos diferentes sobre la respuesta psicofisiológica al material emocional. Por ejemplo, verbalizar una situación que nos da miedo suele inducir una respuesta cardiovascular menor que imaginar visualmente la misma situación, posiblemente porque la verbalización se utiliza como una estrategia de abstracción y distanciamiento. Esto sugiere que la actividad verbal durante la preocupación está menos íntimamente relacionada con los sistemas afectivos, fisiológicos y conductuales que las imágenes y que, por lo tanto, la verbalización podría ser un mal vehículo para procesar información emocional.³⁹ La preocupación ha llegado a conceptualizarse como una estrategia cognitiva de evitación. Así tenemos que la preocupación por llegar tarde al trabajo podría estar relacionada con el miedo a perder el empleo o con situaciones aún más catastróficas, como el paro de larga duración, la ruina, el divorcio, la pérdida de la vivienda, etc. Preocuparse por cuestiones menores podría ser una manera de evitar pensar en lo peor que podría pasar. La mejor manera de describir y procesar situaciones catastróficas es mediante imágenes visuales.

Parece que la preocupación se asocia a la intolerancia a la incertidumbre, un factor de vulnerabilidad cognitiva y una variable disposicional para la ansiedad crónica.⁴⁰ Las personas con niveles elevados de intolerancia a la incertidumbre suelen percibir muchas fuentes de peligro en su vida cotidiana cuando se enfrentan a situaciones inciertas o ambiguas. Sería el caso de una persona preocupada por la posibilidad de que algo imprevisto eche a perder su carrera profesional: puede sentir ansiedad y preocuparse excesivamente por diversas cuestiones como respuesta a dicha incertidumbre.⁴¹

Preocuparse, rumiar y cavilar derivan en estados afectivos negativos crónicos que tienden a agotar la energía de la persona, así como su capacidad

para afrontar de manera adaptativa dificultades situacionales, lo que a su vez exagera la experiencia del afecto negativo.⁴² Por lo tanto, el afecto negativo crónico tiende a perpetuarse a sí mismo. Por el contrario, el afecto positivo amplía el repertorio de pensamientos, conductas y capacidades ejecutivas funcionales a nuestra disposición.⁴³ Por ejemplo, los estudiantes universitarios que experimentan un afecto positivo tienen menos probabilidades de percibir diferencias raciales en rostros.⁴⁴ Los médicos que experimentan un afecto positivo tienen en cuenta más posibilidades antes de emitir un diagnóstico.⁴⁵ Y, durante las negociaciones de empresa, las personas con un estado de ánimo positivo tienen más probabilidades de tener en cuenta argumentos divergentes y de llegar a un compromiso mientras que las personas con un estado de ánimo más neutro tienden a llegar al final de la negociación sin haber logrado un acuerdo.⁴⁶

Afecto positivo

El afecto positivo tiende a asociarse a conductas de aproximación, mientras que el afecto negativo suele asociarse a tendencias de evitación.⁴⁷ Experimentar afecto negativo asociado a la tendencia a evitar situaciones nuevas y potencialmente peligrosas puede haber sido evolutivamente adaptativo, porque antaño resultaba más costoso aproximarse a una situación nueva y peligrosa que evitar una situación nueva e inofensiva. Como resultado, hay una mayor propensión a responder a información negativa que a información positiva. Esta tendencia se ha denominado «sesgo de negatividad».⁴⁸

La otra cara de la moneda es que la tendencia a la evitación inmuniza a los miembros de la especie ante experiencias novedosas, lo cual es un problema si las situaciones novedosas en cuestión son importantes para la supervivencia del individuo o de su descendencia y si, por lo tanto, suponen una ventaja evolutiva para la especie. El afecto positivo alienta conductas de aproximación y estimula la exploración y la curiosidad. Por lo tanto, es posible que la separación parcial del procesamiento afectivo positivo y negativo sea evolutivamente adaptativa, porque anima a los individuos de la especie a explorar situaciones y entornos nuevos, a pesar de la amenaza potencial que pueda haber asociada a esas situaciones.⁴⁹ En consecuencia, y desde un punto de vista evolutivo, es posible experimentar simultáneamente afecto positivo y afecto negativo.

El afecto positivo se relaciona estrechamente con el bienestar y la felicidad subjetivos. Aunque son difíciles de definir, solemos hacerlo en términos de la evaluación cognitiva y afectiva que hace el sujeto de su vida.⁵⁰ Durante mucho tiempo se ha asumido que el bienestar subjetivo es un estado temporal y que las personas jamás pueden alcanzar un estado definitivo y duradero de felicidad, porque sus expectativas aumentan a medida que lo hacen sus posesiones y logros. Por ejemplo, ganar un millón de euros en la lotería nos proporcionaría una gran alegría, pero acabaríamos por acostumbrarnos a nuestro nuevo estilo de vida lujoso y empezaríamos a compararnos con personas aún más ricas con un estilo de vida aún más lujoso que el que nosotros podemos permitirnos gracias al premio de lotería. Sucede lo mismo con otras posesiones, logros o éxitos que asociamos a la felicidad o con los que incluso llegamos a definirla. Esta búsqueda incesante de algo más hace de la felicidad un estado escurridizo, dinámico y transitorio. Como resultado, quedamos atrapados en una «cinta de correr hedónica»:⁵¹ independientemente de cuánto nos esforcemos y de lo lejos que lleguemos, jamás podremos alcanzar el estado de felicidad definitivo. Ahora bien, la infelicidad también es transitoria, porque al final acabamos por adaptarnos a las situaciones que en un principio han sido causa de infelicidad.

Aunque la «vitalidad» tiene mucho que ver con la felicidad, se trata de un constructo que no está muy bien definido y sobre el que no se ha investigado demasiado. La vitalidad se ha definido como «un estado emocional positivo y reparador asociado al entusiasmo y a la energía [y al que] podría considerarse tanto reparador como regenerador».⁵² Se asocia al afecto positivo y a una sensación general de alegría, energía para vivir y entusiasmo general.⁵³ Mejora la concentración, el desempeño intelectual, la capacidad de resolución de problemas y la inclinación a abordar retos nuevos.⁵⁴

Tal y como ya se ha dicho, predecir la felicidad es difícil. Las características demográficas (como género, ingresos, nivel educativo, estado civil, edad y religión) contribuyen poco a la felicidad y al bienestar subjetivos.⁵⁵ El bienestar subjetivo no cambia demasiado con la edad y hombres y mujeres tampoco difieren demasiado en su bienestar subjetivo. Las personas casadas informan de niveles de felicidad ligeramente superiores a los de personas solteras. El nivel educativo, la ocupación e incluso el nivel de ingresos solo correlacionan moderadamente con el bienestar subjetivo. No hay ninguna variable demográfica que pueda explicar por sí sola más del 3 % de la varianza en el bienestar subjetivo.

Por el contrario, parece que el bienestar subjetivo se asocia más estrechamente a rasgos de personalidad y sobre todo a los que están relacionados con la estabilidad y la tensión emocional. De hecho, las personas felices tienden a mantener relaciones sólidas,⁵⁶ demuestran resistencia y sienten que controlan sus propias vidas. En cambio, las personas con un estilo represivo o defensivo y las que perciben los acontecimientos como ajenos a su control tienden a ser infelices.⁵⁷ Son muchos los factores que contribuyen a la felicidad duradera. Algunos de ellos son la percepción de vivir una vida con significado y orientada a un objetivo importante para uno,⁵⁸ pertenecer a grupos sociales⁵⁹ y experimentar placer.⁶⁰ En el capítulo 7 se dedica una sección completa a la felicidad y al afecto positivo.

Trastornos emocionales

DEFINICIÓN

El término *trastorno emocional* no es una categoría diagnóstica reconocida oficialmente y suele emplearse como sinónimo de *trastorno afectivo* para incluir los diagnósticos bajo los epígrafes de *trastornos del estado de ánimo y de ansiedad*. El término *trastorno emocional* implica que una emoción está «trastornada» (es decir, que no funciona bien) o es anormal (está fuera de la norma), porque se hace notar, ya sea en relación con los demás o en relación con la experiencia o el funcionamiento habitual de la persona. Sin embargo, ¿cuándo son normales las variaciones en la experiencia emocional y cuándo están trastornadas y son anormales?

Al igual que sucede con cualquier otro trastorno mental, cuesta clasificar, y todavía más definir, los trastornos emocionales. Para el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V),⁶¹ la clave está en que un trastorno (sea lo que sea que esté trastornado) debe causar un malestar importante y/o interferir significativamente en la vida cotidiana de la persona. Jerome Wakefield⁶² ofreció una definición de trastorno mental que se ha hecho muy popular. Según dicha definición, hablamos de trastorno cuando se trata de una «disfunción perjudicial». Es perjudicial porque provoca consecuencias negativas para la persona o para la sociedad, y es una disfunción porque impide que la persona desempeñe funciones naturales tal y como establece la evolución.

Por ejemplo, el miedo a volar es perjudicial, porque interfiere en la vida de la persona complicándole los planes de viaje. Además, es disfuncional, porque evitar el transporte aéreo no resulta adaptativo en nuestra sociedad actual. Sin embargo, la crítica de McNally⁶³ a esta definición resulta convincente. Ha afirmado que la «disfunción» no puede definirse únicamente por la biología o la evolución, sino que los valores y las normas influyen también en cómo juzgamos tanto lo disfuncional como lo perjudicial. En lugar de asociar el término *disfunción* a la evolución, afirma que la definición de *disfunción* sería más significativa si se asociara al entorno sociocultural de la persona en lugar de a la importancia evolutiva asignada a la conducta, porque en muchas ocasiones resulta muy difícil determinar la segunda.

Otros teóricos llevan aún más lejos la relatividad de los trastornos mentales según el contexto social y llegan a cuestionar el sentido de definir problemas como trastornos mentales a no ser que haya correlatos biológicos evidentes del trastorno. Uno de los primeros y más elocuentes defensores de esta postura fue Thomas Szasz.⁶⁴ Szasz entiende que las definiciones actuales de los trastornos psiquiátricos son constructos arbitrarios formados por la sociedad y sin una base empírica clara.

Según Szasz, los problemas psiquiátricos, incluyendo los trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad, no son más que etiquetas que la sociedad, y no autoridades médicas, han asignado a experiencias humanas normales. Como resultado, las mismas conductas que en una cultura se entienden como expresión de un trastorno emocional pueden resultar normales o incluso deseables en otra cultura o en otro momento de la historia. Aunque Szasz tiene razón cuando dice que los problemas psicológicos están estrechamente relacionados con el contexto histórico y sociocultural de la persona, eso no basta para concluir que los trastornos psicológicos son etiquetas sin sentido y sin base empírica. La historia de la medicina está repleta de ejemplos de trastornos que muestran un síndrome característico sin que se pueda asociar a correlatos biológicos específicos. Las primeras investigaciones sobre la diabetes son un ejemplo claro de ello. Muchos años después de que se definiera como síndrome, se descubrió que la enfermedad era consecuencia del desequilibrio de la insulina. Según la categórica formulación de Szasz, la diabetes no debería haberse definido como enfermedad hasta que se descubrió la causa de la misma.

En el otro extremo nos encontramos con la creencia de que los trastornos emocionales son entidades médicas diferenciadas con características únicas que

pueden hallarse o bien en la historia personal o bien en la biología. Por ejemplo, los psicoterapeutas de orientación psicoanalítica creen que los trastornos emocionales hunden sus raíces en los conflictos interpersonales, como la relación con el padre o la madre. Según las ideas freudianas, estos conflictos suelen derivar en la represión de deseos, impulsos, pensamientos, emociones o deseos. Los psicoterapeutas psicodinámicos más modernos, orientados al *insight*, suelen dar una importancia relativamente mayor a conflictos existentes o no resueltos, más que a las experiencias de la primera infancia. El único problema con las ideas psicodinámicas y psicoanalíticas es que, incluso después de más de cien años, cuentan con muy poco apoyo empírico (si es que cuentan con alguno).

Para terminar, los terapeutas biologicistas tienden a creer que los trastornos emocionales son entidades biológicas. Desde esta perspectiva, los trastornos mentales son consecuencia directa de factores biológicos concretos, como disfunciones en ciertas regiones cerebrales o desequilibrios de neurotransmisores específicos (moléculas que transmiten señales de una neurona a otra). Por ejemplo, se ha visto que la serotonina, un neurotransmisor, interviene en la ansiedad y en la depresión. Por lo tanto, muchos psiquiatras biologicistas creen que el déficit de serotonina es la causa de varios trastornos emocionales. Más recientemente, los investigadores están intentando determinar si hay genes específicos que contribuyan a los trastornos emocionales y a otros problemas de salud mental.⁶⁵

No está claro que manipular genes específicos (o incluso neurotransmisores) pueda llevar a mejoras evidentes a corto y a largo plazo en los problemas emocionales. Además, localizar el sustrato biológico de un estado emocional no basta para explicar ese estado emocional. Podríamos argumentar que identificar correlatos biológicos no proporciona respuestas, porque lo único que se consigue es trasladar del plano psicológico al biológico la pregunta de cuál es la causa de una emoción. La verdadera «razón» para el malestar emocional sigue siendo desconocida (no existe un modelo heurísticamente útil que explique y prediga el procesamiento y la regulación de estímulos emocionalmente salientes).

Del mismo modo, tampoco podemos concluir de forma directa que la depresión sea consecuencia de un déficit de serotonina, a pesar de que exista relación entre ambas cosas y de que tomar inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ayude a aliviar la depresión. Es obvio que un modelo de la depresión basado en la serotonina sería excesivamente simplista,

porque los ISRS no siempre mejoran los síntomas depresivos; es más, otras medicaciones que apuntan a otros neurotransmisores son igualmente (y moderadamente) efectivas en el tratamiento de la depresión y de otros trastornos emocionales.

La manera más razonable y con más apoyo empírico de entender la base de los trastornos emocionales parece ser un modelo que tenga en cuenta la predisposición genética que la persona pueda tener para el trastorno, las influencias sociales que ejercen un impacto sobre dicha predisposición y otros factores ambientales en el desarrollo de la misma. Los trastornos emocionales son problemas reales y tratables, no meras palabras que se asignan a constructos arbitrarios concebidos por el hombre ni el resultado de un desequilibrio de sustancias neuroquímicas.

EL MODELO DIÁTESIS-ESTRÉS

Aunque son varios los factores de diferencia individual que pueden contribuir al desarrollo de trastornos emocionales, hay que tener en cuenta que los factores desencadenantes (las «razones» por las que aparecen los problemas emocionales) suelen ser distintos a los factores que mantienen los problemas. Además, los factores desencadenantes son relativamente poco relevantes a la hora de aplicar estrategias de tratamiento efectivas, porque no proporcionan información ni necesaria ni suficiente para el tratamiento. Del mismo modo que conocer el «motivo» de un brazo roto (accidente de esquí, atropello) apenas tiene importancia a la hora de decidir cuál es el tratamiento adecuado (escayolar el brazo). A pesar de que los problemas psicológicos son claramente más complicados que un brazo roto, lo cierto es que un mismo estresor puede ejercer efectos diferentes en distintas personas, en función de los recursos personales de que dispongan y de las estrategias de afrontamiento específicas que apliquen. En la mayoría de los casos, los estresores ejercen un impacto inespecífico sobre el bienestar psicológico y emocional; sin embargo, en un grupo reducido de personas, esos mismos estresores pueden ocasionar problemas emocionales en función de sus diátesis (vulnerabilidades) específicas.

La diátesis individual de una persona viene determinada principalmente por su predisposición a desarrollar un problema específico cuando se ve expuesta a estresores concretos. Esta relación se conoce como el «modelo de diátesis-

estrés» de psicopatología. Las formulaciones más recientes de este modelo identifican múltiples vulnerabilidades. Por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad, Barlow⁶⁶ formuló un modelo de vulnerabilidades triple, que incluye una vulnerabilidad biológica y hereditaria, una vulnerabilidad psicológica general basada en las experiencias tempranas a la hora de desarrollar una sensación de control sobre acontecimientos destacados y una vulnerabilidad psicológica más específica por la que se aprende a centrar la ansiedad en objetos o situaciones específicas.

El modelo de diátesis-estrés es una teoría ampliamente reconocida del desarrollo de los trastornos psicológicos y emocionales. Sin una diátesis, es posible que el problema no se desarrolle nunca. Sin embargo, conocer el mapa genético de una persona no nos dice si desarrollará o no una enfermedad concreta. La presencia de un gen no hace más que aumentar la probabilidad de desarrollar un trastorno emocional. Se estima que hay más de 20.000 genes codificadores de proteínas en el ADN humano. Identificar cuáles de ellos predisponen a algunas personas a desarrollar problemas emocionales es una tarea para las próximas generaciones de investigadores. Sin embargo, aunque conociéramos la identidad y las combinaciones de dichos genes, seguiría siendo muy difícil predecir quién desarrollará y quién no un problema emocional. Además de la composición genética de la persona, necesitaríamos saber si se ha visto expuesta a determinadas influencias ambientales, como estresores, y de qué estrategias de afrontamiento dispone a la hora de enfrentarse a dichos estresores.

Para complicar aún más las cosas, el campo en desarrollo de la epigenética sugiere que hay experiencias ambientales que pueden provocar la expresión o a la desactivación de ciertos genes, lo cual puede provocar cambios a largo plazo en los rasgos de una persona que, además, pueden transmitirse a generaciones futuras. En otras palabras, parece que los estresores en una generación pueden afectar no solo a los estados psicológicos y emocionales de una persona concreta, sino también a los de sus descendientes.

Dada esta complejidad, Barlow ha presentado recientemente una ampliación de su modelo de diátesis-estrés⁶⁷ que destaca las interacciones continuadas, complejas y dinámicas entre los genes y el ambiente que tienen lugar durante toda la vida. Este investigador integra elementos genéticos, neurobiológicos y ambientales para ofrecer una postura enriquecida desde la que ampliar nuestro conocimiento del desarrollo de los trastornos mentales, especialmente del neuroticismo.

En el caso de los trastornos emocionales, asumimos que una diátesis concreta determina si y cómo se procesa un acontecimiento externo relevante para el afecto. Sin esta diátesis es muy improbable que la persona experimente un trastorno emocional. La diátesis individual determina el estilo afectivo que la persona adoptará para afrontar el acontecimiento externo. Y, en función de su estilo afectivo, la persona adoptará una de dos respuestas afectivas generales: o bien experimentará un afecto predominantemente positivo o predominantemente negativo o bien no experimentará ni lo uno ni lo otro (es decir, presentará un afecto plano). El trastorno emocional puede desarrollarse si el afecto positivo es insuficiente y predomina un afecto negativo desregulado. Cabe recordar que, en algunos casos, es posible que el trastorno se desarrolle a partir de un afecto positivo desregulado (como en la manía); sin embargo, podría argumentarse que la naturaleza del afecto positivo es cualitativamente distinta en las personas con manía que en las personas sanas y felices. La figura 2.3 resume el modelo general que integra los distintos factores que hemos comentado.

APLICACIÓN CLÍNICA

Centrarse en las emociones puede mejorar la eficacia de la terapia⁶⁸ y guiar la ciencia clínica hacia enfoques transdiagnósticos innovadores⁶⁹ y basados en evidencias empíricas sólidas en lugar de en tradiciones u orientaciones terapéuticas. Más concretamente, la manera más efectiva de tratar los trastornos emocionales según este modelo es (1) redirigir la atención a acontecimientos que no provoquen malestar emocional y promuevan un afrontamiento adaptativo; (2) modificar el estilo afectivo; (3) reducir el afecto negativo; (4) aumentar el afecto positivo, lo que puede iniciar una inercia positiva incompatible con el trastorno emocional; (5) centrarse en la desregulación afectiva; (6) reevaluar el contexto en que ocurre el malestar emocional; y (7) interrumpir los bucles de retroalimentación entre el trastorno emocional y la desregulación del afecto negativo, la experiencia de afecto negativo y el estilo afectivo.

El primer paso a la hora de tratar trastornos emocionales es entender la función que desempeñan las emociones en la vida de una persona. Por lo tanto, es importante explorar el mundo emocional del paciente mediante una evaluación exhaustiva, lo cual se consigue gracias a técnicas de entrevista guiada, escucha reflexiva y preguntas empáticas. La figura 2.4 es una «chuleta»

para terapeutas y contiene una lista de ejemplos de preguntas clave y de áreas de especial importancia. Esta información será valiosa para el terapeuta a la hora de planificar la terapia.

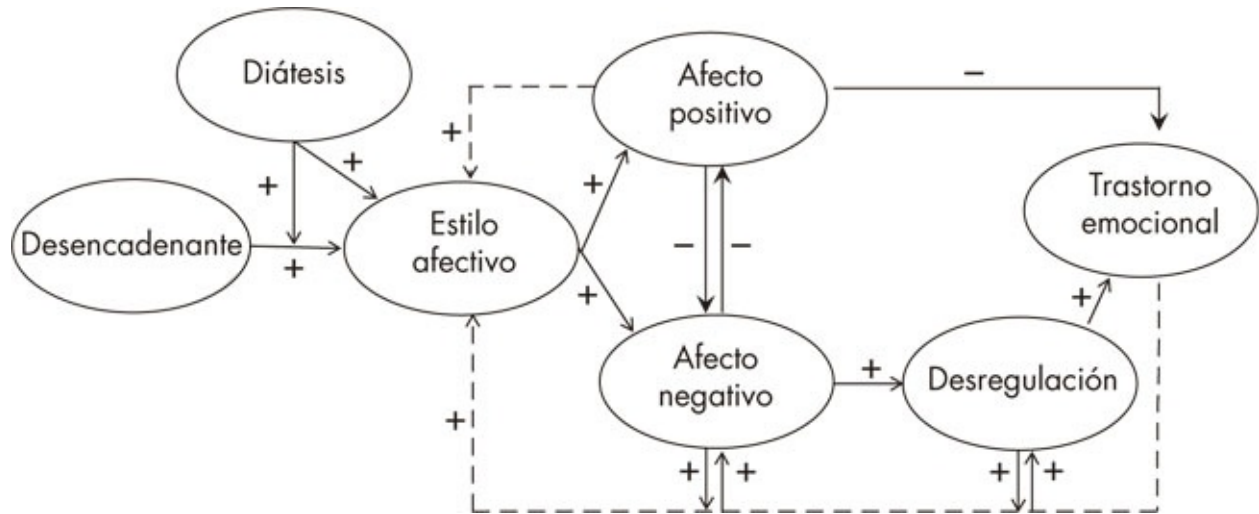


FIGURA 2.3. Un modelo de diátesis-estrés de los trastornos emocionales.

El ejemplo siguiente es un diálogo entre una paciente, Sarah, y su terapeuta hacia el final de la tercera sesión. La consulta se ha producido a causa de una depresión severa. Sarah tiene 52 años, es empresaria, está casada y tiene 2 hijos. Al principio del tratamiento, se hizo evidente que aún no ha superado la muerte de su madre, hace ahora 4 años. Sarah y su familia decidieron ingresar a su madre, que presentaba principio de demencia, en una residencia. Durante la sesión, Sarah manifestó espontáneamente afecto negativo y proporcionó ejemplos de su afecto negativo desregulado (insertado en el diálogo).

| Elementos del modelo | Algunas preguntas clave | Consideraciones especiales |
|------------------------|---|--|
| Acontecimiento externo | ¿Qué acontecimiento (o acontecimientos) es el desencadenante probable del malestar emocional? | Hablar sobre el pasado para identificar posibles pautas recurrentes. |
| Diátesis | A partir de la historia del paciente, ¿cuáles son sus factores de vulnerabilidad? | Considerar el temperamento (nivel de timidez), la granularidad emocional, la alexitimia, la inteligencia emocional y la tolerancia al malestar del paciente. |
| Estilo afectivo | ¿Cuál es el estilo afectivo predominante del | Considerar el afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción y los estilos de |

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| | paciente? | afrontamiento basado en la emoción. Valorar también la flexibilidad emocional del paciente. |
| Desregulación del afecto negativo | ¿Muestra el paciente un afecto negativo desregulado? | Evaluar especialmente la tendencia del paciente a rumiar, cavilar y preocuparse. |
| Afecto positivo | ¿Cuál es el nivel de felicidad, vitalidad y calidad de vida del paciente? | Explorar los factores que influyen negativamente sobre el afecto positivo y la satisfacción con la vida del paciente. |

FIGURA 2.4. «Chuleta» del terapeuta para la planificación de la terapia.

En la práctica: explorar emociones

TERAPEUTA: ¿Sigues pensando en tu madre?

SARAH: Sí, cada día. Siempre está conmigo.

TERAPEUTA: ¿Y qué sientes cuando piensas en tu madre?

SARAH: La echo mucho de menos. La quería mucho.

TERAPEUTA: ¿Tenías algún sentimiento negativo hacia ella?

SARAH: Bueno, era una persona maravillosa, pero también era bastante controladora y discutíamos con frecuencia. *[Expresión de afecto negativo.]*

TERAPEUTA: Así que te enfadabas con ella.

SARAH: Sí, me frustraba y a veces me enfadaba. Además, hacia el final se volvió muy difícil. *[Expresión de afecto negativo.]*

TERAPEUTA: La querías y la echas de menos, y al mismo tiempo te enfadaba y también sentiste algo de alivio cuando murió, ¿es correcto?

SARAH: Sí, suena terrible, pero sí. Al final costaba mucho cuidar de ella.

TERAPEUTA: Puedo imaginarlo. Has comentado que hacia el final la demencia empeoró mucho, ¿no?

SARAH: Sí, la personalidad le cambió. Toda su vida había sido una mujer muy fuerte y se volvió muy dependiente.

TERAPEUTA: ¿Emocionalmente?

SARAH: Sí, y también manipuladora.

TERAPEUTA: ¿Manipuladora? ¿Podrías desarrollarlo un poco?

SARAH: Se las apañaba para conseguir lo que quería, aunque fuera a costa de los demás.

[El terapeuta explora ejemplos concretos.]

TERAPEUTA: Veo que pensar en tu madre te despierta muchas emociones distintas. Aunque la querías, también sentiste cierto alivio cuando se fue. Y es probable que eso te haga sentir culpable.

SARAH: Por supuesto. Me siento muy culpable. También me siento culpable porque hubiera querido quedarse con nosotros. *[Expresión de afecto negativo.]* No soportaba la residencia, pero yo no podía. Hubiera roto mi matrimonio. Todos consideramos que era mejor ingresarla en una residencia.

TERAPEUTA: Así que te sientes culpable, porque ella esperaba trasladarse a tu casa, pero en lugar de eso la ingresaste en una residencia. *[Desregulación del afecto negativo.]*

SARAH: Sí.

TERAPEUTA: Entiendo que sintieras emociones encontradas hacia tu madre. Es obvio que os queráis muchísimo, pero en la relación también había ira y frustración. Y esas emociones pueden causar otras. Por ejemplo, la ira hacia un ser querido que ha muerto puede generar sensación de culpa. Así que entiendo por qué tienes emociones contradictorias hacia tu madre. Tiene que ser complicado. Como parte de la terapia, me gustaría ayudarte a aclarar esas emociones un poco más. Los sentimientos y las emociones son algo muy humano y pueden ser muy complejas y complicadas. De hecho, es muy normal sentir numerosas emociones distintas hacia una persona que nos importa mucho. Es muy probable que no haya ni una sola relación con una persona que nos importa que sea sencilla y unidimensional. De hecho, podríamos argumentar que, si la relación emocional hubiera sido sencilla y directa, lo más probable es que la relación hubiera sido superficial. Las relaciones profundas y significativas tienden a generar respuestas emocionales complejas. En el primer paso, lo importante es reconocer esta complejidad y aceptar que está bien experimentar afecto negativo hacia personas que nos importan mucho y también hacia personas a las que queremos. ¿Tiene sentido lo que digo?

Dada la variabilidad entre percepción, experiencia y expresión emocional de las personas, también es importante explorar los recursos psicológicos y sociales existentes, así como las habilidades sociales. Esto se ilustra en una sesión posterior con Sarah. La siguiente instantánea de la terapia corresponde a la quinta sesión. A medida que el terapeuta indagaba en busca de habilidades de afrontamiento concretas, Sarah expresó muchos más ejemplos de situaciones en que su afecto negativo se desregulaba.

En la práctica: explorar la salud emocional

TERAPEUTA: ¿Cómo has ido llevando la muerte de tu madre?

SARAH: Bien, creo.

TERAPEUTA: ¿Podrías explicarte un poco más?

SARAH: ¿Qué quieres decir con lo de llevar su muerte?

TERAPEUTA: ¿Cómo te encuentras emocionalmente en relación con su muerte? Mencionaste que aún sentías varias emociones distintas y que, en ocasiones, resultaban abrumadoras. También mencionaste que cuando murió sentiste tristeza pero también alivio y mucha culpabilidad. ¿Cómo estás afrontando esas emociones?

SARAH: Intento que no me afecten. *[Desregulación del afecto negativo.]*

TERAPEUTA: ¿Que no te afecte alguna emoción en particular?

SARAH: La culpa, sobre todo. *[Expresión de afecto negativo.]* Siento que la defraudé cuando no la traje a vivir conmigo. *[Expresión de afecto negativo.]* Pero todos estuvimos de acuerdo en que hubiera resultado demasiado difícil, por la demencia de mi madre.

TERAPEUTA: Y es posible que parte de la culpa que sientes hoy tenga que ver con la sensación de alivio, ¿puede ser?

SARAH: Sí, seguro. Quería a mi madre, pero hacia al final se volvió muy difícil. *[Expresión de afecto negativo.]*

TERAPEUTA: Me lo imagino. ¿Y qué has hecho para gestionar esa sensación de culpa?

SARAH: Intento no sentirla. *[Desregulación del afecto negativo.]*

TERAPEUTA: ¿Y cómo lo haces?

SARAH: Alejo la emoción de mí. *[Desregulación del afecto negativo.]*

TERAPEUTA: ¿Y qué más? ¿Qué otras estrategias has usado? ¿Hay algún amigo o familiar en quien puedas apoyarte?

SARAH: No. Mi hermana no ha ayudado en nada. Y no quiero molestar a mis amigos. *[Desregulación del afecto negativo.]*

Este breve diálogo ha explorado los recursos emocionales con que cuenta Sarah en la actualidad. Parece obvio que Sarah usa la represión como estrategia de regulación emocional y que se siente muy poco apoyada por el resto de la familia. Tampoco cree que los amigos sean una fuente de apoyo adecuada.

En resumen, Sara (1) experimenta un nivel elevado de afecto negativo y de depresión; (2) experimenta un nivel bajo de afecto positivo; (3) tiene problemas para describir e identificar sus emociones; (4) suele reprimirlas y ocultarlas ; y (5) tiene dificultades para ajustar y tolerar esas emociones. En los siguientes capítulos hablaremos de estrategias específicas que abordan la disfunción y la desregulación emocional del paciente.

Síntesis de aspectos con relevancia clínica

- El modelo de diátesis-estrés integra factores biológicos, ambientales, sociales y psicológicos. Hay una diferencia crucial entre los factores desencadenantes (las razones por las que ha aparecido el problema) y los factores de mantenimiento (las razones por las que el problema persiste). Estos factores suelen ser distintos y la única manera de tratar efectivamente los trastornos emocionales suele ser modificar los factores de mantenimiento.

- Los factores que contribuyen a la diátesis son: diferencias temperamentales, granularidad emocional, alexitimia, claridad emocional, inteligencia emocional y tolerancia al malestar.
- Los estilos afectivos son diferencias interindividuales en el uso habitual de estrategias para afrontar la información emocional. Incluyen estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción, distintos estilos de afrontamiento centrado en la emoción y flexibilidad emocional.
- La rumiación, la cavilación y la preocupación son ejemplos de afecto negativo desregulado. Junto a un déficit de afecto positivo, estos factores pueden conducir a trastornos emocionales.
- El afecto positivo y el afecto negativo interactúan, pero son más que meros polos opuestos. El afecto positivo suele consistir en estados transitorios y relativamente cortos que aportan energía y tienden a la aproximación, mientras que el afecto negativo es un sentimiento crónico orientado a la evitación que suele agotar la energía y conduce a un problema que se perpetúa a sí mismo.
- Es importante tener en cuenta el contexto social y cultural a la hora de entender y tratar los trastornos emocionales. En las sociedades colectivistas (culturas que refuerzan la interdependencia entre sus miembros), el contacto social ejerce una mayor influencia en la felicidad personal que en las sociedades individualistas.

CAPÍTULO 3

MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN

La motivación y la emoción están estrechamente relacionadas. Cuando alcanzamos un objetivo que deseamos, sentimos alegría y satisfacción. Por el contrario, si no conseguimos la recompensa esperada, sentimos frustración e ira. Debido a la estrecha relación entre emoción y motivación, algunos investigadores de esta última han definido operativamente las emociones como estados suscitados por recompensas o castigos.¹ Una recompensa es cualquier cosa que nos esforzamos por conseguir; un castigo es cualquier cosa que deseamos evitar o eludir y aparecerán emociones diferentes en función de si recibimos o evitamos la recompensa o el castigo. Por ejemplo, evitar un castigo suscita alivio; recibir una recompensa proporciona placer; recibir un castigo suscita aprensión; y no conseguir una recompensa provoca frustración.²

Además, algunos investigadores diferencian distintos sistemas motivacionales asociados a emociones específicas. En el caso de Panksepp y Biven,³ nos hablan de varios sistemas primarios asociados al afecto positivo, como el sistema de la búsqueda, el sistema del deseo o el sistema del juego, y de otros sistemas asociados a emociones negativas, como el sistema del pánico. Este capítulo explora más detalladamente la relación entre la emoción y la motivación.

La relación entre la motivación y la emoción

En el capítulo 1 he definido la emoción como una experiencia multidimensional que se caracteriza por distintos niveles de activación y de placer-desagrado y que está asociada a experiencias subjetivas, experiencias somáticas y tendencias motivacionales (entre otros factores). Por lo tanto, la motivación forma parte de la definición de emoción.

Lo que sucede es que las tendencias motivacionales son más obvias en algunas emociones que en otras: la emoción y la motivación se asocian de un modo más evidente en los trastornos del estado de ánimo, sobre todo en la depresión, y en las adicciones, como el trastorno por abuso de sustancias, la ludopatía o los trastornos de la alimentación. La motivación puede ser intrínseca o extrínseca y suele definirse como el impulso de actuar de un modo concreto para avanzar hacia una dirección específica y alcanzar un objetivo determinado. La motivación intrínseca se refiere a la motivación impulsada por el interés y el placer que la persona siente por el mero hecho de realizar la actividad, mientras que la motivación extrínseca depende del deseo de lograr una recompensa externa o de evitar un castigo. La consecución de un objetivo se asocia al afecto positivo y la no consecución del mismo al afecto negativo. Por lo tanto, entre la motivación y el afecto hay una relación causal. Además, la emoción puede afectar a la motivación. Por ejemplo, un estudio prospectivo concluyó que las habilidades de regulación emocional pretratamiento predecían el consumo de alcohol durante el tratamiento psicológico para el problema de consumo y que las habilidades de regulación emocional postratamiento predecían el consumo de alcohol durante el seguimiento.⁴ El estudio también demostró que lo que predice el consumo de alcohol posterior es la capacidad de tolerar el afecto negativo.

En el caso de los trastornos de alimentación, la omnipresente presión sociocultural para estar delgados conduce a extremos en la insatisfacción con el propio cuerpo, en la internalización del ideal de delgadez promovido por los medios de comunicación y en las dietas (todos ellos son factores de riesgo para las conductas bulímicas y de atracones). Por otro lado, el sobrepeso también conlleva riesgos. La terapia cognitivo-conductual, que en la actualidad se considera una opción de tratamiento de primera línea,⁵ aborda algunos de estos factores, como la restricción de la ingesta y la preocupación externa por el peso y la forma.

También se ha reconocido la importancia de la afectividad negativa como factor de riesgo por sí misma. En concreto, el «modelo del proceso dual de la ingesta excesiva» es una teoría popular de los trastornos de alimentación. Este modelo asume que el afecto negativo y la restricción de la ingesta median la relación entre la insatisfacción con el cuerpo y la ingesta excesiva.⁶ En concreto, el modelo del proceso dual propone que la restricción de la ingesta y el afecto negativo son los mecanismos finales por los que las presiones socioculturales para estar delgado, expresadas por la familia, los iguales y los medios de

comunicación, llevan a la insatisfacción con el propio cuerpo y esto, a su vez, fomenta el desarrollo de conductas problemáticas relacionadas con la comida, como la bulimia o los atracones. El primer proceso que lleva a los atracones es la restricción de la ingesta; el segundo es la influencia de la ingesta sobre el afecto negativo, como la depresión. La restricción de la ingesta se ha asociado a la bulimia nerviosa. La restricción de la ingesta es uno de los criterios diagnósticos para los trastornos de la alimentación, junto a la preocupación por el peso y la preocupación por la comida. El afecto negativo asociado a la ingesta es otro criterio diagnóstico para los trastornos de la alimentación. El modelo asume que las personas con bulimia usan los atracones y los vómitos para regular los estados de ánimo negativos. Este modelo coincide con conclusiones que demuestran que los pacientes con bulimia que habían limitado su ingesta respondieron significativamente mejor al tratamiento cognitivo-conductual que los clasificados como un trastorno mixto de restricción-depresión.⁷

Una versión ampliada del modelo de proceso dual propone que la relación entre el afecto negativo y la ingesta excesiva no es directa, sino indirecta, como consecuencia de un déficit de conciencia interoceptiva y de una ingesta emocional.⁸ En concreto, este modelo asume que la relación entre la insatisfacción con el propio cuerpo y la ingesta excesiva se explica porque el afecto negativo consecuencia de la insatisfacción con el propio cuerpo tiene que ver con una conciencia reducida de las emociones personales y con el hecho de comer mientras se gestiona el afecto negativo lo que, a su vez, se asocia con la ingesta excesiva. Las investigaciones publicadas proporcionan apoyo empírico a la conclusión de que los factores socioculturales son factores de riesgo importantes y de que el afecto negativo predice el mantenimiento de la patología de la alimentación.⁹

Los déficits en habilidades de regulación emocional son otro factor de riesgo claro para el mantenimiento de los problemas de estado de ánimo y de ansiedad. En concreto, parece que las habilidades de regulación emocional predicen negativa y unidireccionalmente (y más que los efectos de la gravedad de la depresión¹⁰ y la ansiedad¹¹ iniciales) la severidad de los síntomas subsiguientes en un periodo de cinco años. La aceptación, la tolerancia y la voluntad de confrontar las emociones tenían los mayores efectos predictivos para los síntomas de la ansiedad, mientras que el déficit de cualquier habilidad predecía síntomas de depresión.

La mejora de los déficits también reduce el malestar emocional, como se

constató en un estudio prospectivo controlado y aleatorizado.¹² El estudio asignó a un grupo numeroso de pacientes hospitalizados que cumplían los criterios de depresión mayor ($n = 432$) o bien a una terapia cognitivo-conductual rutinaria o bien a una terapia cognitivo-conductual enriquecida con formación en regulación emocional. Los resultados demostraron que la reducción de la depresión fue significativamente mayor en los pacientes que habían recibido el tratamiento con la formación en habilidades de regulación emocional que en el otro grupo. Y el grupo que recibió la formación también presentó una mayor reducción del afecto negativo y un mayor aumento del bienestar y de habilidades de regulación emocional especialmente relevantes para la salud mental.

La conducta motivada

La conducta motivada está orientada o bien a conseguir recompensas y placer o bien a evitar el castigo y la tristeza.¹³ Los primeros conductistas relacionaron directamente el afecto y la conducta motivada asumiendo que la reducción del impulso es el mecanismo de recompensa principal.¹⁴ Por ejemplo, el agua funciona como recompensa, porque reduce el impulso de beber cuando tenemos sed y la comida funciona como recompensa, porque reduce el impulso de comer cuando tenemos hambre.

Teóricos de la motivación posteriores rechazaron la idea de que la recompensa es consecuencia de la reducción del impulso. Por el contrario, asumieron que la recompensa hedónica es independiente de la reducción del impulso y que lo que motiva a los organismos es la expectativa de un incentivo, no la reducción del impulso.¹⁵ En otras palabras, la conducta motivada es una función no solo de un déficit fisiológico, sino también de la asociación aprendida entre un estímulo y su valor hedónico. Algunos casos serían las bebidas refrescantes, la comida sabrosa, las parejas sexuales atractivas y las drogas adictivas: son incentivos hedónicos no solo porque satisfacen impulsos biológicos, sino también porque hemos aprendido a asociar esos estímulos con experiencias gratificantes. Por lo tanto, las imágenes, olores, sensaciones y otras señales asociadas y predictivas provocan que la persona anticipe la recompensa y, de ese modo, aumentan la probabilidad de que presente conductas motivadas. Por lo tanto, no es necesario que los déficits fisiológicos motiven directamente la conducta.

Algunas recompensas compartidas por casi todos los animales y los seres humanos incluyen la comida y el agua en el caso de la «motivación del hambre y la sed» y el orgasmo en el caso de la «motivación sexual». Los seres humanos y los animales que establecen jerarquías sociales perciben la cercanía social (debido a la «motivación de la filiación»). Ocupar un nivel elevado en la jerarquía social (debido a la «motivación de la dominación») se percibe como una recompensa. Además, las experiencias de aprendizaje (debido a la «motivación de logro»), las relaciones con otros individuos (debido a la «motivación de la intimidad») y ejercer impacto sobre los demás (debido a la «motivación de poder») son una recompensa para los seres humanos y para algunos animales.¹⁶

La necesidad guía muchas motivaciones, mientras que otras están dirigidas sobre todo por un incentivo o por una combinación de ambas cosas. Por ejemplo, un periodo de escasez de comida reduce el nivel de glucosa en sangre y da lugar a la experiencia subjetiva de hambre, lo que resulta en una potente motivación provocada por la necesidad. Por el contrario, el postre de chocolate después de una comida de cinco platos tiene mucho más que ver con el incentivo que con la necesidad. Muchas otras conductas sociales complejas, como hacer una propuesta de matrimonio, están relacionadas, probablemente, con varias motivaciones, tanto provocadas por la necesidad como por los incentivos, desde la motivación sexual a la de filiación social o la de intimidad. Tal y como hemos explicado antes, las emociones se definen en parte por las tendencias motivacionales. Por lo tanto, aclarar el impulso motivacional de una conducta puede aclarar la experiencia emocional del paciente. El siguiente ejemplo ilustra cómo la conducta motivada de beber de una persona está relacionada con la motivación y la emoción de la filiación social.

En la práctica: entender las motivaciones

TERAPEUTA: Ayúdame a entender por qué bebes. ¿Por qué te gusta tanto beber?

DAVID: Bueno, hace que me sienta bien y forma parte de mi vida. Es lo que hago con John y Chuck para relajarnos un poco después de una larga jornada laboral.

TERAPEUTA: Así que bebes para relajarte y para estar con John y Chuck, ¿es eso?

DAVID: Sí.

TERAPEUTA: Entonces, beber juntos desempeña una función importante en tu amistad con John y Chuck, ¿correcto?

DAVID: Sí, supongo.

TERAPEUTA: ¿Qué crees que sucedería si no bebieras cuando sales con John y Chuck?

DAVID: Sería muy raro y probablemente no disfrutaría tanto. Creo que sentiría que no pertenezco al grupo y es posible que se preguntaran qué me pasa.

TERAPEUTA: ¿Qué harías si no salieras a beber con John y Chuck?

DAVID: No sé, quedarme en casa y ver la tele, quizá.

TERAPEUTA: Y eso no suena demasiado bien.

DAVID: No, sería bastante deprimente.

TERAPEUTA: ¿Por qué sería deprimente?

DAVID: Porque echaría de menos a mis amigos.

TERAPEUTA: Así que, por un lado, beber te ayuda a estar con tus amigos. Por el otro, también tiene consecuencias negativas, ¿o no?

DAVID: Sí, me ha causado problemas.

TERAPEUTA: Te ha causado problemas con tu pareja y con tu jefe. Además, te han retirado el carnet por haber conducido ebrio.

DAVID: Sí.

TERAPEUTA: ¿Cómo te sentiste cuando te retiraron el carnet de conducir?

DAVID: Nada bien.

TERAPEUTA: ¿Y cómo te sientes después de discutir con tu pareja y con tu jefe?

DAVID: Muy deprimido.

TERAPEUTA: Parece, entonces, que beber tiene consecuencias positivas y negativas. Te ayuda a pasar un buen rato después del trabajo con John y con Chuck, pero también te ha provocado problemas graves en tu vida personal y profesional. Has tenido incluso problemas con la ley. ¿Lo he entendido bien?

DAVID: Sí.

TERAPEUTA: Quizá hay un modo de satisfacer tus necesidades sociales y, al mismo tiempo, evitar las consecuencias negativas de beber. ¿Te parece que hagamos una lluvia de ideas con algunas posibilidades?

David bebe alcohol para satisfacer su motivación de filiación social y también para aliviar la depresión y el estrés. Al mismo tiempo, beber perjudica su rendimiento en el trabajo y la relación con su pareja. Por lo tanto, un tratamiento efectivo tendrá que abordar estas motivaciones, que están directamente relacionadas con su depresión.

Motivación de aproximación y motivación de evitación

La aproximación a un estado u objeto deseables se asocia al afecto positivo, y evitar o escapar de un objeto o situación no deseable reduce el afecto negativo. Las dificultades para evitar objetos y situaciones que no deseamos y para

alcanzar los que sí deseamos pueden desembocar en depresión, frustración e ira. Esta afirmación parece ser cierta para todos los organismos y es especialmente verdad para los seres humanos, por su capacidad para anticipar y predecir acontecimientos futuros. Experimentamos afecto positivo cuando anticipamos acontecimientos futuros agradables y experimentamos afecto negativo cuando esperamos que sean desagradables. Por lo tanto, la decisión de emprender una conducta concreta depende en gran medida de la expectativa que tengamos acerca de lo agradable o desagradable de la experiencia.¹⁷

La evitación puede ser activa o pasiva. En el caso de la evitación activa, el organismo escapa activamente del estado u objeto no deseado. En el caso de la evitación pasiva, la conducta se inhibe para evitar el objeto o estado no deseado. Podríamos entender la evitación activa como una forma de motivación de aproximación hacia la seguridad.¹⁸ Por ejemplo, en el clásico estudio de Solomon y Wynne,¹⁹ los perros aprendieron rápidamente a saltar del recinto A al recinto B en cuanto aparecía el estímulo (como una luz) que señalaba una descarga eléctrica inminente en el suelo del recinto A. La mayoría de los perros no solo aprendieron a evitar la descarga saltando del recinto A al B al cabo de pocos ensayos, sino que la conducta perduró incluso cuando se dejó de aplicar la descarga después de la luz. Y, además, los perros dejaron de demostrar miedo cuando aprendieron a evitar la descarga, lo que sugiere que el salto no solo estaba motivado por la evitación activa, sino también por la aproximación a la seguridad, sobre todo después de los primeros ensayos. Este experimento ilustra que el afecto y la emoción están directamente relacionados.

Un mismo acontecimiento o situación se experimentará de forma muy distinta en función de la tendencia motivacional de la persona. Por tanto, alguien muy orientado a la evitación experimentará el rechazo o la crítica de un modo distinto (por ejemplo, con mayor intensidad y durante más tiempo) que alguien orientado a la aproximación. Los pacientes pueden mejorar la comprensión de su experiencia emocional si toman conciencia de las tendencias motivacionales que podrían estar asociadas a sus emociones.

La motivación de aproximación está estrechamente relacionada con los estados afectivos positivos. Sin embargo, la aproximación no siempre se asocia a una recompensa externa y es posible que llegue a experimentarse como un estado negativo (la ira, por ejemplo).²⁰ El sistema de búsqueda de Panksepp y Biven²¹ se asocia a la motivación de aproximación, pero no solo responde a los incentivos positivos, puesto que también se activa cuando las personas (y los

animales) buscan y encuentran una solución a un problema o dificultad. La satisfacción de haber encontrado una solución es una situación gratificante y placentera por sí misma.

Además del sistema de búsqueda, Panksepp y Biven²² identifican varios sistemas que forman parte de los circuitos emocionales-afectivos de los cerebros de los mamíferos. Son el sistema de miedo/ansiedad, el sistema de furia/ira, el sistema de deseo/sexual, el sistema de cuidado/ crianza materna, el sistema de pánico/dolor por separación y el sistema de juego/jugar a lo bruto para el vínculo social físico. Todos estos sistemas están programados biológicamente y son sistemas evolutivamente antiguos asociados a emociones primitivas. Por ejemplo, el sistema de miedo/ansiedad permite que el organismo se retire, se esconda o huya; el sistema de pánico/dolor se concibe como dolor psicológico y también se le considera el sustrato de la depresión; el sistema de furia/ira se activa durante los actos de agresión; el sistema de deseo/sexual se activa durante los actos sexuales; el sistema de crianza se activa cuando se cría a los hijos; y el sistema de juego no solo se activa cuando jugamos con los hijos, sino que es la base del aprendizaje y la enseñanza de habilidades sociales. Los distintos sistemas pueden activarse al mismo tiempo y trabajar sinérgicamente. Así se cree que el sistema de pánico junto al de crianza lleva al vínculo y al apego social.

Otras teorías asocian la motivación con el afecto positivo. La influyente «teoría del proceso oponente»²³ afirma que todos los estímulos hedónicos que son lo bastante potentes y que perduran el tiempo suficiente activan no una, sino dos respuestas: primero, la respuesta hedónica directa (proceso A) y luego un proceso oponente que es lo opuesto a esa respuesta (proceso B). El segundo proceso tiene una valencia opuesta a la de la primera respuesta. Podemos decir entonces que si la respuesta hedónica inicial es agradable, la respuesta oponente será desagradable. Se asume que el cerebro genera de forma activa el proceso oponente en respuesta a todas las reacciones afectivas, para restaurar la homeostasis y mantener un equilibrio afectivo neutro. La teoría, inspirada en la teoría del proceso oponente sensorial de la visión cromática, ha sido especialmente influyente para explicar los estados afectivos en la adicción a sustancias, porque afirma que el efecto inicialmente reforzante de la droga activa el proceso A inicial, que lleva al estado afectivo positivo A. Entonces, el proceso A desencadena la activación del proceso oponente B, con valencia negativa. Como resultado del uso repetido de la sustancia aparece la tolerancia a la misma

y el estado B de valencia negativa, en lugar del A con valencia positiva, acaba siendo el más intenso y duradero. Durante el síndrome de abstinencia, los efectos del estado B superan a los del estado A. El mismo principio se cumple si el estado A tiene valencia negativa, como en el caso del dolor en carreras de larga distancia, que conduce al «subidón» del corredor, con valencia positiva.

REGISTRAR LA ORIENTACIÓN A LA APROXIMACIÓN Y A LA EVITACIÓN

El terapeuta puede pedir al cliente que use la figura 3.1 durante la sesión o como trabajo en casa entre sesiones para registrar la orientación hacia la aproximación o la evitación. La tabla ayuda al cliente a que describa brevemente una situación que haya suscitado en él una experiencia emocional potente (por ejemplo, una pelea con la pareja) y la emoción específica que ha experimentado (por ejemplo, ira). Entonces, el paciente debe puntuar en una escala de 0 (en absoluto) a 100 (muchísimo) si se sintió atraído por la situación (orientación a la aproximación) o si lo que quería era desvincularse y alejarse de la misma (orientación a la evitación). Alguien está orientado a la aproximación si siente el deseo de permanecer en la situación y está orientado a la evitación si lo que quiere es desvincularse y alejarse. De nuevo, animamos a terapeutas y a pacientes a que intenten averiguar si aparecen pautas concretas.

Querer no es lo mismo que gustar

El estado de motivación generado por el afecto positivo puede diferenciarse en «querer» y «gustar». Querer algo no es lo mismo que que nos guste algo, aunque ambos son estados dependientes de recompensa. «Querer» está orientado a la recompensa y es anticipatorio; «gustar» supone saborear y es consumatorio.²⁴ Querer algo y la motivación de aproximación parecen estar íntimamente relacionados con la curiosidad, además de con la apertura, el optimismo, relaciones interpersonales más sólidas y menos agresividad. En otras palabras, si me apetece chocolate, estoy en un estado de querer (preobjetivo) que me lleva a buscar chocolate. Una vez lo encuentro en un armario de la cocina y empiezo a comerlo, paso al estado de gustar (postobjetivo). La motivación de aproximación (querer) suele estrechar el foco atencional de la persona (¿dónde está el chocolate?) y parece estar asociado a distintos circuitos neuronales.²⁵ En

situaciones normales, adquirir lo que se desea hace que nos sintamos bien. Sin embargo, en el caso de la adicción, los sistemas de gustar y querer pueden desconectarse y hacen que la persona quiera cosas que ya no le proporcionan placer, lo que a su vez lleva a conductas compulsivas como el juego, la bebida y los atracones.²⁶

Instrucciones: Escriba la fecha y la hora en que se encontró en una situación en la que experimentó una emoción. Describa la emoción asignándole una etiqueta (por ejemplo, «alegría», «ira») y puntúe en una escala de 0 (en absoluto) a 100 (muchísimo) su deseo de aproximarse/participar o de evitar/desvincularse de la situación.

| Fecha/hora | Situación | Etiqueta emocional (alegría, ira, etc.) | Deseo de aproximarse/participar (0-100) en una situación | Deseo de evitar/desvincularse (0-100) |
|------------|-----------|---|--|---------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

FIGURA 3.1. Registro de la orientación a la aproximación y la evitación.

De Hofmann, S. G., *La emoción en psicoterapia. De la ciencia a la práctica*. © The Guilford Press, 2016. Se autoriza la reproducción de esta figura a los compradores del libro, ya sea para uso personal o con clientes particulares (véase la página de *copyright* para más información). Los compradores pueden descargar una versión aumentada de esta figura (véase la nota al inicio «Los compradores de este libro...»).

La diferencia entre querer y gustar subraya la naturaleza dinámica de la motivación y también coincide con las primeras teorías de la emoción que proponían que toda conducta motivada puede dividirse en dos fases secuenciales, una «fase apetitiva» seguida por una «fase consumatoria».²⁷ La fase apetitiva consiste en la conducta de aproximación flexible que presenta la

persona antes de encontrar el objetivo motivacional, mientras que la fase consumatoria aparece una vez alcanzado el objetivo. Las conductas consumatorias suelen ser acciones estereotipadas y específicas de cada especie, como lamer, beber, comer, relaciones sexuales, agresividad, etc. Puede resultar útil ayudar a los pacientes a diferenciar entre las fases gustar/consumatoria de la fase querer/apetitiva en relación con sus objetivos.

En la práctica: querer no es lo mismo que gustar

TERAPEUTA: Háblame del fin de semana pasado.

DAVID: El sábado acabé totalmente borracho y me pasé casi todo el domingo en la cama, con una resaca terrible.

TERAPEUTA: ¿Te gustó el tiempo que pasaste en cama el domingo?

DAVID: Claro que no. Me encontraba fatal y mi pareja estaba enfadadísima, porque no pudimos hacer nada juntos.

TERAPEUTA: Esto sucedió también hace unas semanas, ¿verdad?

DAVID: Sí, hace dos semanas. Y muchas otras veces antes.

TERAPEUTA: Así que, en algún momento del sábado, mientras bebías, sabías que el domingo lo pagarías.

DAVID: Sí.

TERAPEUTA: Entonces, ¿por qué lo hiciste?

DAVID: No lo sé, supongo que necesito hacerlo.

TERAPEUTA: ¿Crees que necesitas beber?

DAVID: No lo sé, en parte es porque es una cosa social.

TERAPEUTA: Entonces, necesitas hacerlo y quieres hacerlo, pero no te gusta hacerlo. ¿Lo he entendido bien?

DAVID: Sí, suena raro, pero sí.

TERAPEUTA: Por desgracia, no es raro en personas que tienen problemas de adicción. Al principio, beber es divertido y quieres hacerlo, porque te gusta. Sin embargo, al cabo de un tiempo, el gustar ya no tiene nada que ver con el querer. Por ejemplo, a las personas que beben mucho en el trabajo y quizá incluso también por la mañana no les gusta hacerlo. De hecho, a algunas les desagrada mucho y se sienten muy culpables y avergonzadas por hacerlo. Sin embargo, se sienten impulsadas a hacerlo, porque lo necesitan. El querer se separa del gustar, aparece la tolerancia y el problema de uso de sustancias se convierte en una dependencia. Quizá no hayas llegado aún a esa fase, pero llegarás a no ser que hagas algo al respecto.

Activación conductual

Muchos problemas emocionales se asocian a la inactivación y a conductas de evitación. Como resultado, la persona carece de refuerzos y de placer, lo que inclina la balanza hacia más afecto negativo y menos afecto positivo. La activación conductual es un método bastante sencillo, pero extraordinariamente efectivo, para elevar el nivel de energía de la persona y aumentar la cantidad de acontecimientos positivos en su vida, lo cual ocasiona un aumento del afecto positivo y la reducción del negativo.

El primer paso de la activación conductual consiste en pedir al paciente que lleve un diario de actividad durante la semana. En su forma más sencilla, el diario incluye el día y la hora, la ubicación y una puntuación de lo agradable que ha resultado la actividad en una escala de 0 (nada agradable) a 100 (muy agradable). En el siguiente paso, el terapeuta y el paciente exploran los motivos por los que unas actividades son agradables y otras desagradables. El objetivo es reforzar y aumentar la cantidad de actividades agradables y reducir las desagradables y los periodos de inactividad durante la semana normal. Además, es deseable instaurar rutinas en la vida cotidiana del paciente y aplicar horarios de comida y de sueño regulares. A continuación encontrará un ejemplo de diario de actividad.

En la práctica: diario de actividad

Fecha: 15 de junio, 2015

| Hora | Actividad | Comentario y puntuación del estado de ánimo (0, bajo – 100, elevado) |
|-------------|---|---|
| 6.00-7.00 | <i>Me he levantado y me he preparado.</i> | 10 |
| 7.00-7.30 | <i>He levantado a Fred y a mi hijo, he preparado el desayuno y la comida.</i> | 10 |
| 7.30-8.00 | <i>He desayunado.</i> | 40 |
| 8.00-9.00 | <i>He vuelto a la cama.</i> | 50 |
| 9.00-11.00 | <i>He mirado la TV.</i> | 20 |
| 11.00- | <i>He limpiado la casa.</i> | 10 |

| | | |
|-----------------|--|----|
| 12.00 | | |
| 12.00- 13.00 | <i>He leído el periódico.</i> | 20 |
| 13.00- 14.00 | <i>He hablado con Paula.</i> | 60 |
| 14.00- 15.00 | <i>He revisado los extractos bancarios.</i> | 40 |
| 15.00- 17.00 | <i>He ido al supermercado y a hacer recados.</i> | 20 |
| 17.00- 18.00 | <i>He preparado la cena.</i> | 30 |
| 18.00- 19.30 | <i>He cenado con Fred y mi hijo.</i> | 40 |
| 19.30- 21.00 | <i>He mirado la televisión.</i> | 50 |
| 21.00- 22.00 | <i>Hemos discutido por dinero.</i> | 0 |
| 22.00- 23.00 | <i>Me he preparado para ir a dormir.</i> | 20 |

El análisis de este diario ilustra varios problemas: (1) las puntuaciones de estado de ánimo de la paciente son bajas en general y la puntuación más elevada corresponde a su conversación con Paula; (2) el repertorio de actividades agradables es reducido y tiene que ver fundamentalmente con tareas de la casa, comida y mirar la televisión; (3) las discusiones con el marido provocan una caída del estado de ánimo; (4) en general, las puntuaciones más bajas aparecen en momentos sin estructura y los fines de semana, cuando rumia sobre su vida, su relación de pareja y su futuro. Por último, la paciente no hace ningún ejercicio físico.

Los diarios de actividad pueden ayudar a responder preguntas importantes, como: ¿hasta qué punto el paciente está retirado y aislado de las actividades diarias normales? ¿Hay suficientes oportunidades para experimentar situaciones

agradables? ¿Hasta qué punto está alterada la rutina diaria del paciente como consecuencia de sus problemas emocionales? ¿Tiene el paciente la motivación y los recursos necesarios para aplicar estrategias conductuales?

En el siguiente paso, el terapeuta puede pedirle al paciente que elabore una lista de actividades o tareas agradables. Lo que aparezca en la lista dependerá de los gustos, aficiones y preferencias del paciente. Algunos ejemplos podrían ser leer novelas y poesía, salir a pasear, jugar a las cartas con amigos o ver películas de estreno.

Alentar al paciente a pensar en actividades agradables y a incluirlas en su día a día puede ejercer un efecto drástico sobre su bienestar. Las actividades agradables tienden a ser autorreforzantes. El ciclo vicioso de inactividad, aislamiento social y afecto negativo puede romperse si se ayuda de forma creativa al paciente a introducir actividades agradables de forma gradual y constante. La inactividad conductual y el afecto negativo se refuerzan mutuamente, pero la activación conductual y el afecto positivo también.

Estas actividades deben introducirse gradualmente en las tareas que se encomiendan al paciente. Una rutina regular de alimentación y de sueño, además de una rutina de ejercicio cardiovascular (caminar a paso vivo o correr un mínimo de 2 veces a la semana durante 30 minutos cada vez), deberían ser parte esencial de su nueva cotidianidad.

Síntesis de aspectos con relevancia clínica

- La motivación está íntimamente relacionada con el afecto y las emociones. Las conductas motivadas o bien están orientadas a la aproximación con el objetivo de alcanzar una recompensa y placer o bien están orientadas a la evitación, con el objetivo de evitar un castigo y malestar.
- La conducta motivada es más que una función de déficits fisiológicos; también es el resultado de asociaciones aprendidas entre el objetivo y la experiencia hedónica de dicho objetivo.
- Para poder identificar las tendencias motivacionales asociadas se puede pedir a los pacientes que registren sus motivaciones orientadas a la aproximación y a la evitación en relación con estados emocionales específicos.

- La motivación a la evitación puede ser activa o pasiva. La evitación activa supone escapar activamente del estado u objeto no deseado; la evitación pasiva supone inhibir la conducta para evitar el objeto o estado no deseado.
- La motivación a la aproximación puede incluir sistemas consumatorios (gustar) o de búsqueda de objetivos (querer).
- Las emociones se asocian con la tendencia general a implicarse/ acercarse a una situación u objeto o bien a evitar/desvincularse de una situación u objeto.

CAPÍTULO 4

EL YO Y LA AUTORREGULACIÓN

Las emociones, y especialmente las estrategias de regulación emocional, están íntimamente relacionadas con lo que llamamos «yo». De hecho, algunos teóricos modernos de la emoción, como Barrett¹ o Le Doux,² asumen que la experiencia de la emoción no puede diferenciarse de los procesos relacionados con el yo. Las estrategias de regulación emocional serán más o menos efectivas en función del nivel de autocontrol con que cuente el individuo. Los procesos relacionados con el yo también tienen mucho que ver con los estados afectivos. Experimentamos afecto positivo si nos sentimos bien con nosotros mismos y afecto negativo en el caso contrario. Esto exige autoconciencia, autoconocimiento, la capacidad de cambiar de punto de vista y la capacidad de reflexionar acerca de uno mismo.

¿A qué llamamos «yo»? ¿Hay un único yo o hay yoes diversos y distintos en función del contexto situacional, del resto de personas y de la historia personal? ¿Qué es la «conciencia» y qué son la «autoconciencia» y el «autoconocimiento»? ¿Por qué están estos constructos tan relacionados con las emociones y cómo podemos mejorar la práctica clínica a partir de estos procesos basados en el yo? Este capítulo pretende dar respuesta a estas preguntas.

La estructura del yo

William James dedicó todo un capítulo de su libro *Principios de psicología*³ a la cuestión del yo. Empezó su explicación con la observación de que el proceso del autoconocimiento implica que el yo es tanto objeto como sujeto, es decir, «debe conocerse» y a la vez «conoce» (es decir, es el que sabe). Se refirió a estos aspectos diferenciados como el «Mi» (objeto, que es el aspecto que es conocido) y el «Yo» (el sujeto, que es el aspecto que conoce).

Para ampliar esta distinción, James identificó varias características del Yo y de las partes o constituyentes del Mi. Las características del Yo serían el autoconocimiento (identificación de los propios estados internos, necesidades, pensamientos y emociones), la agencia personal (la sensación de ser el responsable de las propias acciones y pensamientos), la continuidad (la sensación de que se es la misma persona a lo largo del tiempo) y la coherencia (la sensación de que el yo es una entidad estable, única y coherente). Los constituyentes del Mi incluyen el «Mi material», el «Mi social» y el «Mi espiritual». El cuerpo, la ropa y lo que poseemos son ejemplos del «Mi material». El «Mi social» está determinado por el reconocimiento que recibimos de nuestros iguales. Como hay una multitud de grupos sociales diferentes y de personas asociadas a personas, James asumió que existen también una multitud de «Mis sociales» distintos. Para terminar, el «Mi espiritual» está determinado por las creencias metafísicas y la relación de cada uno con Dios. James otorgó distintos valores a estos Mis y los ordenó jerárquicamente: el Mi material estaba en la base, el Mi espiritual en la cúspide y el Mi social en el centro.

Después de James, muchos autores influyentes exploraron la estructura y las características del yo. Algunos lo describieron como un constructo unitario y analizaron las varias características que describen sus distintos aspectos. Por ejemplo, Allport⁴ definió el yo como los aspectos de la personalidad que la persona considera cruciales para su propia personalidad. Otros lo describieron como un constructo que se compone de las características estables de la persona (en oposición a las inestables),⁵ de las que la persona es consciente y sobre las que ejerce control.⁶

Cooley⁷ definió el yo como todas las características asociadas a los pronombres de primera persona («Yo soy»). Asumía que la persona se percibe a sí misma tal y como la perciben los demás y llamó a esa percepción «yo espejo». Por lo tanto, cada persona se compone de tantos yoes como personas significativas existan en su vida social. Esta postura otorga más importancia a la «conciencia social» (la conciencia de los demás y de la sociedad) que a la «autoconciencia», o conciencia personal. La conciencia social implica ser consciente de que las reacciones de los demás determinan el significado de la conducta de una persona. Del mismo modo, Mead⁸ y Sarbin⁹ propusieron que la persona cuenta con tantos yoes como funciones sociales desempeñe. Sarbin añadió que todos poseemos varios «yoes empíricos» que se corresponden con los distintos roles sociales que se espera que ocupemos. El «ego puro» es un corte

transversal de los distintos yoes empíricos. Gergen¹⁰ afirmó que poseemos múltiples yoes, que se corresponden con nuestras múltiples identificaciones sociales.

Para resumir esta breve revisión histórica: por lo general, el yo se entiende como un constructo multidimensional que se compone de autoevaluaciones globales y específicas, representadas en forma de esquemas y estructuras jerárquicas y dinámicas.

Autoconocimiento

El autoconocimiento (ser consciente de la propia existencia) no es exclusivo de los seres humanos y está estrechamente relacionado con la empatía y con la inteligencia social (evidente también en algunos primates no humanos, como los chimpancés). El término *inteligencia social* hace referencia a las maniobras competitivas que se llevan a cabo para acceder a los recursos escasos usando la estructura social.¹¹ Esta postura se basa en estudios de laboratorio, en que los primates parecen ser mucho más inteligentes de lo que necesitarían ser para resolver los problemas cotidianos a que se enfrentan en la naturaleza, como encontrar comida y protegerse de los depredadores. Por lo tanto, se planteó la hipótesis de que la fuerza impulsora tras la evolución de la inteligencia de los primates no fue reconocer, memorizar y procesar habilidades concretas. Por el contrario, lo que exigía una mayor capacidad mental era la posibilidad de reconocer a los miembros del propio grupo social, engañarse mutuamente, mantener relaciones, etc. El reconocimiento de que es adaptativo que los miembros de una especie sean capaces de predecir y de manipular la mente de otros miembros, junto a la evidencia empírica obtenida en las observaciones de campo de primates no humanos,¹² llevaron a la «hipótesis de la inteligencia social» y al concepto de «teoría de la mente». Los estudios observacionales sobre chimpancés¹³ y babuinos¹⁴ que identificaron conductas que indicaban engaños tácticos corroboraron este concepto. Un ejemplo de dichas conductas es el caso de un babuino macho joven que distrajo mediante el engaño a un macho dominante más mayor para evitar un enfrentamiento. Aunque no había ningún depredador cerca, el macho joven fingió que había detectado un gran peligro con

un gesto característico, consistente en alzarse sobre las patas traseras y mirar atentamente a lo lejos. Como resultado, el macho dominante detuvo su ataque y se preparó para enfrentarse a un depredador que no llegaría jamás.

Estas observaciones plantean preguntas importantes acerca de que el yo sea exclusivo de los seres humanos, porque sugieren que el autoconocimiento existe también en primates no humanos. Por ejemplo, los chimpancés aprenden espontáneamente a usar espejos para examinar partes de su cuerpo que antes no habían tenido la oportunidad de observar, como su propia cara, dientes o ano.¹⁵ Y también se ha visto que los chimpancés son capaces de reconocer su propio reflejo.¹⁶ Además de los seres humanos, solo algunas especies de primates (chimpancés, orangutanes y algunos otros) comparten la habilidad de reconocerse a sí mismos en un espejo.

La autoconciencia es un constructo estrechamente relacionado con el de autoconocimiento y, por lo general, se cree que además de conocimiento incluye atención y control. Algunos autores insisten en la importancia de diferenciar entre la autodescripción y la autoevaluación de los aspectos públicos y privados de la autoconciencia.¹⁷ Por ejemplo, las autoevaluaciones son juicios acerca de la propia competencia o idoneidad y pueden hacer referencia tanto a aspectos privados («Me irrito con facilidad») como públicos («Tengo un cabello bonito») del yo. Del mismo modo, las autoafirmaciones pueden tanto aludir a características privadas (los aspectos relacionados con la autoconciencia privada) como públicas (los aspectos relacionados con la autoconciencia pública) de la persona.

Las personas suelen basar su autoestima en parte en sus roles sociales y en las relaciones que mantienen con otras personas;¹⁸ y las percepciones y las opiniones de los demás en relación con uno mismo son determinantes importantes del autoconcepto.¹⁹ Por lo tanto, el autoconcepto incluye, como mínimo, juicios acerca de la competencia personal, del aspecto físico y de las características de la personalidad que pueden tener o no relevancia social.

Las técnicas para determinar la autoevaluación han recurrido fundamentalmente a autoinformes que requieren que la persona indique si se ve a sí misma de forma positiva o negativa en distintos ámbitos.²⁰ Las metodologías que se centran en la autodescripción piden a los sujetos que se definan en respuesta a la pregunta «¿Quién soy?». ²¹ Esta técnica se presta a un análisis del contenido de las afirmaciones generadas espontáneamente, que se codifican en distintas categorías para aislar las dimensiones más destacadas en la

representación que el sujeto ha dado de sí mismo. Sin embargo, la distinción entre autodescripción y autoevaluación puede ser difusa y arbitraria. Además, tal y como ya hemos explicado, la autopercepción depende de la situación.

Experimentos previos acerca de la autopercepción han usado espejos para aumentar la atención centrada en uno mismo.²² Por ejemplo, nosotros hemos usado la manipulación de espejos combinada con una técnica de autoinforme de respuesta obligada para investigar el efecto diferencial que la atención aumentada sobre uno mismo ejerce sobre la autopercepción y la autoevaluación en un grupo de alumnos universitarios.²³ En este estudio pedimos a los participantes que anotaran tres aspectos positivos y tres aspectos negativos de sí mismos. Antes de completar la tarea, la mitad de los participantes permanecieron sentados ante un espejo grande durante cinco minutos. Las autoafirmaciones de los alumnos se clasificaron en las categorías siguientes: (1) aspecto físico; (2) competencia; (3) características de la personalidad con relevancia social («Soy competitivo», «Soy un buen amigo»); (4) características de la personalidad sin relevancia social («Suelo posponer las tareas», «Soy creativo»); y (5) otros (para afirmaciones que no encajaban en ninguna de las categorías anteriores). Los resultados demostraron que la presencia de un espejo ejerce un efecto moderador sobre la autoevaluación que lleva a hacer más afirmaciones públicas y menos afirmaciones autocríticas acerca de aspectos privados de la personalidad.

El desarrollo del yo

Los seres humanos aprenden a reconocerse en un espejo entre los 18 y los 24 meses.²⁴ Este es también el momento en que los niños establecen relaciones entre los objetos y los acontecimientos que los rodean y construyen esquemas cognitivos. Por lo tanto, es posible que la contingencia entre las acciones del yo (la conducta del niño) y las imágenes reflejadas en el espejo active la formación de una relación de equivalencia entre la autorrepresentación interna de la persona y los estímulos externos vistos en el espejo (la conducta del niño reflejada en el espejo).²⁵

El contexto social adquiere especial importancia para el desarrollo del yo entre los 3 y los 6 años, cuando evoluciona la regulación social. La regulación social se convierte entonces en un aspecto fundamental de la socialización humana. Es el momento en que el niño empieza a responder en base a los

estados internos de otras personas en lugar de únicamente a sus conductas manifiestas y también es ahora cuando aprende a relacionar el yo presente (quién soy ahora) con el yo pasado (quién era entonces) y con el yo futuro (quién seré).²⁶

El yo y el afecto

La atención centrada en uno mismo se ha descrito como un sesgo cognitivo específico y estrechamente relacionado con el afecto negativo.²⁷ Una primera revisión de la literatura sugirió que la atención negativa centrada en uno mismo es un factor general de psicopatología en el que las clases concretas de información relevante acerca de uno mismo son específicas de trastornos concretos y reflejan los esquemas psicopatológicos particulares de distintos trastornos. Según esta postura, la atención centrada en uno mismo puede ser desadaptativa si la persona es incapaz de centrar la atención en el exterior cuando la situación así lo exige, lo que llevaría al ensimismamiento (una atención excesiva, sostenida e inflexible a los estados internos).²⁸

Por el contrario, Pyszczynski y Greenberg²⁹ afirman que es posible que el modelo de Ingram³⁰ sobreestime el alcance de la relación entre la atención centrada en uno mismo y distintas patologías, a excepción de la depresión. Estos autores proponen que la depresión se asocia específicamente a la atención negativa centrada en uno mismo. Más en concreto, sugieren que la depresión es una consecuencia que sigue a la pérdida de una fuente importante de autoestima y que lleva a la persona a quedar atrapada en un ciclo autorregulatorio en el que es incapaz de reducir la discrepancia entre el estado real y el deseado. El modelo defiende que la persona se sume en una pauta de atención interna continuada que la lleva a un afecto y a una autopercepción negativos y a una atención preferencial hacia resultados negativos en lugar de hacia los positivos. Una revisión reciente sugiere que la atención al yo interno (privado) se asocia más a la depresión y a la ansiedad generalizada, mientras que la atención al yo externo (público) se asocia más a la ansiedad social.³¹

El concepto de atención al yo también es un elemento clave en uno de los primeros modelos de autorregulación.³² Según este modelo, centrar la atención en uno mismo propicia un proceso de autoevaluación en el que el estado actual de la persona en un ámbito concreto relevante para ella se compara con su

estándar en dicho ámbito. El modelo afirma que la persona experimentará afecto positivo si la situación actual supera el estándar, mientras que experimentará afecto negativo si la situación actual queda por debajo del mismo. La experiencia de afecto negativo provoca entonces el intento de reducir la discrepancia o de evitar centrar la atención en uno mismo. A partir de este modelo, Carver y Scheier³³ propusieron que la atención centrada en uno mismo desempeña una función importante en los procesos autorreguladores orientados a la consecución de objetivos, porque permite que la persona reúna información acerca de la discrepancia entre su estado actual y un estándar importante, y que emprenda conductas para reducir dicha discrepancia cuando detecta una discrepancia negativa. El modelo afirma que si el estado actual y el estándar deseado coinciden, la persona pone fin al proceso regulador. Por el contrario, si el estado actual no alcanza el estándar, la persona entra en un ciclo de conductas y evaluaciones que continuará hasta haber alcanzado el estándar o hasta que la persona concluya que es imposible alcanzarlo. Cuando la persona concluye que la probabilidad de alcanzar el estándar es muy reducida o que el avance hacia el objetivo es demasiado lento, experimenta afecto negativo.

Obviamente, el yo futuro está íntimamente relacionado con los valores, objetivos e ideales personales. Por lo tanto, la autorregulación supone tomar en el presente decisiones que están relacionadas con objetivos futuros.³⁴ Si las consecuencias de estas decisiones son congruentes con los objetivos, estándares y valores, el yo se percibe de forma positiva; si son incongruentes, se percibe de forma negativa.³⁵ Por ejemplo, si la persona experimenta una discrepancia entre su estado presente («yo real») y el tipo de persona que espera o aspira a ser («yo ideal»), se sentirá desalentada, triste y deprimida y su disposición para emprender una tarea disminuirá. Si experimenta una discrepancia entre su estado actual y la persona que cree que debería ser («yo normativo») se preocupa, siente ansiedad y nerviosismo y su implicación y vigilancia en las tareas aumenta.³⁶ Por el contrario, si se convierte en la persona que quiere ser, experimentará afecto positivo.

Por lo tanto, la teoría de la autodiscrepancia de Higgins³⁷ propone que las emociones no son producto directo de ninguna conducta concreta, sino de la discrepancia percibida entre el estado presente y el estado deseado. Si hay una discrepancia, aparecen pensamientos condicionales. Estos pensamientos condicionales adoptan la forma de frases «sí-entonces» («si hubiera hecho X, [entonces] hubiera pasado Y»). La tendencia de las personas a imaginar

alternativas a la realidad se conoce como «pensamiento contrafactual».³⁸ Experimentamos afecto cuando detectamos una discrepancia entre un resultado real y un resultado ideal alternativo importante para nosotros.³⁹ Este contraste afectivo puede dar lugar a un estado de ánimo positivo o negativo, en función del tipo de pensamientos contrafactuales. Por ejemplo, podemos experimentar afecto positivo si imaginamos alternativas menos deseables («Si me hubiera casado con mi primera novia, ahora ya estaríamos divorciados»). Este tipo de pensamientos puede ayudar a reducir el afecto negativo o a mantener el positivo.

Kendall y Hollon⁴⁰ introdujeron el término *poder del pensamiento no negativo* para explicar que la ausencia o reducción de pensamientos autorreferenciales negativos es más relevante para la psicopatología que la presencia o el aumento de pensamientos positivos. El modelo de los estados mentales (EM)⁴¹ podría ser un método para relacionar los pensamientos negativos y los positivos. Este modelo cuantifica la valencia de los pensamientos relacionando los pensamientos positivos (P) con la suma de pensamientos positivos y negativos (N): $[P/(P+N)]$. Los valores específicos de las proporciones de EM se asocian a características concretas de procesamiento de la información. Al principio, Schwartz⁴² propuso cinco EM distintos, en el que el estado cognitivo más adaptativo se reflejaba en un equilibrio entre pensamientos positivos y negativos. Este equilibrio parece estar asociado a una proporción de EM de 0,62 o superior (es decir, un mínimo de un 62 % de autoafirmaciones positivas).⁴³ Posteriormente, el mismo Schwartz⁴⁴ reformuló el modelo e incluyó siete categorías cualitativamente diferenciadas. En este modelo revisado, el estado cognitivo más adaptativo («diálogo positivo») se divide en tres subcategorías: «superóptima» (0,85-0,90), «óptima» (0,78-0,84) y «normal» (0,67-0,77). La proporción de EM 0,62 está en la categoría de «diálogo de afrontamiento eficaz» de este modelo de EM revisado.

El modelo asume que, cuanto más se desvíe la proporción del diálogo positivo, más elevado será el grado de psicopatología. Si las cogniciones positivas están extremadamente sobrerrepresentadas ($> 0,90$; «monólogo positivo») se asume que la persona ha dejado de prestar atención a los acontecimientos amenazantes. Un diálogo contradictorio es un estado en el que la información positiva y la negativa destacan por igual en la mente de la persona (0,42-0,58) y suele estar asociado a niveles leves de ansiedad y/o depresión. El «diálogo de afrontamiento ineficaz» (0,34-0,41) se asocia a la

ansiedad o la depresión severas. El «monólogo negativo» se define como una proporción de EM inferior a 0,10, indica una negatividad extrema en el contenido cognitivo y suele estar asociado a una psicopatología severa.⁴⁵

La teoría de la autodeterminación de Ryan y Deci⁴⁶ también destaca la sólida relación que existe entre el yo y el afecto. Esta teoría sugiere que contar con una autoconciencia abierta es especialmente beneficioso a la hora de facilitar la elección de conductas congruentes con los valores, necesidades e intereses personales. Por el contrario, el procesamiento automático e inconsciente puede afectar negativamente a la valoración de opciones más congruentes con las necesidades y valores personales.⁴⁷ Para ser más precisos: aunque el automatismo ahorra tiempo y libera la mente, que entonces puede dedicarse a tareas más importantes, también puede tener consecuencias negativas si el despliegue de la atención consciente anula respuestas no deseadas y si dicho despliegue está relacionado con el bienestar en los ámbitos cognitivo, emocional y conductual.⁴⁸

AUTOCONTROL

El autocontrol es la capacidad que tiene la persona para controlar las emociones y los impulsos conductuales. La capacidad de demorar la recompensa y de controlar los impulsos iniciales para modular la experiencia y la expresión emocionales promueve tanto la salud mental como la física, además del ajuste social general.

Se ha demostrado que tanto la genética como el ambiente influyen sobre el autocontrol, que se asocia a la función ejecutiva y a la activación de la corteza frontal.⁴⁹ Los déficits en autocontrol predicen una muerte temprana;⁵⁰ trastornos psiquiátricos;⁵¹ conductas no saludables como comer en exceso, fumar, practicar sexo no seguro, conducir ebrio o no cumplir los tratamientos médicos prescritos⁵² y conductas delictivas.⁵³ Por ejemplo, se ha constatado que los niños de 4 años que demoraban más la recompensa en ciertas situaciones se convertían en adolescentes con mayor competencia cognitiva y social, tenían mejores resultados en la escuela y toleraban mejor el estrés y la frustración.⁵⁴ El autocontrol puede evaluarse de forma fiable ofreciendo a un niño de 4 años un caramelo y diciéndole que puede comérselo cuando quiera. Sin embargo, se le

explica también que, si espera 15 minutos, podrá comerse otro caramelo más. Se ha demostrado que la capacidad del niño para demorar la recompensa se asocia al éxito posterior, además de a la competencia social más adelante en la vida.

Estas conclusiones son congruentes con otros estudios longitudinales, como el que se llevó a cabo en Dunedin (Nueva Zelanda). Este estudio siguió a 1.000 niños desde que nacieron hasta los 32 años de edad.⁵⁵ Los resultados demostraron que las diferencias en autocontrol durante la infancia predecían la salud física y el abuso de sustancias, además de la economía personal e incluso conductas delictivas. Este mismo estudio demostró también que en una muestra de 500 pares de hermanos, el hermano con menos autocontrol tenía más problemas emocionales y conductuales a pesar de haber crecido en la misma familia. Este estudio midió el autocontrol observando la conducta de los niños, como la labilidad, la baja tolerancia a la frustración, la hostilidad, la brusquedad, la resistencia, la inquietud, la impulsividad, la falta de atención y la falta de persistencia. Los niños con bajo autocontrol también tenían más probabilidades de tener problemas económicos en la edad adulta, así como de ser detenidos por haber cometido un delito, incluso después de haber ajustado las variables de clase social y CI. En resumen, estos estudios demuestran que las dificultades a la hora de controlar las propias emociones e impulsos se asocian a un bajo ajuste físico, psicológico y social. Los estudios longitudinales sugieren también que estas dificultades son evidentes ya a una edad muy temprana y que tienden a ser rasgos de personalidad relativamente estables.

PREDICCIONES AFECTIVAS

La autoconciencia nos permite viajar en el tiempo y recordar el pasado y anticipar el futuro. Gracias al pensamiento «prefactual», las personas imaginan cómo creen que pensarán y se sentirán en el futuro acerca de una decisión que toman ahora.⁵⁶ Pueden imaginar que, si tomaran una decisión concreta ahora, en el futuro podrían pensar que otra decisión hubiera sido mejor, lo que llevaría a la autocrítica y al arrepentimiento en relación con la decisión que tomaron en el pasado («Si compro el coche hoy y la semana que viene lo encuentro más barato, me arrepentiré de la compra»).

El pensamiento «contrafactual», el pensamiento «prefactual» y el miedo anticipado al arrepentimiento futuro influyen sobre las decisiones que tomamos en el presente.⁵⁷ De hecho, estas pautas de pensamiento pueden ejercer una influencia excesiva, porque, una vez ha ocurrido algo, somos menos susceptibles a la autocrítica y al arrepentimiento en relación con el acontecimiento negativo de lo que habíamos anticipado.⁵⁸ La investigación sobre la «predicción afectiva» (las predicciones que hacemos acerca de emociones futuras si sucediera algo concreto) ha demostrado que tendemos a sobreestimar la intensidad tanto del placer y del afecto positivo como del desagrado y del afecto negativo que sentiremos si sucede algo concreto (por ejemplo, ganar un millón de euros en la lotería o la muerte de la pareja). También sobreestimamos cuánto durará el placer o el desagrado una vez pasado el acontecimiento.⁵⁹ Una razón importante por la que erramos en las predicciones es que tendemos a sobreestimar el impacto que el acontecimiento ejercerá sobre nuestras emociones y a subestimar los procesos autorreguladores que las atenúan. Otra razón importante para los errores predictivos es el «focalismo», o la tendencia en el presente a tener en cuenta únicamente el acontecimiento predicho y a dejar a un lado el resto de circunstancias que ocurrirán junto a ese acontecimiento en el futuro.⁶⁰

Una técnica que permite reducir el efecto del focalismo es pedir que la persona se centre e imagine no un acontecimiento futuro aislado (tomar el sol en la playa después de haberse mudado a California para aceptar un trabajo nuevo), sino todas las circunstancias y factores que influirían en su estado afectivo en el futuro (por ejemplo, el trabajo es en una empresa tecnológica de Silicon Valley en un entorno estresante que apenas le dejará tiempo para nada más).⁶¹

En la práctica: predecir las emociones en el futuro

TERAPEUTA: Me gustaría que hablásemos un poco acerca de tus preocupaciones sobre el trabajo de tu marido. ¿Qué es lo que te preocupa?

LAUREN: Me preocupa que lo despidan y no pueda encontrar otro trabajo. Ahora tiene un buen salario como programador y podemos vivir de ello.

TERAPEUTA: ¿Qué te da miedo que pase si pierde el trabajo?

LAUREN: Bueno, necesitamos sus ingresos para pagar el alquiler y los gastos, por no mencionar el crédito de estudios.

TERAPEUTA: ¿Qué crees que pasaría si no tuvierais el dinero para pagar todo eso?

LAUREN: Bueno, necesitamos el dinero para pagar todo eso. Primero tendríamos que recurrir a los ahorros y luego ya no lo sé.

TERAPEUTA: Imagina que los ahorros se han terminado. ¿Qué pasaría entonces?

LAUREN: Buf, eso sí que da miedo. Perderíamos la casa y tendríamos que vivir en la calle.

TERAPEUTA. ¿Y qué le pasaría al matrimonio?

LAUREN: Me quedaría junto a mi marido, pero creo que supondría un estrés enorme para la relación.

TERAPEUTA: Y el estrés podría ser demasiado para la relación.

LAUREN: Sí. Probablemente tendríamos que divorciarnos y seguir cada uno por su lado.

TERAPEUTA: ¿Cuál crees que es la probabilidad real de que acabes en la calle y divorciada de tu marido si tu marido perdiera el trabajo?

LAUREN: Me asusta solo pensarlo y espero que no suceda. No quiero pensar en ello.

TERAPEUTA: Lo entiendo, es un pensamiento muy perturbador, pero sería muy útil que pudiéramos seguir hablando de ello un poco más. ¿Qué te parece?

LAUREN: Vale.

TERAPEUTA: ¿Cómo crees que te sentirías si tu marido perdiera el trabajo y no pareciera probable que pudiera encontrar otro empleo como programador?

LAUREN: Sería terrible. Estaría destrozada.

TERAPEUTA: Quizá te tranquilice saber que hay muchas probabilidades de que no te sintieras tan mal como crees. Las investigaciones han demostrado que las personas suelen sobreestimar lo mal que se sentirían si ocurriera algo concreto que temen. Es lo que llamamos «predicción afectiva». También es muy posible que sobreestimaras cómo te sentirías si mañana ganaras un millón de dólares en la lotería. Hay muchos motivos que explican este fenómeno. Uno de ellos es que tendemos a no tener en cuenta otros factores, como nuestros recursos de afrontamiento naturales. ¿Alguna vez te has encontrado en una situación en la que creías que iba a suceder algo malo pero cuando al final sucedió no te sentiste tan mal como habías anticipado?

El yo, la rumiación y la preocupación

Varios teóricos han abordado cómo contribuyen la rumiación y los procesos autorreferenciales negativos a los trastornos emocionales y, especialmente, a la depresión. Al igual que otros autores,⁶² defino la rumiación como un proceso cognitivo (y con frecuencia también verbal), repetitivo y desadaptativo, normalmente centrado en el pasado, asociado a procesos autorreferenciales negativos y al afecto negativo. Pensar en el pasado, sin más, es un ejemplo de recuerdo y de reflexión. A diferencia de la rumiación, la reflexión no suele asociarse al afecto negativo.

La rumiación y la atención centrada en uno mismo comparten algunas características, pero también tienen características distintivas. La rumiación se ha definido como pensamientos que centran la atención de la persona en el estado

de ánimo depresivo y en las posibles causas y consecuencias de dicho estado de ánimo,⁶³ lo que deriva en más afecto negativo y le impide adoptar estrategias de afrontamiento adaptativas.

La preocupación es un proceso cognitivo relacionado con la rumiación. Ambas son estilos de pensamiento repetitivos y estrechamente vinculados.⁶⁴ La preocupación se ha estudiado sobre todo en relación con la ansiedad,⁶⁵ mientras que la rumiación se ha estudiado fundamentalmente en el contexto de la depresión.⁶⁶ La rumiación se refiere a la tendencia a centrarse en las causas y las consecuencias de los problemas, sin pasar activamente a la resolución de dichos problemas.⁶⁷ Por el contrario, la preocupación parece ser un intento de prevenir o minimizar los problemas en el futuro y podría actuar como una estrategia cognitiva de evitación para reducir el afecto negativo asociado a imágenes catastróficas intrusivas.⁶⁸ Varios estudios empíricos recientes sustentan esta diferenciación.⁶⁹

La preocupación es un proceso cognitivo desadaptativo y orientado al futuro acerca de una amenaza potencial. A medida que la amenaza se vuelve más inminente, la preocupación puede convertirse en ansiedad anticipatoria y luego, quizá, en miedo y en pánico, que se asocian a una mayor activación autónoma.⁷⁰ La preocupación se asocia a pensar acerca de un problema vago y no demasiado concreto, que lleva a una limitación de las imágenes mentales y proporciona estrategias insuficientes para resolver el problema.⁷¹ Se ha asociado a una reducción de la flexibilidad autónoma, como resultado de un tono vagal cardíaco bajo.⁷² Por ejemplo, Thayer y otros autores⁷³ demostraron que, en relación con los valores iniciales y condiciones de relajación, la preocupación inducida experimentalmente se asoció a un aumento de la frecuencia cardíaca, pero con un poder espectral de alta frecuencia (un indicador del tono vagal cardíaco) reducido.

Borkovec y Hu⁷⁴ demostraron este efecto inhibitorio de la preocupación sobre la actividad cardiovascular. En su estudio, pidieron a un grupo de alumnos universitarios con ansiedad a la hora de hablar en público que pensaran en cosas relajantes, neutras o preocupantes justo antes de visualizar la situación de hablar en público y, mientras, les medían la respuesta de la frecuencia cardíaca a partir de la situación inicial. La respuesta de la frecuencia cardíaca de los participantes en el grupo de los pensamientos preocupantes fue inferior a la que presentaron los participantes de la situación neutra cuya respuesta, a su vez, fue inferior a los que se habían relajado antes de la imaginación fóbica. Otros estudios han

demostrado también que preocuparse suele asociarse a más ansiedad y a más actividad alfa en la región frontal-izquierda, medida por electroencefalograma.⁷⁵ En el capítulo 8 se ofrece una explicación más detallada de la neurobiología de las emociones.

Los estudios que investigan procesos cognitivos suelen diferenciar entre los pensamientos verbales y las imágenes visuales. Al parecer, estos dos fenómenos cognitivos ejercen efectos muy distintos sobre la respuesta psicofisiológica. Por ejemplo, verbalizar una situación que da miedo suele inducir una respuesta cardiovascular inferior que imaginar visualmente la misma situación;⁷⁶ posiblemente, porque la verbalización se usa como una estrategia para la abstracción y el distanciamiento con el objetivo de reducir la activación simpática en respuesta a material aversivo.⁷⁷ Esto sugiere que la actividad verbal durante la preocupación está menos relacionada con los sistemas afectivos, fisiológicos y conductuales que las imágenes y que, por lo tanto, serían un mal vehículo para procesar información emocional.⁷⁸

La investigación apunta a distintos subtipos de ansiedad con marcadores biológicos diferentes.⁷⁹ En concreto, se ha planteado la hipótesis de que el hemisferio izquierdo está más implicado en presencia de elementos cognitivos y verbales potentes asociados al estado emocional ansioso, como durante la preocupación.⁸⁰ Por el contrario, se cree que el hemisferio derecho interviene más durante la anticipación de una amenaza inminente. Heller y otros⁸¹ distinguen entre la «aprensión ansiosa» y la «activación ansiosa». La aprensión ansiosa se define como un estado de ansiedad que se caracteriza predominantemente por componentes verbales y cognitivos y está orientado a acontecimientos negativos en el futuro. Por el contrario, el estado de activación ansiosa se caracteriza fundamentalmente por una respuesta somática de miedo y una activación fisiológica elevada. Los autores encontraron una activación parietal derecha relativamente mayor durante la activación ansiosa y una mayor asimetría frontal en favor del hemisferio izquierdo durante una tarea diseñada para inducir aprensión nerviosa.

Los procesos de preocupación pueden abordarse de manera efectiva transformando el pensamiento verbal en imágenes concretas, como una escena o una película mental. Estas imágenes pueden usarse para simbolizar la preocupación subyacente que da lugar a las experiencias emocionales específicas.

En la práctica: exposición a la preocupación

TERAPEUTA: Vamos a crear una imagen mental. Una imagen muy fea de lo peor que podría pasar. Tu marido ha perdido el trabajo y no ha podido encontrar otro, así que habéis agotado todos vuestros ahorros. Os habéis separado y vives sola en la calle. Imagina una escena concreta. ¿Qué ves?

LAUREN: Estoy sentada en la acera, mendigando.

TERAPEUTA: Descríbemelo con todos los detalles que puedas.

LAUREN: Hace calor y la gente pasa de largo, no me hacen caso.

TERAPEUTA: ¡Muy bien! Así que estás sudando y hueles a sudor, porque hace calor y hace semanas que no te duchas. Te sientes abandonada y sola. Cierra los ojos e imagina esa imagen con todo el realismo que puedas. Si aparecen pensamientos que te distraen o quieres reprimir la imagen, reconoce el impulso pero vuelve a centrarte en la imagen. Experimenta la emoción que te produce la imagen sin intentar mejorarla. Mantén los ojos cerrados y mantente en esta situación durante unos minutos. Ya te diré cuándo puedes volver a abrir los ojos.

Tras el ejercicio, el terapeuta podría pedir a Lauren que puntuara el nivel de malestar en una escala de 0 (ningún malestar) a 100 (muchísimo malestar). Lo más probable es que la tarea genere un malestar elevado (60 o más). Si el nivel de malestar fuera inferior, el terapeuta debería explorar por qué, ya que es probable que el paciente esté usando estrategias de evitación experiencial para modular el nivel de malestar. Dichas estrategias de evitación deben eliminarse insistiendo en la importancia de experimentar plenamente la emoción para aprender estrategias alternativas para gestionarla.

Síntesis de aspectos con relevancia clínica

- Los procesos relacionados con el yo (autoconocimiento, autoconciencia y atención centrada en uno mismo) llevan a la autopercepción y a autoevaluaciones que pueden ser positivas o negativas y estar asociadas al afecto negativo. El terapeuta puede acceder a la percepción que el cliente tiene de sí mismo pidiéndole que se describa. («Soy »).
- El yo cambia con el tiempo. El «yo real» es el yo de la persona en el momento presente; el «yo ideal» es el que uno querría ser; y el «yo normativo» es el que la persona cree que otros quieren que sea. La discrepancia entre el yo real y el yo ideal puede generar depresión, mientras que la discrepancia entre el yo real y el yo normativo puede generar estrés y ansiedad.

- Las personas usan estrategias para proteger el yo. Algunas de estas estrategias de autoprotección incluyen el pensamiento contrafactual (imaginar resultados de conductas alternativas que podrían haberse llevado a cabo en el pasado) y el pensamiento prefactual (anticipar una emoción futura acerca de una decisión que se toma en el presente).
- Las personas tienden a sobreestimar la intensidad del afecto negativo y positivo que creen que experimentarían de suceder un acontecimiento concreto, porque suelen subestimar la importancia de los procesos autorreguladores y no tienen en cuenta las circunstancias que co-ocurrirán con ese acontecimiento en el futuro (es lo que se conoce como «focalismo»).
- El autocontrol es la capacidad para demorar la recompensa controlando las propias emociones e impulsos para recibir recompensas en el futuro. La falta de autocontrol se asocia a un mal ajuste psicológico, físico y social.
- La rumiación y la preocupación son procesos cognitivos desadaptativos que incluyen procesos centrados en el yo y que conducen a un afecto negativo. La rumiación suele centrarse en acontecimientos pasados, mientras que la preocupación tiende a estar orientada hacia el futuro. Ambos estilos de pensamiento tienden a ser procesos verbales repetitivos en lugar de imágenes, son poco concretos y en muy pocas ocasiones conducen a una solución efectiva del problema.

CAPÍTULO 5

REGULACIÓN EMOCIONAL

A pesar de que parece que las emociones suceden de forma automática, disponemos de cierto grado de control sobre nuestra experiencia emocional. Podemos evitar las situaciones, personas o desencadenantes que suscitan respuestas emocionales; podemos negarnos a permitir que una emoción nos altere; o podemos cambiar de opinión acerca de la situación que ha suscitado la emoción. Otros aspectos importantes que determinan nuestra experiencia emocional son las expectativas y el contexto en que aparece la emoción.

La experiencia de una emoción puede ser privada. En otras ocasiones, buscamos contacto humano para sentirnos mejor o para intensificar nuestra experiencia emocional. Por lo tanto, la regulación emocional incluye procesos intra e interpersonales. En este capítulo hablaremos de las múltiples maneras en que podemos controlar y regular las emociones. Analizaré tanto las estrategias de regulación emocional intrapersonales (estrategias relativamente independientes del contexto social) como las interpersonales (estrategias que implican a terceras personas).

Definir la regulación emocional

En comparación con otros animales, los seres humanos tienen una gran capacidad para regular sus emociones con el objetivo de ajustar la conducta a las demandas situacionales. Esta habilidad parece ser evolutivamente adaptativa¹ y se relaciona con los procesos de evaluación cognitiva que distinguen a los seres humanos de los no humanos.² Thompson³ define así la regulación emocional:

La regulación emocional consiste en los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de controlar, evaluar y modificar las reacciones emocionales, sobre todo en lo que concierne a las características de intensidad y tiempo, para conseguir los objetivos personales.

Esta definición entiende que la regulación emocional no es un concepto unitario, sino un constructo amplio que incluye varios procesos relacionados vagamente. Más específicamente, esta definición sugiere que: (1) la regulación emocional puede consistir en mantener, intensificar o inhibir emociones; (2) la regulación emocional influye sobre varios aspectos de la experiencia emocional, como la valencia, la intensidad y la temporalidad; (3) las emociones no solo pueden modificarse mediante estrategias de autorregulación, sino que también pueden ser reguladas por otros; (4) la regulación emocional tiene una función (las emociones se regulan por un motivo y están orientadas a un objetivo). A partir de esta conceptualización, Gross⁴ definió la regulación emocional como el proceso por el que las personas influyen sobre qué emociones tienen y cuándo las tienen y también sobre cómo las experimentan y las expresan.

Regulación emocional y afrontamiento

La literatura reciente sobre la regulación emocional tiene mucho que ver con la literatura sobre el afrontamiento, que es anterior. El afrontamiento se define como el esfuerzo cognitivo y conductual para gestionar estresores.⁵ Hay dos tipos básicos de estrategias de afrontamiento: las que se centran en el problema (orientadas a modificar la situación estresante) y las que se centran en la emoción (orientadas a regular la respuesta ante el estresor). Ambos tipos de estrategias pueden aplicarse por separado o simultáneamente.⁶

Resulta difícil definir el estrés. Las primeras definiciones lo presentaban o bien como un estímulo o agente que plantea demandas al organismo o bien como una respuesta del organismo ante estímulos concretos. Otros teóricos distinguieron entre el «estresor» y la «reacción de estrés», donde el estresor es el acontecimiento externo y el estímulo desencadenante y la reacción de estrés es la respuesta a dicho estímulo.⁷ Una estrategia útil de reducción del estrés consiste en aplicar técnicas de relajación, como la relajación muscular progresiva (apéndice II). Usar esta técnica con regularidad suele beneficiar a los clientes que experimentan niveles elevados de estrés. El ejercicio físico regular es igualmente efectivo a la hora de reducir el estrés.

Lazarus⁸ propuso un modelo integrativo del estrés, al que definió como una transacción dinámica entre la persona y el ambiente que la persona juzga que desborda o supera sus recursos y pone en peligro su bienestar. Este modelo

transaccional cognitivo-mediacional destaca la evaluación cognitiva como un elemento clave del estrés y propone que los acontecimientos estresantes se consideran exigentes tras una evaluación cognitiva inicial. Por lo tanto, ninguna situación concreta es estresante por sí misma: lo que la vuelve estresante es la evaluación subjetiva de que es difícil o exigente de algún modo. Otros factores que favorecen el estrés son las creencias acerca de la propia capacidad para acceder a estrategias de afrontamiento adecuadas para superar los retos estresantes; y aún más: las variaciones en las características de la personalidad modulan tanto las evaluaciones como las respuestas.⁹

El modelo asume que la desadaptación no es resultado directo del estrés, sino de la interacción entre el ambiente y las vulnerabilidades y recursos disponibles de cada persona. Estas variables individuales determinan el «estilo de afrontamiento» de la persona, que es el modo habitual en que responde al estrés.¹⁰ Se considera que el afrontamiento es un proceso consciente y orientado a un objetivo, mientras que se entiende que los estilos de afrontamiento, que surgieron de la tradición psicoanalítica, son fundamentalmente inconscientes. Por lo tanto, ni la elección que se acaba tomando ni la secuencia de procesos de afrontamiento están determinadas únicamente por la evaluación de la situación (si podemos cambiarla o controlarla), sino también por los recursos que la persona cree tener (como salud, rasgos de personalidad, creencias acerca del control personal y habilidades, apoyo social, recursos materiales) y por los límites personales y ambientales que pueden interferir con los esfuerzos de afrontamiento o que pueden exigir el uso de estrategias alternativas.¹¹

Regulación intrapersonal de la emoción

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción definidas por Lazarus y Folkman¹² incluyen las estrategias de regulación emocional definidas por Gross,¹³ cuyo modelo de regulación intrapersonal de la emoción ha ejercido una gran influencia sobre la investigación clínica.¹⁴ Asume que las emociones pueden regularse en las distintas fases de la generación emocional: (1) selección de la situación, (2) modificación de la situación, (3) despliegue de atención, (4) modificación de la evaluación cognitiva y (5) modulación de las respuestas. Las estrategias de regulación emocional pueden diferenciarse en dos categorías amplias: estrategias «centradas en la respuesta» y estrategias «centradas en los

antecedentes», en función de sobre qué momento del proceso que suscita la emoción se intervenga. Las estrategias de regulación emocional centradas en los antecedentes ocurren antes de que la respuesta emocional se haya activado completamente. Incluyen tácticas como la modificación de la situación, el despliegue de atención y la reestructuración cognitiva de la situación. La represión es una estrategia de regulación emocional centrada en la respuesta que implica intentos de alterar la expresión o la experiencia emocional después de que se hayan iniciado las tendencias de respuesta.

El término *estrategia centrada en los antecedentes* puede resultar engañoso, porque sugiere que la persona usa estrategias antes de que la emoción aparezca. Sería más adecuado decir que algunas estrategias se utilizan en una fase temprana para reducir la intensidad o para modificar la cualidad de una emoción, en lugar de para impedir la experiencia de la misma.

En experimentos típicos para estudiar las estrategias de regulación intrapersonal de la emoción¹⁵ se pide a participantes sanos que miren imágenes que difieren en saliencia emocional. Algunas de esas imágenes (por ejemplo, una mano humana amputada) pueden suscitar reacciones negativas intensas, como asco. Las variables dependientes suelen incluir malestar subjetivo y medidas psicofisiológicas de respuesta antes, durante y después de haber visto las imágenes. Cuando usan este paradigma, Gross y otros suelen observar que dar instrucciones diferentes sobre qué hacer cuando se vean las imágenes puede ejercer un impacto significativo sobre las respuestas subjetivas y psicofisiológicas del sujeto.

En concreto, y al contrario de lo que sucede con la represión, la reevaluación suele provocar resultados deseables. Así los participantes informaron de menos malestar y activación cuando se les pidió que reevaluaran las imágenes de un modo que les afectara menos. Por el contrario, cuando se les pidió que reprimieran las emociones mientras miraban imágenes emocionales (por ejemplo, comportándose de tal modo que nadie pudiera saber cómo se sentían por dentro), los participantes experimentaron un mayor malestar subjetivo y activación psicofisiológica en comparación con las personas que no intentaron reprimir sus emociones.

La represión y la reevaluación son las dos estrategias de regulación más estudiadas. Gross¹⁶ ubica estas estrategias en distintos puntos de su modelo de procesamiento emocional. La figura 5.1 ilustra el modelo procesual de regulación emocional de Gross y muestra los distintos puntos del proceso que

suscita la experiencia emocional (el «proceso generador de emoción»). Una vez seleccionada una situación, puede adaptarse para modificar su impacto emocional (modificación de la situación). Algunas situaciones no son fáciles de cambiar (S1x), mientras que otras ofrecen cierto margen de maniobra (S2x-S2z). Además, las situaciones difieren en su nivel de complejidad y algunas son sencillas y se caracterizan por un único aspecto (a1), mientras que otras son más complejas y cuentan con varios aspectos (a1-a5). En una fase posterior, puede usarse el «despliegue de atención» para orientar la atención. Durante la fase de «evaluación cognitiva», la persona selecciona los posibles significados de una situación (sg1-sg3). Dependiendo de la selección aparecen tendencias de respuesta emocional, asociadas a reacciones conductuales, experienciales y fisiológicas. Finalmente, durante la fase de «modulación de la respuesta», la persona puede influir sobre las tendencias de respuesta ya activadas (por ejemplo C, C+, C-). Las flechas continuas indican un ejemplo de la estrategia de la persona.

Hasta la fecha, los resultados de las investigaciones empíricas han coincidido en sugerir que las estrategias centradas en antecedentes son relativamente efectivas a la hora de regular la emoción a corto plazo, mientras que las estrategias centradas en la respuesta tienden a ser contraproducentes.¹⁷

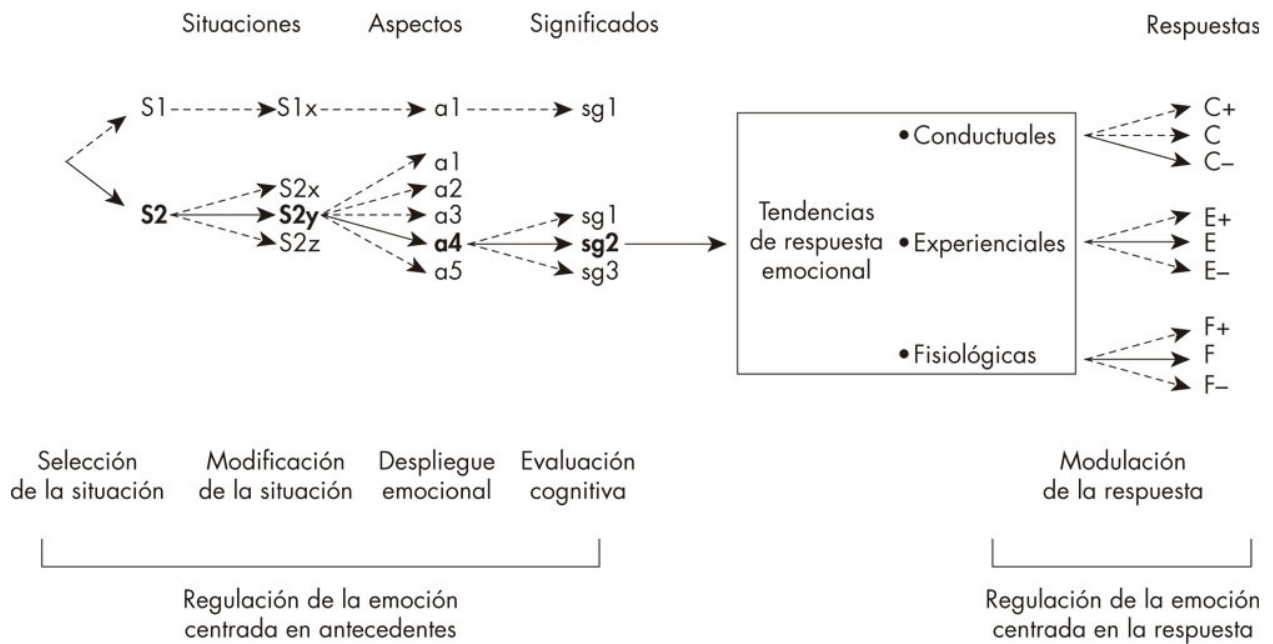


FIGURA 5.1. Modelo del proceso de regulación emocional de Gross. De Gross, J. J., «The emerging field of emotion regulation: An integrative review», en *Review of General Psychology*, 2, pp. 271-299, 1998b. ©Asociación Americana de Psicología. Reproducido con autorización.

EFFECTOS DE LA REGULACIÓN INTRAPERSONAL DE LA EMOCIÓN DESREGULADA

Más recientemente, varios autores han explorado la función de la regulación y la desregulación intrapersonal de la emoción en los trastornos emocionales¹⁸ y, sobre todo, en los trastornos de ansiedad.¹⁹ Esta literatura sugiere que las personas que presentan desregulación emocional son más susceptibles de desarrollar trastornos emocionales, como depresión, o son más vulnerables a experimentar malestar emocional de mayor duración y severidad que las personas que no presentan estas desregulaciones. Por ejemplo, se ha demostrado que las personas con ansiedad y trastornos del estado de ánimo suelen juzgar su afecto negativo en respuesta a una película perturbadora como menos aceptable y tienden a reprimir sus emociones en mayor medida que las personas no ansiosas.²⁰ Además, cuando se les indica que repriman sus emociones, las personas con un diagnóstico clínico de ansiedad o de depresión informan de mayor activación autónoma que las personas a las que se pide que acepten sus emociones en respuesta a una película perturbadora durante la fase de recuperación (se pidió a los pacientes que se limitaran a permanecer sentados después de la película). Esta conclusión sugiere que reprimir material emocional hace que el contenido resulte más intrusivo y persistente que aceptar la información.²¹

Se han constatado efectos similares en personas a las que se pidió que llevaran a cabo una tarea de estrés social.²² En un estudio se asignó aleatoriamente a los participantes a reevaluar, reprimir o aceptar la ansiedad anticipatoria antes de improvisar un discurso. Las instrucciones de reprimir la ansiedad se asociaron a un mayor aumento de la activación fisiológica en comparación con la instrucción de reevaluar o de aceptar. Además, el grupo de la represión informó de más ansiedad subjetiva que el grupo de la reevaluación. Sin embargo, no hubo diferencias en la respuesta de ansiedad subjetiva entre los grupos de aceptación y de represión. Estas conclusiones sugieren que tanto

reevaluar como aceptar la ansiedad resulta más eficaz a la hora de moderar la activación psicológica que reprimirla, pero que reevaluarla es más eficaz a la hora de moderar la sensación subjetiva de ansiedad que los intentos de reprimirla o de aceptarla. Este estudio demostró que la reevaluación cognitiva de la respuesta emocional a un discurso improvisado modera la ansiedad más eficazmente que los intentos de aceptar o de reprimir la respuesta.

LA PARADOJA DE LA REPRESIÓN

Los estudios han demostrado los efectos paradójicos de la represión a la hora de regular el dolor,²³ el anhelo de consumir sustancias o alcohol,²⁴ la ira,²⁵ la ansiedad²⁶ y la vergüenza en participantes no clínicos²⁷ y también en poblaciones con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.²⁸ También se ha visto que la instrucción de reprimir la respuesta emocional suscitada por imágenes atenúa la magnitud del reflejo de parpadeo por sobresalto (una respuesta fisiológica asociada al miedo) en comparación con la instrucción de reevaluarlas o de aceptarlas.²⁹

La evidencia que asocia la supresión de la emoción a un aumento del afecto negativo y de la activación fisiológica puede ubicarse en el contexto más amplio de la literatura sobre la supresión de otros estados (por ejemplo, pensamientos o miedo). Wegner, Schneider, Carter y White³⁰ demostraron que el intento de reprimir los pensamientos acerca de un oso aumentaba, paradójicamente, la frecuencia de dichos pensamientos durante un periodo postsupresión en el que los participantes tenían libertad para pensar sobre cualquier cosa. La investigación posterior ha establecido relaciones entre este efecto rebote como fenómeno de laboratorio y los trastornos clínicos. Por ejemplo, la represión del pensamiento se ha asociado a un incremento de la respuesta galvánica de la piel a pensamientos emocionales,³¹ lo que sugiere que eleva la activación simpática. La evidencia también ha demostrado la ineficacia de los intentos de reprimir el dolor.³² En el capítulo 8 expondremos de forma más detallada la neurobiología de la regulación emocional.

El incremento aparentemente paradójico de la activación cuando se intenta reprimir una emoción es congruente con estudios que demuestran los efectos paradójicos de intentar reprimir pensamientos o imágenes. En otras palabras, cuanto más intentemos que algo no nos moleste, más nos molestará. Este

fenómeno se observa en prácticamente cualquier estímulo, ya sean imágenes, pensamientos, cosas en nuestro entorno (como un grifo que gotea o el tictac de un reloj) o emociones.

La autoobservación y el control necesarios para reprimir el estímulo producen el efecto paradójico de hacer que el estímulo se vuelva intrusivo y, por lo tanto, desagradable. Además, la naturaleza intrusiva del estímulo reprimido tiende a perdurar y continúa en el periodo postrepresión, cuando los sujetos vuelven a tener libertad para pensar en lo que quieran.³³ Los intentos de reprimir el dolor tampoco son eficaces.³⁴

En la práctica: la paradoja de la represión

Reprimir pensamientos, emociones y conductas provoca el efecto paradójico de que, sea lo que sea que se esté reprimiendo, se vuelve intrusivo y adquiere una valencia negativa. El acto de reprimir exige estar muy pendiente, lo cual obliga a la persona a atender, precisamente, a lo que está intentando evitar. Esto puede demostrarse con el test de represión del oso polar.³⁵ La persona recibe las instrucciones siguientes: (1) Cierra los ojos e imagina un oso polar. Imagínatelo con gran claridad. (2) Durante un minuto, piensa en cualquier cosa menos en ese oso polar. (3) Si el oso polar aparece sin querer, levanta un dedo de la mano para llevar la cuenta de cuántas veces has pensado en el oso. Empieza ahora.

Los osos polares carecen de un significado específico (y es posible que incluso se asocien a emociones positivas). Si el pensamiento o la imagen hubiera tenido significado personal o una valencia negativa, la represión del pensamiento hubiera sido aún más complicada y hubiera evocado emociones negativas. Por ejemplo, el pensamiento intrusivo de matar a su bebé recién nacido perturbaría mucho a una madre que quiere a su hijo, en parte porque la imagen en sí resulta perturbadora y en parte porque quizá le preocuparía que el pensamiento quisiera decir que es mala persona o que está loca.

Por lo tanto, los intentos de reprimir pensamientos o emociones hacen que dichos pensamientos o emociones se vuelvan más intrusivos y perturbadores. Por eso, cuanto más intentamos no reír más nos cuesta contener la risa. Debido a su efecto paradójico, la represión suele ser una estrategia de regulación emocional desadaptativa.

ADAPTATIVIDAD DE LAS ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Las estrategias de represión suelen ser desadaptativas, mientras que las de reevaluación suelen ser adaptativas, tal y como explicaremos con más detalle en el capítulo 6. Sin embargo, ninguna estrategia concreta es siempre adaptativa o desadaptativa.³⁶ De hecho, que una estrategia sea o no adaptativa depende de múltiples factores, tales como las demandas de la situación, la consecución de objetivos y el grado hasta el que se aplica la estrategia. Aunque la tendencia a

reprimir el afecto suele citarse como ejemplo de estrategia desadaptativa, podemos pensar en muchas situaciones en las que las estrategias de represión son adaptativas, si no esenciales, a la hora de ajustarse a las demandas de la situación. Por ejemplo, es muy adaptativo reprimir la ira en algunas situaciones interpersonales o reprimir el impulso de estallar en carcajadas durante el funeral de un familiar o de un amigo. Al mismo tiempo, las estrategias de represión pueden ser desadaptativas si conducen a efectos inesperados y contraproducentes. Una muestra sería que los intentos de reprimir el afecto aumentan la activación fisiológica.³⁷ En cambio, adoptar una actitud de aceptación hacia las emociones que surgen sin intentar cambiarlas ni evitarlas se ha asociado a una mayor persistencia en situaciones complicadas y a una reducción del malestar subjetivo.³⁸

La aceptabilidad y la tolerancia ante experiencias emocionales concretas podrían explicar el uso persistente de estrategias de regulación emocional inefectivas.³⁹ Cuando se empieza a experimentar una emoción, algunas personas responden evaluándola como intolerable y, en consecuencia, activan conductas de evitación y ocultación u otras intervenciones contraproducentes centradas en la respuesta. Algunos tratamientos desarrollados recientemente para los trastornos emocionales emplean técnicas dirigidas específicamente a estos juicios negativos acerca de las emociones y a las estrategias desadaptativas de control emocional.⁴⁰ También se emplean estrategias de atención plena con el mismo objetivo.

PROCESAMIENTO EMOCIONAL

Los teóricos que estudiaron la función que desempeñan las emociones en la psicoterapia adoptaron un modelo del procesamiento de la información⁴¹ que sugiere las siguientes etapas terapéuticas: (1) aceptar el afecto; (2) crear significado; (3) asumir responsabilidad; (4) suscitar el afecto y (5) modificar el afecto.

Foa y Kozak⁴² también adoptaron una perspectiva de procesamiento emocional en relación con las emociones. Su modelo terapéutico asume que la información emocional se almacena en forma de red en la memoria. En el caso del miedo, la terapia de exposición permite integrar información nueva que resulta incompatible con la información existente acerca del recuerdo que

provoca el miedo. Por ejemplo, si una niña tiene miedo a los perros porque cree que todos los perros son agresivos, integrará información nueva e incompatible si interactúa con un perro amistoso, lo que modificará la red de miedo existente e incorporará una sensación de seguridad («interactuar con perros es seguro»). Lo mismo sucede con otras formas de problemas relacionados con la ansiedad, como las conductas de miedo y de evitación de víctimas traumatizadas. El modelo asume que este aprendizaje de seguridad es resultado de la activación de la red de miedo combinada con la integración sólida de información incompatible (relacionada con la seguridad).

Una estrategia relativamente sencilla para facilitar el procesamiento emocional («trabajar» el recuerdo y la experiencia emocionales) es la «revelación escrita» estructurada, también conocida como «escritura expresiva».⁴³ Los experimentos que analizan los beneficios de la escritura expresiva suelen asignar aleatoriamente a los participantes a la condición experimental (escritura expresiva) o a una situación control de escritura. Se pide a los participantes del grupo experimental que escriban acerca de experiencias emocionales perturbadoras durante 15 o 20 minutos diarios y durante 3 o 4 días consecutivos, mientras que a los participantes del grupo de control se les pide que escriban acerca de temas superficiales, como la gestión del tiempo. Varios estudios han concluido que la escritura expresiva puede afectar positivamente a la salud física y mental. Por ejemplo, mujeres con trastorno por estrés postraumático informaron de menos síntomas depresivos después de 4 semanas de escritura expresiva, en comparación con el grupo de control.⁴⁴ Como la escritura expresiva incluye instrucciones para «dejarse ir» y expone a las personas a sus propias emociones cuando exploran sus «pensamientos y sentimientos más profundos» acerca de acontecimientos perturbadores, es posible que la escritura expresiva contrarreste los procesos cognitivos desadaptativos, como la rumiación y la cavilación, al tiempo que expone a la persona a emociones que antes intentaba evitar.

Escribir acerca de las propias emociones es una manera efectiva de facilitar el procesamiento emocional. El acto de escribir y de pensar acerca de un acontecimiento emocional permite que nos distanciemos un poco del origen del malestar y podamos así adoptar una postura más objetiva en relación con la situación o el acontecimiento.

Regulación interpersonal de la emoción

El modelo procesual de la regulación intrapersonal de la emoción de Gross ha sido muy influyente y ha estimulado muchas investigaciones, pero no carece de puntos débiles. En primer lugar, se trata de un modelo muy mecánico, unidimensional y unidireccional. Aunque las formulaciones más recientes del modelo⁴⁵ tienen en cuenta el *feedback* positivo y las relaciones recursivas, el modelo básico identifica una relación sencilla de entrada y salida entre los desencadenantes y las respuestas, como el modelo de la caja negra de Skinner (a pesar de su énfasis en los factores cognitivos). Los factores situacionales, como el contexto, y las expectativas no tienen cabida en este modelo. Además, este modelo procesual, que propone un proceso lento y de fases sucesivas que exige tiempo y deliberación, no puede explicar algunas (si no la mayoría) de las experiencias emocionales, como las respuestas rápidas de miedo o de agresividad. Por ejemplo, cuesta explicar una reacción inmediata de miedo o de sobresalto a partir del modelo procesual de fases sucesivas de Gross. Por último, y lo más importante, el modelo no tiene en cuenta los procesos interpersonales de regulación emocional.⁴⁶

La regulación emocional se inicia en las primeras relaciones de apego. La expresión emocional del bebé se convierte en el modo principal de comunicar sus necesidades a sus figuras de apego. Se ha propuesto que lo que empieza con la regulación de necesidades fisiológicas básicas mediante la expresión emocional se transforma gradualmente en regulación emocional.⁴⁷ La investigación sobre el apego ha demostrado que los niños utilizan la base segura como un medio para regular sus emociones cuando exploran el mundo.⁴⁸ Cuando aprenden que hay un lugar seguro al que regresar cuando se encuentran mal, los niños aprenden a confiar en que el mundo que les rodea es seguro. Este aumento de confianza se asocia, por lo tanto, a una reducción de la ansiedad, lo que permite a los niños alejarse de la base segura durante periodos de tiempo prolongados.⁴⁹

La regulación emocional se convierte en un aspecto fundamental de la socialización humana entre los 3 y los 6 años, cuando evoluciona la regulación social. Es el momento en que el niño aprende a responder a partir de los estados internos de los demás en lugar de en base a las conductas manifiestas y también el momento en el que aprende a relacionar su yo presente con el pasado y con el futuro.⁵⁰ Este proceso de aprendizaje depende en gran medida de la información

del entorno, que el niño recibe en forma de reacciones verbales y no verbales del cuidador en respuesta a sus emociones y del modo en que sus padres expresan y hablan de las emociones.⁵¹ Se desarrolla en el contexto de la interacción padre/madre-hijo, con influencias internas y externas que actúan sobre ambos a lo largo del tiempo.⁵² A medida que la función ejecutiva se va desarrollando, la regulación emocional pasa a ser más intencional y deliberada.⁵³ Por lo tanto, el desarrollo de la regulación emocional está íntimamente relacionado con las experiencias con los padres y con la familia desde el principio del desarrollo, y esas influencias empiezan a incluir, con el tiempo, la influencia de los iguales.⁵⁴

El desarrollo de los sistemas afectivo y cognitivo que subyacen a la regulación emocional prosigue hasta la adolescencia.⁵⁵ Por ejemplo, la relación entre la emoción y la depresión adolescente está mediada por las respuestas de apoyo que los padres den ante la emoción.⁵⁶ La investigación ha relacionado el modelado de los padres en el procesamiento de su propia regulación emocional, además de sus respuestas ante las emociones de los niños, con el desarrollo tanto de ansiedad como de depresión.⁵⁷

Las relaciones de apego adulto son un reflejo del vínculo entre el bebé y su cuidador, quizá por las posibles ventajas evolutivas del apego en diádas.⁵⁸ Por lo tanto, los adultos tienden a experimentar afecto negativo cuando se sienten aislados socialmente, mientras que los vínculos sociales y la filiación social se asocian al afecto positivo.⁵⁹ Esta breve presentación de la literatura sobre el desarrollo apunta con claridad a la importancia de las relaciones sociales para la regulación emocional. De hecho, la regulación emocional aparece en un contexto social e integra estándares y normas sociales. Durante todo su desarrollo, la persona aprende estrategias para regularse a sí misma y a sus emociones. Las estrategias de regulación inadecuadas pueden producir estrés emocional. Además, se ha demostrado que el apoyo social es un predictor general importante de salud psicológica. El apoyo social hace referencia a los recursos psicológicos y materiales que la persona necesita para reforzar su capacidad para afrontar el estrés.⁶⁰ La soledad y el aislamiento social percibidos, una expresión extrema de bajo apoyo social, es un predictor potente de salud emocional y, sobre todo, de la depresión.⁶¹ Por el contrario, el apoyo social es una protección importante ante el estrés psicológico y contribuye a la fortaleza emocional frente a las adversidades.

La naturaleza del apoyo social puede ser instrumental (objetos materiales), informativa (orientación para facilitar el afrontamiento o la resolución de

problemas) y emocional (empatía). El apoyo social percibido parece ser más importante para la salud emocional que el recibido (actuado),⁶² por ejemplo en el caso de la depresión.⁶³ Sin embargo, aún no entendemos del todo el mecanismo por el que el apoyo social afecta al bienestar emocional. Se ha propuesto que la regulación interpersonal de la emoción podría funcionar como un mecanismo proximal mediante el que el apoyo social afecta al bienestar emocional.⁶⁴

Hace poco se ha propuesto una estructura de regulación interpersonal de la emoción⁶⁵ que distingue entre estrategias de regulación interpersonal «intrínsecas» y «extrínsecas» y «dependientes de la respuesta» e «independientes de la respuesta». La regulación interpersonal intrínseca alude al proceso por el que la persona regula sus emociones pidiendo ayuda a otros. Por el contrario, la regulación interpersonal extrínseca ocurre cuando una persona regula las emociones de otra. Estos procesos pueden ser dependientes o independientes de la respuesta. Son dependientes si dependen de una respuesta concreta por parte de un tercero y son independientes si no necesitan que el otro responda de una manera concreta (o si no puede hacerlo).

En el caso de la regulación emocional interpersonal intrínseca, la persona quiere regular su propia emoción con la ayuda de otro. Un ejemplo de ello podría ser Kathleen, una mujer con trastorno de pánico y agorafobia que tiene miedo a ir sola a los centros comerciales. Sin embargo, puede hacerlo si la acompañan su marido o una amiga médica (la doctora Smith). Al pedir a su marido o a la doctora Smith que la acompañen al centro comercial, Kathleen puede regular (reducir) su ansiedad. Los factores interpersonales que regulan la ansiedad de Kathleen son ligeramente distintos si la acompaña su marido que si la acompaña la doctora Smith.

Los motivos de Kathleen para solicitar la compañía de su marido o de la doctora Smith son ligeramente distintos. El mero hecho de sentir la presencia afectuosa de su marido hace que Kathleen se relaje, a pesar de que él no podría responder de manera adecuada si ella tuviera una emergencia médica («me apoyarás»). Por su parte, el marido puede ofrecerse a acompañar a Kathleen por el mismo motivo («siente mi amor»). El primer motivo es un ejemplo de regulación emocional interpersonal intrínseca e independiente de la respuesta, mientras que el segundo es un ejemplo de regulación emocional interpersonal extrínseca dependiente de la respuesta.

A diferencia del marido, la amiga de Kathleen, la doctora Smith, tiene formación médica y podría intervenir con eficacia si Kathleen sufriera una

emergencia médica, lo que es un ejemplo de regulación emocional dependiente de la respuesta. En función de si la regulación está motivada por la propia Kathleen («me salvarás») o por la doctora Smith («haré que te encuentres mejor»), podremos distinguir de nuevo entre regulación emocional intrínseca o extrínseca y dependiente de la respuesta. Estos procesos ortogonales dan lugar a una matriz 2x2: procesos extrínsecos e intrínsecos que son dependientes o independientes de la respuesta (figura 5.2).

Al igual que las estrategias intrapersonales de regulación de la emoción pueden resultar adaptativas o desadaptativas, las estrategias interpersonales también pueden ser adaptativas (si protegen del estrés emocional) o desadaptativas (si contribuyen a perpetuar el problema). La presencia de una persona de seguridad es un ejemplo de estrategia desadaptativa de regulación emocional. La persona de seguridad proporciona a Kathleen sensación de seguridad, lo que reduce el nivel de miedo que suele estar asociado a entrar en el centro comercial y, por lo tanto, actúa como estrategia de regulación emocional. Clínicamente, se entiende que es una estrategia desadaptativa, porque la presencia de la persona de seguridad contribuye a mantener el miedo irracional de Kathleen a entrar sola en el centro comercial. El uso frecuente o habitual de estrategias interpersonales de regulación emocional puede reducir la sensación de control del paciente sobre su propia experiencia emocional. Por lo tanto, la regulación emocional interpersonal puede ser desadaptativa si el paciente acaba dependiendo de personas o grupos concretos para regular su afecto.

| | | Tipos de regulación | |
|------------|--------------------------------|--|---|
| | | Intrínseca | Extrínseca |
| Mecanismos | Independientes de la respuesta | «Me apoyarás.» Kathleen le pide a su marido que la acompañe al centro comercial. | «Siente mi amor.» El marido de Kathleen se ofrece a acompañarla al centro comercial. |
| | Dependientes de la respuesta | «Me salvarás.» La doctora Smith accede a acompañar a Kathleen al centro comercial, por si necesita intervenir en caso de emergencia médica. | «Haré que te encuentres mejor.» La doctora Smith se ofrece a acompañar a Kathleen al centro comercial, por si sufre una emergencia médica. |

FIGURA 5.2. Ejemplos de estrategias interpersonales de regulación emocional. Kathleen sufre trastorno de pánico con agorafobia y le da miedo ir al centro comercial.

Ampliar la regulación emocional para que incluya los procesos interpersonales ofrece una interesante perspectiva transdiagnóstica de los trastornos emocionales. Además, tiene en cuenta el contexto más amplio (social) de la conducta y la experiencia emocional de la persona. A pesar de estas ventajas, el modelo de regulación interpersonal de la emoción tiene varios puntos flacos. En primer lugar, aún no disponemos de instrumentos que permitan medir las estrategias interpersonales de regulación emocional. Por lo tanto, la evidencia empírica directa del impacto de dichas estrategias sobre el malestar emocional es relativamente débil. Cualquier instrumento de evaluación deberá tener en cuenta la influencia del contexto cultural, porque las estrategias interpersonales de regulación emocional están directamente relacionadas con los estándares y las expectativas sociales. Finalmente, desconocemos cómo interactúan las estrategias inter e intrapersonales de regulación emocional y aún no se ha estudiado la importancia relativa de estos grupos de estrategias combinados.

Cuando las personas han forjado relaciones íntimas, es muy probable que la regulación emocional no se limite a estrategias intrapersonales, sino que también incluya estrategias interpersonales. En el caso de personas con trastornos crónicos, es probable que estas estrategias sean desadaptativas y contribuyan al mantenimiento de los trastornos. En el caso de los trastornos de ansiedad, las conductas de evitación constituyen uno de los principales factores de mantenimiento.⁶⁶ La presencia de personas de seguridad es un ejemplo de estrategia de evitación. Si las enmarcamos en el modelo interpersonal de regulación emocional, las personas de seguridad contribuyen al mantenimiento del trastorno de ansiedad porque se convierten en estrategias de regulación emocional interpersonal intrínsecas y tanto dependientes como independientes de la respuesta desadaptativa.

Tanto si ocurre de forma deliberada como si no, la persona de seguridad reduce el malestar del paciente dándole sensación de seguridad. A través de la exposición repetida y prolongada a la amenaza en ausencia de señales de seguridad (las personas de seguridad) y de conductas de evitación, la persona es capaz de reevaluar el peligro percibido y, así, modificar la expectativa de daño y la aprensión ansiosa.⁶⁷ La probabilidad de que estos cambios ocurran es mayor si se dan las señales internas de miedo y otros contextos significativos⁶⁸ y si el resultado de la situación temida es inesperadamente positivo, porque obliga a la persona a reevaluar la amenaza real de la situación.

El proceso de aprendizaje de extinción se entiende mejor si se plantea como un aprendizaje nuevo (la adquisición de sensación de seguridad en una situación social) que como la debilitación de una asociación de miedo aprendida con anterioridad. El modelo interpersonal de regulación emocional ofrece otra estructura teórica desde la que entender el contexto interpersonal y social que contribuye al mantenimiento de la ansiedad. Educar a la pareja del paciente acerca de su papel en este proceso puede reforzar la eficacia de los procedimientos de exposición. A continuación transcribimos una conversación entre Kathleen, una paciente con trastorno de pánico y agorafobia, Mike, su marido, y el terapeuta.

TERAPEUTA: Me alegro de conocerte, Mike. Kathleen me ha hablado muy bien de ti.

MIKE: Yo también me alegro.

TERAPEUTA: ¿Te ha explicado Kathleen por qué pensé que necesitábamos hacer una sesión conjunta?

MIKE: Sí, me explicó que querías hablar conmigo sobre cómo puedo ayudarla con el pánico.

TERAPEUTA: Exacto. Como ya sabes, Kathleen se ha esforzado mucho entre sesión y sesión con exposiciones a algunas de las cosas que le dan miedo y tú la has estado ayudando bastante.

MIKE: Sí, claro. Una vez incluso tomamos la ruta más larga para venir aquí y cruzamos dos veces el puente Zakim.

TERAPEUTA: Fantástico. ¿Cómo fue, Kathleen?

KATHLEEN: Pues creo que fue bastante bien, aunque igualmente estaba muy nerviosa. Pero pude hacerlo. Me alegro de que Mike estuviera sentado junto a mí.

TERAPEUTA: ¿Crees que hubieras podido hacerlo de no haber estado Mike en el coche?

KATHLEEN: No estoy segura... quizá sí. La verdad es que me ayuda mucho que Mike esté ahí.

TERAPEUTA: Y es fantástico que te sientas tan cómoda cuando está él. Es obvio que os apoyáis mucho y eso es muy especial. Se ve que os queréis. La presencia de Mike te facilita las exposiciones. Ya lo hemos visto con varios de los ejercicios que has realizado durante las semanas anteriores. ¿Se te ocurre algún motivo por el que esto podría ser un problema?

KATHLEEN: ¿Un problema que Mike me ayude tanto, quieres decir?

TERAPEUTA: No, no creo que haya ningún problema con que Mike te ayude en general. En realidad es maravilloso. Lo que quiero decir es si crees que podría ser un problema que Mike esté contigo durante las exposiciones. ¿Qué diferencia hay entre enfrentarte a las exposiciones sola o en compañía de Mike? ¿Qué te resulta más difícil?

KATHLEEN: Obviamente, cuando tengo que hacerlo sola.

TERAPEUTA: ¿Por qué?

KATHLEEN: Porque Mike hace que me sienta mejor.

TERAPEUTA: Mike, ¿tú qué piensas?

MIKE: Que haría lo que fuera para acabar con esto.

TERAPEUTA: Muy bien, y ese es precisamente el motivo por el que te he pedido que vinieras hoy. El pánico es una experiencia terrible, debilita a la persona y entiendo perfectamente que quieras acompañar a Kathleen a sus exposiciones, igual que entiendo perfectamente que Kathleen quiera que estés ahí. A corto plazo tiene sentido, porque hace que las exposiciones sean más soportables. Sin embargo, crea un gran problema a largo plazo. Tu presencia facilita las exposiciones de Kathleen, porque te has convertido en lo que llamamos una «persona de seguridad». Aunque suena muy bien, en realidad es un problema grave. Contar con una persona de seguridad durante una exposición es una forma de evitación. No se evita la situación en sí misma, pero sí se evita afrontar la ansiedad a solas, y la persona seguirá teniendo miedo a la situación hasta que pueda enfrentarse a su miedo sin ninguna estrategia de evitación. Kathleen, ¿por qué no le explicas a Mike cómo la evitación mantiene la ansiedad? Me gustaría que Mike se convirtiera en mi coterapeuta y me ayudara en las exposiciones entre sesión y sesión y creo que deberíamos ponerle al día de lo que hemos estado hablando.

REGULACIÓN INTERPERSONAL DE LA EMOCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Aunque existe una literatura relativamente amplia acerca de la relación entre la depresión y la interacción de pareja, las conclusiones son ambiguas y contradictorias.⁶⁹ El malestar en la relación de pareja y la depresión están estrechamente asociados e interrelacionados.⁷⁰ La mayoría de los estudios en esta área analizan la comunicación desde un paradigma de conflicto o de resolución de problemas. Estos estudios sugieren que la comunicación de la pareja en una relación en que uno de los miembros está deprimido se caracteriza por una mayor frecuencia de comunicación negativa y una menor frecuencia de comunicación positiva.⁷¹ Por lo tanto, la mayoría de los estudios de intervención han intentado mejorar las pautas de comunicación usando principios conductuales; sin embargo, los resultados de dichos estudios han sido decepcionantes.⁷²

Cuando se adopta la perspectiva de la regulación interpersonal de la emoción aparecen distintos objetivos de intervención. Por ejemplo, se ha visto que las esposas que presentaban síntomas depresivos valoraban menos positivamente las conductas de ayuda de sus maridos.⁷³ Del mismo modo, la comunicación desadaptativa no se asociaba siempre a la depresión, sino que dependía del estado emocional de la esposa: las esposas se comunicaban más negativamente con los maridos durante una tarea de resolución de problemas cuando referían síntomas depresivos y se les inducía un estado de ánimo depresivo.⁷⁴ En otras palabras, el estado emocional de la esposa moderaba la relación entre el conflicto marital y la depresión. Por lo tanto, es muy poco probable que la formación en comunicación tenga éxito a no ser que se aborde también la relación funcional entre la conducta de la pareja y las emociones (¿cómo contribuye el cónyuge a las estrategias desadaptativas de regulación emocional?). Por ejemplo, el marido podría emplear la regulación emocional extrínseca hacia su esposa para gestionar su propia frustración con el trabajo. El marido de Kathleen podría reforzar la dependencia de ella para compensar su propia inseguridad y miedo a que pueda abandonarlo si se vuelve más independiente. Proporcionar formación sobre comunicación y resolución de problemas sin tener en cuenta estos procesos de regulación interpersonal de la

emoción podría incluso acentuar el problema actual del paciente. El caso de Kathleen ilustra estos procesos y mecanismos de la regulación interpersonal de la emoción.

Síntesis de aspectos con relevancia clínica

- La regulación emocional consiste en mantener, reforzar e inhibir las emociones. Mediante la regulación emocional podemos influir sobre la valencia, la intensidad y las características temporales de una emoción. Las emociones no se modifican únicamente mediante estrategias de autorregulación, sino que también pueden ser reguladas por otros. La regulación emocional tiene una función; es decir, las emociones se regulan por un motivo y están orientadas a un objetivo.
- Las estrategias de regulación emocional pueden diferenciarse en dos grandes categorías: estrategias centradas en la respuesta y estrategias centradas en los antecedentes. Las estrategias de regulación emocional centradas en los antecedentes ocurren antes de que la respuesta emocional se haya activado plenamente e incluyen la modificación de la situación, el despliegue de la atención y la reestructuración cognitiva de una situación. Por el contrario, las estrategias de regulación emocional centradas en la respuesta intentan alterar la expresión o la experiencia de las emociones una vez se han iniciado ya e incluyen estrategias como la represión y otras estrategias de evitación.
- Las estrategias de regulación emocional no son ni buenas ni malas por sí mismas. Su efectividad depende de lo adaptativa que resulte la estrategia de regulación emocional ante la demanda situacional concreta y el objetivo que se desee conseguir.
- La regulación emocional incluye procesos intrapersonales e interpersonales. Los procesos interpersonales pueden provocar un equilibrio desadaptativo y perpetuar el trastorno emocional.

CAPÍTULO 6

EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN

Aunque pueda parecer que las emociones suceden de forma automática, sin control, podemos controlarlas, al menos hasta cierto punto. En general, la reevaluación es la estrategia intrapersonal de regulación emocional más efectiva (es decir, la que suele ser más adaptativa). La reevaluación de los estímulos que han suscitado la emoción está estrechamente relacionada con los procesos nucleares de la terapia cognitiva, tal y como Beck¹ y Ellis² la describieron e introdujeron en la psicoterapia moderna. La respuesta emocional ante un acontecimiento depende de la interpretación que hagamos del mismo; y cómo lo interpretemos depende a su vez de varios factores, como los esquemas personales, el contexto, las experiencias pasadas, etc. Estos factores proporcionan el filtro que determina qué interpretación (y, por lo tanto, qué reacción emocional) es más probable. Un acontecimiento medioambiental sucedido recientemente en Boston puede ayudar a ilustrar esta cuestión. Unos días antes de que me sentara a escribir este párrafo, Virginia y el distrito de Columbia sufrieron un terremoto de magnitud 5,3 cuyas ondas se desplazaron hacia el noreste y llegaron hasta Boston y Nueva York. Los temblores en Boston fueron menores y no causaron daños, pero duraron 20 segundos y se percibieron con claridad.

En función del contexto, distintas personas interpretaron de formas muy distintas este terremoto menor. Una persona de mi gimnasio pensó que el ligero movimiento que había percibido en el suelo indicaba una crisis de salud, posiblemente un ictus o un infarto de miocardio. Una amiga lo atribuyó a las obras del metro que estaban haciendo cerca de su casa. Ambas interpretaciones iniciales resultaron ser erróneas y fueron sustituidas por la correcta cuando se dispuso de más información. El contexto, las experiencias pasadas y el conocimiento anterior contribuyeron a estas primeras interpretaciones erróneas de lo sucedido (el ejercicio físico puede provocar un ictus, que a su vez puede provocar percepciones extrañas y problemas de movimiento; las obras en el

sistema del metro pueden hacer temblar los edificios de la superficie). Además, las distintas interpretaciones dieron lugar a respuestas emocionales diferentes. La persona del gimnasio se asustó y mi amiga se sintió molesta.

El enfoque cognitivo-conductual

El enfoque cognitivo-conductual a la hora de tratar trastornos emocionales parte del supuesto de que las respuestas conductuales y emocionales están determinadas por la evaluación que hacemos de las situaciones y de los acontecimientos y no por las situaciones o los acontecimientos en sí mismos. En otras palabras, solo sentimos ansiedad, ira o tristeza si pensamos que tenemos motivos para estar ansiosos, enfadados o tristes. Por lo tanto, no es la situación en sí, sino las percepciones, expectativas e interpretaciones (es decir, la interpretación cognitiva) de lo sucedido lo que desencadena las emociones. Es posible que la mejor manera de explicarlo sea el siguiente ejemplo, ofrecido por Beck:³

Un ama de casa oye un portazo. Se le ocurren varias hipótesis para explicarlo: «Quizá sea Sally, que ya ha vuelto de clase»; «Quizás sea un ladrón» o «Será el viento, que ha cerrado la puerta de golpe». Aunque la hipótesis por la que se decida debería depender de que tenga en cuenta todas las circunstancias relevantes, sus esquemas psicológicos pueden interferir con el proceso lógico de comprobación de hipótesis. Si su pensamiento está dominado por el concepto de peligro, puede llegar a la conclusión de que se trata de un ladrón y hacer una inferencia arbitraria. Aunque dicha inferencia no es necesariamente errónea, se basa sobre todo en procesos cognitivos internos, no en información real. Si sale corriendo y se esconde, pospone o pierde la oportunidad de refutar (o confirmar) la hipótesis.

En resumen, el mismo acontecimiento inicial (oír el portazo) puede suscitar respuestas emocionales muy distintas en función de cómo se interprete el contexto situacional. El portazo en sí mismo no suscita ninguna emoción. Sin embargo, si la mujer asumiera que el portazo significa que hay un ladrón en la casa, sería muy probable que experimentara miedo, porque, en ese caso, el portazo hubiera indicado un peligro potencial. La probabilidad de optar por esta interpretación aumentaría si hubiera estado predispuesta a ello porque hubiera visto hacía poco una película de miedo o si hubiera leído un artículo sobre robos. También habría sido más probable que llegara a esa conclusión si su creencia nuclear (también conocida como «esquema») fuera que el mundo es un lugar

peligroso. Por supuesto, su conducta sería muy distinta si pensara que el acontecimiento no tiene un significado concreto o que el portazo señala un acontecimiento alegre o neutro (por ejemplo, el regreso de su marido).

En el contexto de la terapia cognitiva se suele aludir a los supuestos acerca de acontecimientos y situaciones como «pensamientos automáticos», porque surgen espontáneamente y sin que haya una gran reflexión o razonamiento previos.⁴ Estos pensamientos se basan en creencias nucleares generales, o «esquemas», que la persona mantiene acerca de sí misma, del mundo y del futuro. Esas creencias nucleares, o esquemas, determinan cómo puede interpretar una persona una situación concreta y, por lo tanto, determinan el tipo y la probabilidad de pensamientos automáticos específicos. Los pensamientos automáticos específicos contribuyen a la evaluación cognitiva desadaptativa que la persona hace de la situación o acontecimiento, lo que deriva en una respuesta emocional. La palabra *desadaptativa* sugiere, aquí, que la evaluación no desempeña una función adaptativa. En este contexto, *adaptación* alude a la capacidad de adaptarse a los retos de la vida, en general.

Otras cogniciones se expresan en forma de «autoafirmaciones», llamadas así porque son afirmaciones que la persona se dice a sí misma para interpretar los acontecimientos en el mundo externo.⁵ En su modelo A-B-C, Ellis ilustra la relación entre los acontecimientos, las cogniciones y las respuestas emocionales. En este modelo, A representa el acontecimiento antecedente (el portazo), B representa la creencia («Es un ladrón») y C representa la consecuencia (miedo). Si el pensamiento ocurre tan rápida y automáticamente que la persona reacciona casi de forma refleja y sin reflexión crítica al acontecimiento desencadenante, B pasa a estar «en blanco».

A no ser que la cognición esté en el centro de la conciencia de la persona, identificarla puede ser muy difícil y ese es el motivo por el que Beck la llama «pensamiento automático». Por lo tanto, los terapeutas cognitivos alientan al paciente a que explique la situación o circunstancia específica que precedió, por ejemplo, a un estado de ánimo bajo. El terapeuta y el paciente examinan cuidadosamente la secuencia de acontecimientos y la respuesta del paciente ante los mismos, identifican los posibles pensamientos automáticos que pueden haber dado lugar a la respuesta y exploran el sistema de creencias subyacente que sustenta dichos pensamientos automáticos.

A pesar de que los modelos de Ellis y de Beck presentan algunas diferencias menores, ambos insisten en la idea de que las distorsiones cognitivas

están en el centro de los problemas psicológicos. Hablamos de distorsiones cognitivas porque se trata de percepciones e interpretaciones erróneas acerca de situaciones y acontecimientos: normalmente no reflejan la realidad, son desadaptativas y provocan malestar emocional, problemas de conducta y una activación fisiológica disfuncional. Las pautas concretas de síntomas fisiológicos, de malestar emocional y de conductas disfuncionales a consecuencia de este proceso se interpretan como síndromes de trastornos mentales. La figura 6.1 presenta un modelo de reevaluación general basado en las conceptualizaciones de Beck⁶ y de Ellis.⁷

Este modelo ilustra que las cogniciones-rasgo desadaptativas, que suelen ser creencias generales (esquemas), pueden derivar en cogniciones-estado desadaptativas concretas. Las cogniciones-estado desadaptativas pueden ser automáticas cuando se presta atención a ciertos desencadenantes, como situaciones, acontecimientos, sensaciones o incluso pensamientos. Los procesos que llevan a orientar la atención a estos estímulos pueden darse a nivel inconsciente y, con frecuencia, presentan cierto grado de automatismo. Por ejemplo, las personas con trastorno de pánico suelen mostrarse hipervigilantes a los cambios corporales más sutiles y se escanean el cuerpo inconscientemente en busca de anomalías. Cuando la persona es consciente del foco de su atención, interpreta y evalúa los desencadenantes. Y, por supuesto, esta evaluación lleva a una respuesta conductual asociada a la emoción. Así tenemos que la mayoría de las personas no son conscientes de las palpitaciones cardíacas que induce la cafeína de una taza de café fuerte. Por el contrario, el paciente con trastorno de pánico que acaba de tomarse esa taza de café fuerte podría interpretar las palpitaciones como una señal de aviso de un infarto de miocardio inminente, en lugar de una respuesta inocente al consumo de café.

Veamos otro caso. Es mucho más probable que una persona que cree la afirmación «Soy incompetente en las relaciones sociales» interprete un suceso (por ejemplo, que una persona bostece durante su conferencia) de modo que confirme su creencia: «Ha bostezado porque carezco de habilidades sociales». Interpretar la situación de este modo desencadena la experiencia subjetiva (miedo y vergüenza), los síntomas fisiológicos (aumento de la frecuencia cardíaca) y las respuestas conductuales (tartamudeo). Estos síntomas y respuestas pueden distraer a la persona de la tarea, lo que vuelve a confirmar la

evaluación cognitiva desadaptativa de la situación y el esquema de incompetencia social, de modo que se instaure un bucle de retroalimentación positiva y un círculo vicioso.

Resulta interesante que el razonamiento emocional también pueda reforzar este bucle de retroalimentación, en un proceso cognitivo desadaptativo que usa la experiencia emocional como demostración de la validez de un pensamiento.⁸ Por ejemplo, una persona que tiene miedo a los perros puede creer que el miedo que siente es la prueba de que los perros son peligrosos. El razonamiento emocional instaure un bucle de retroalimentación positiva transformando la consecuencia de un pensamiento (el miedo a los perros) en un antecedente de ese mismo pensamiento (los perros son peligrosos). Este tipo de bucle de retroalimentación positivo se ve en muchos trastornos emocionales.

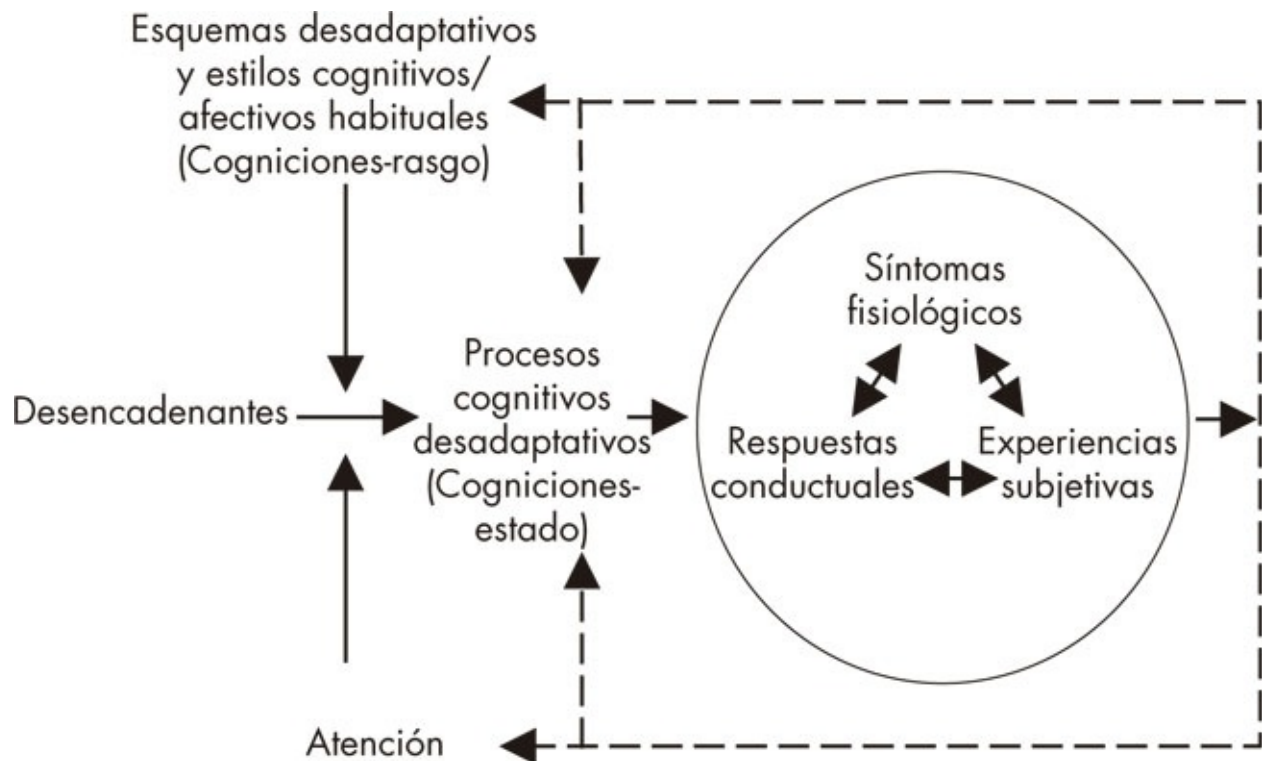


FIGURA 6.1. Modelo cognitivo-conductual general. De Hofmann, S. G., *An introduction to modern CBT: Psychological solutions to mental health problems*, Wiley-Blackwell, Oxford, RU, 2011. ©Wiley& Sons. Adaptado con autorización.

Dividir la experiencia emocional en experiencia subjetiva, fisiología y conducta puede parecer artificial y algunas escuelas de psicología creen innecesario hacer esa distinción. Por ejemplo, los defensores del análisis de conducta podrían argumentar que toda respuesta a un acontecimiento o situación es una respuesta conductual y, por lo tanto, no resulta útil asumir que la evaluación cognitiva precede a la respuesta o que las respuestas subjetiva y fisiológica sean distintas a las respuestas conductuales manifiestas. Sin embargo, tal y como hemos visto a lo largo del libro, hay evidencias suficientes para sustentar el modelo cognitivo-conductual. Además, es un modelo que resulta útil en la práctica clínica a la hora de formular estrategias de intervención específicas.

Aunque los tres componentes (experiencia subjetiva, fisiología y conducta) se unen para formar un sistema, pueden abordarse de forma independiente. En el caso de la ansiedad, el componente conductual suele adoptar la forma de estrategias de evitación cuyo objetivo es mejorar o eliminar el malestar que experimenta la persona. Otras estrategias de evitación pueden ser de naturaleza experiencial. Por ejemplo, la persona puede evitar la experiencia subjetiva o las sensaciones fisiológicas de una respuesta emocional en lugar de la situación en sí misma. Sin embargo, las estrategias de evitación son desadaptativas y propician el mantenimiento del problema, porque impiden que el sistema cambie mediante la evaluación de pruebas que lo contradigan. Además, el razonamiento emocional refuerza el bucle de retroalimentación positivo, lo que consolida el sistema. Sin embargo, la base del sistema son los pensamientos desadaptativos. Estos pensamientos desencadenantes median, además, las respuestas a lo que sucede en nuestro entorno.

Evaluación desadaptativa

El razonamiento humano consta de dos sistemas cognitivos distintos. El sistema 1 es intuitivo, rápido, exige poco esfuerzo y se basa en la asociación, mientras que el sistema 2 es deliberado, lento, requiere esfuerzo y se basa en la lógica.⁹ Ambos sistemas cognitivos pueden ser desadaptativos e instigar o intensificar el malestar emocional. Las estrategias de terapia cognitivo-conductual (TCC)

abordan ambos sistemas y ayudan a la persona a convertirse en un pensador y científico racional y crítico mediante la identificación y modificación de creencias desadaptativas.

Tal y como se ha explicado antes, la palabra *desadaptativa* sugiere que las creencias en cuestión no desempeñan una función adaptativa, mientras que las creencias «adaptativas» ayudan a la persona a adaptarse a los retos que plantea la vida en general. La vida es preciosa y puede ser breve y los acontecimientos inesperados, no deseados e incluso traumáticos forman parte de la misma. Las relaciones pueden llegar a su fin y uno puede perder su empleo o desarrollar una enfermedad crónica grave. Afortunadamente, ninguna de estas desgracias sucede muy a menudo, pero es muy poco probable que nadie viva una vida completamente ajena a la tragedia. Para empeorar las cosas, independientemente de lo felices que seamos en un momento dado, todo ha de llegar a su fin. Antes o después, nosotros, nuestros seres queridos y el resto de la especie humana dejaremos de existir.

Sí, ciertamente tenemos muchos motivos para estar deprimidos. Sin embargo, la mayoría de las personas que se enfrentan a acontecimientos adversos no se deprimen, a pesar de las dificultades y de la naturaleza de la propia vida. Una diferencia crucial entre las personas que se mantienen emocionalmente sanas, felices y resistentes y las que se deprimen y experimentan malestar emocional es la postura que adoptan ante esos acontecimientos, el futuro y la vida en general. Las personas que se mantienen emocionalmente sanas ante la adversidad suelen presentar un sesgo positivo hacia los acontecimientos y son optimistas en relación al futuro. También es más probable que se atribuyan la responsabilidad de los acontecimientos positivos y relacionen a otras causas los negativos.¹⁰ Este «sesgo de atribución por interés propio» suele faltar, o ser deficitario, en personas que sufren malestar emocional. Las personas con depresión suelen relacionar los acontecimientos negativos a causas internas (algo relativo a sí mismas), estables (duraderas) y globales (generales). Adoptar este estilo de atribución conduce a la conclusión de que es muy probable que en el futuro se repitan acontecimientos negativos en una amplia variedad de ámbitos, lo que lleva a una desesperanza generalizada.¹¹

Además del sesgo de atribución por interés propio, las personas sanas muestran un sesgo que resalta los aspectos positivos de una situación y resta importancia a los atributos negativos, al tiempo que experimentan una ilusión de control sobre el futuro.¹² Podría argumentarse que, por ejemplo, la depresión es

en parte el resultado de la ruptura de los sesgos positivos que, quizá resulta de una evaluación más realista, pero ciertamente más desadaptativa acerca de la naturaleza incontrolable e impredecible de los acontecimientos. Este concepto se ha llamado «realismo depresivo»¹³ y es congruente con la idea de que, al contrario de las personas con depresión, las personas sanas muestran un grado considerable de resistencia emocional cuando se enfrentan a adversidades. Las personas suelen usar su estado actual para predecir cómo se sentirían en el futuro si sucediera algo concreto y,¹⁴ como tendemos a estar limitados por el momento presente, tendemos también a errar en nuestras predicciones afectivas. En otras palabras, tendemos a sobreestimar lo felices que seríamos si ganásemos la lotería, pero también subestimamos lo tristes que estaríamos si falleciera nuestra pareja. En las personas con depresión, la predicción afectiva parece estar sesgada de tal modo que no pueden imaginarse disfrutando de acontecimientos futuros.¹⁵

Las cogniciones desadaptativas suelen expresarse en forma de pensamientos específicos de la situación¹⁶ y, aunque cada trastorno presenta cogniciones desadaptativas específicas, las cogniciones de los distintos trastornos emocionales tienen varias características en común. Muchas cogniciones desadaptativas de los trastornos emocionales se asocian a la percepción de amenaza o de pérdida. En el caso de los trastornos de ansiedad, esta sensación de peligro puede aludir tanto a una amenaza física (sufrir un infarto de miocardio) como psicológica (ansiedad centrada en la vergüenza). En el caso de la depresión, las cogniciones desadaptativas suelen centrarse en la pérdida de valía personal. Además, estas cogniciones tienden a centrarse en la sensación de falta de control sobre la situación o sobre los síntomas de ansiedad. Otra de las características de las cogniciones ansiosas es que tienden a ser automáticas o habituales, por lo que activar esos pensamientos apenas exige esfuerzo. Ocurren instantáneamente y, a veces, en respuesta a estímulos sutiles.

COGNICIONES DESADAPTATIVAS FRECUENTES

Hay muchos tipos de cogniciones desadaptativas, también conocidas como «distorsiones cognitivas». Las siguientes categorías de este tipo de cogniciones aparecen con especial frecuencia.

- *Pensamiento polarizado (todo o nada)*. Las personas que adoptan este estilo cognitivo dividen la realidad en dos categorías discretas que son o buenas (todo) o malas (nada). Un ejemplo podría ser una persona que cree que el menor tropiezo en una presentación profesional significa que la reunión ha sido un desastre absoluto.
- *Personalización*. A todos nos suceden acontecimientos no deseados. Sin embargo, hay personas que se lo toman como algo personal y se creen las responsables únicas de dichos acontecimientos, aunque no lo sean. Por ejemplo, un orador que ve bostezar a alguien del público concluirá que es un orador aburrido.
- *Centrarse en lo negativo*. Cualquier situación tiene elementos positivos y negativos. Las personas con una distorsión que las lleva a centrarse en los aspectos negativos de la situación focalizan la atención exclusivamente en esos aspectos. Por ejemplo, el orador que ha visto bostezar a alguien buscará otras señales que confirmen su percepción de que el público está aburrido.
- *Descalificación de lo positivo*. Además de centrarse en los aspectos negativos de la situación, las personas con esta distorsión pasan por alto o descalifican cualquier aspecto positivo. Por lo tanto, el orador que cree estar aburriendo al público no se fijará en las personas que le están escuchando atentamente.
- *Saltar a conclusiones precipitadamente*. Concluir «Soy aburrido» tras ver bostezar a alguien del público supone dar un salto no justificado. Sin embargo, el orador puede estar convencido de que es un hecho cierto.
- *Sobregeneralización*. La etiqueta «Soy aburrido» o «Soy un orador aburrido» sugiere que todas las conferencias futuras serán aburridas. Por lo tanto, un acontecimiento negativo se convierte en una sucesión infinita de acontecimientos negativos.
- *Pensamiento catastrófico*. El pensamiento catastrófico ocurre cuando se llevan las cosas a consecuencias exageradas. Así el orador que ha visto bostezar a un miembro de la audiencia no solo concluye que es una persona aburrida, sino que eso significa que su carrera profesional está acabada, que lo despedirán y que no podrá encontrar otro trabajo.
- *Sobreestimación de probabilidades*. La persona cree que es muy probable que suceda algo que, en realidad, es poco probable. Por ejemplo, los aviones pueden estrellarse y se estrellan. Sin embargo, la probabilidad de

fallecer en un accidente aéreo es muy baja, dada la gran cantidad de aviones que despegan y aterrizan con seguridad a diario.

- *Razonamiento emocional.* El razonamiento emocional sucede cuando la persona interpreta la respuesta emocional ante un pensamiento como una prueba que demuestra la validez de dicho pensamiento. Sería el caso de que preocuparse por perder el trabajo causa malestar. Al mismo tiempo, una persona que activa el razonamiento emocional concluye que el malestar que experimenta durante la preocupación es una señal de que tiene motivos para preocuparse («Tengo un buen motivo para preocuparme acerca de X, porque me siento mal cuando pienso en X»).

No se trata de una lista exhaustiva y las categorías se solapan de forma significativa. Sin embargo, etiquetar y clasificar los pensamientos perturbadores suele ser un paso importante que nos permite distanciarnos de ellos y obtener una perspectiva más racional de una situación, en lugar de una perspectiva sesgada que conduce a respuestas emocionales desadaptativas.

Técnicas de reevaluación

En la TCC, un pensamiento concreto no se trata como algo real o exacto, sino como una de las muchas hipótesis posibles. Al fin y al cabo, normalmente podemos interpretar una misma situación de maneras distintas. La reevaluación puede transformar la interpretación desadaptativa de una situación o acontecimiento en una interpretación adaptativa de esa misma situación o acontecimiento. Con frecuencia, las interpretaciones desadaptativas son percepciones erróneas, pero no siempre es así. Un pensamiento erróneo puede ser adaptativo y un pensamiento acertado puede ser desadaptativo. Tal y como se ha explicado antes, tenemos motivos suficientes para deprimirnos dadas las múltiples adversidades que pueden suceder y suceden (y dada la cruel certeza de que todos moriremos antes o después). La diferencia clave entre las personas que se deprimen y las que no se halla en la prominencia de las creencias desadaptativas, no de las erróneas. De hecho, hay investigaciones que sugieren que las personas deprimidas tienen una visión del mundo más realista (lo que se conoce como «realismo depresivo»)¹⁷ Sin embargo, en la mayoría de los casos, las creencias desadaptativas son también creencias erróneas.

El primer paso de la reevaluación cognitiva consiste en que la persona acepte la posibilidad de que la conclusión inicial sea incorrecta. Esto, a su vez, exige cierta flexibilidad cognitiva y la capacidad de cambiar de postura. También exige estar dispuesto a aceptar que la interpretación inicial no se corresponde con la verdad (y que incluso es posible que haya más de una realidad).

Todas estas deliberaciones son relativamente complejas. Incluyen autoconocimiento, además de conciencia metacognitiva (la conciencia de los pensamientos y creencias acerca de los pensamientos). El paciente puede alcanzar este nivel de conciencia si se le ayuda a adoptar una función de observador neutral en lugar de ser constantemente un actor y reactor ante los desencadenantes situacionales. En el siguiente paso, el paciente reúne pruebas a favor y en contra de una interpretación concreta de la situación o de los estímulos. Esto somete el pensamiento «a juicio» y, al igual que en un experimento científico, las pruebas corroborarán o refutarán la hipótesis.

Identificar, cuestionar y modificar los pensamientos desadaptativos no es tarea fácil. En terapia, el terapeuta suele plantear preguntas orientadas a que el paciente explore interpretaciones alternativas. Este proceso suele exigir un autoexamen cuidadoso por parte del paciente y que el terapeuta plantee preguntas guiadas (descubrimiento guiado) en lo que la TCC de Beck llama «diálogo socrático». Al igual que cualquier otro hábito negativo, la manera en que solemos interpretar las cosas tiende a ser muy resistente al cambio. El primer paso hacia el cambio es darse cuenta de que un mismo acontecimiento puede interpretarse de múltiples maneras. Para poder interpretar un acontecimiento, necesitamos formular hipótesis, que acabarán determinando nuestra respuesta emocional ante el acontecimiento. El ejemplo siguiente ilustra el diálogo socrático en una sesión de terapia con una paciente que sufre trastorno de pánico con agorafobia.

En la práctica: diálogo socrático

TERAPEUTA: ¿Por qué no te gustan los centros comerciales concurridos?

KATHLEEN: Porque me hacen sentir muy incómoda. Cuando entro en un centro comercial me da la impresión de que voy a sufrir un ataque de ansiedad.

TERAPEUTA: ¿Qué te pasa cuando tienes un ataque de ansiedad?

KATHLEEN: Me asusto mucho.

TERAPEUTA: ¿Por qué te asustas?

KATHLEEN: No lo sé. A veces creo que me pasa algo malo, que estoy teniendo un infarto o algo así.

TERAPEUTA: ¿El corazón te late muy deprisa?

KATHLEEN: Sí, se me acelera muchísimo.

TERAPEUTA: ¿Por qué crees que eso significa que a tu corazón le pasa algo?

KATHLEEN: Bueno, porque es una de las señales de ataque al corazón.

TERAPEUTA: ¿Cuántos ataques al corazón has tenido?

KATHLEEN: Ninguno, el médico me ha dicho que todo está bien.

TERAPEUTA: Entonces, ¿cómo sabes que es un síntoma de ataque al corazón?

KATHLEEN: Bueno, no lo sé, pero me da miedo que lo sea.

TERAPEUTA: Entonces, «crees» que los síntomas tienen que ver con un ataque al corazón, pero no estás segura. En una escala de 0 (nada probable) a 100 (muy probable), ¿cuán probable crees que es que esos síntomas realmente tengan que ver con un ataque al corazón?

KATHLEEN: Quizá un 40 %.

TERAPEUTA: Eso significa que hay un 40 % de probabilidades de que estés teniendo un ataque al corazón cuando notas las palpitaciones, el dolor en el pecho y las dificultades para respirar en el centro comercial.

KATHLEEN: Sí.

TERAPEUTA: Entonces, de cada diez visitas al centro comercial, en cuatro has tenido un ataque al corazón.

KATHLEEN: No, eso sería demasiado.

En este ejemplo, el terapeuta empieza a cuestionar el pensamiento desadaptativo de Kathleen de que los ataques de ansiedad, y especialmente las palpitaciones que experimenta en el centro comercial, son síntomas de un infarto de miocardio. Ciertamente, no es imposible sufrir un ataque al corazón en un lugar concurrido, lo que incluye los centros comerciales. Sin embargo, Kathleen es una mujer joven sana sin historia de enfermedades cardiovasculares. De ahí que la probabilidad de que sufra un infarto de miocardio en el centro comercial es muy baja. Por lo tanto, este pensamiento (que hay un 40 % de probabilidades de que la sintomatología ansiosa indique en realidad un infarto de miocardio) es un ejemplo de sobreestimación de probabilidades.

Para poner a prueba este pensamiento, Kathleen tendrá que llevar a cabo una serie de «experimentos» que cuestionen la validez de sus creencias. Por ejemplo, podría acudir a un centro comercial lleno de gente, quizá incluso después de haber hecho ejercicio físico intenso para inducir las palpitaciones cardíacas y poner así a prueba su predicción de que sufrirá un ataque al corazón. Estos «experimentos de campo» son cruciales para estudiar la validez de creencias específicas. Son desadaptativas, porque son interpretaciones erróneas y

catastróficas de la multitud de sensaciones físicas que se experimentan durante un ataque de pánico («Estoy sufriendo un infarto», «Me voy a volver loca» o «Voy a perder el control») y, por lo tanto, aumentan su ansiedad y su incapacidad de ir al centro comercial. Si Kathleen pudiera atribuir los síntomas de pánico a una causa más inocua, se reducirían las probabilidades de alcanzar niveles clínicos de ansiedad.

Esquemas desadaptativos

En general, los esquemas son creencias globales que dan lugar a pensamientos automáticos específicos en una situación concreta. Estos esquemas aparecen muy pronto, con frecuencia ya durante la infancia y la adolescencia. En ocasiones adoptan la forma de esquemas desadaptativos, que son creencias amplias y generalizadas que abarcan emociones, cogniciones, sensaciones corporales y recuerdos de uno mismo y de su relación con los demás distorsionados.¹⁸ Los esquemas desadaptativos sustentan problemas caracteriales de larga duración y se los considera factores de vulnerabilidad general para una amplia variedad de trastornos psiquiátricos.

Los esquemas desadaptativos ocurren cuando el temperamento interactúa con experiencias relacionales adversas tempranas, lo que lleva a la persona a sentir que sus necesidades psicológicas básicas (apego seguro, autonomía, libertad para expresar necesidades y emociones válidas, límites realistas) no están satisfechas.¹⁹ Cuando los esquemas se activan más adelante, la persona responde con el estilo de afrontamiento desadaptativo (sobrecompensación, evitación, rendición) que haya aprendido como manera de afrontar esas experiencias adversas y que, de hecho, perpetúan el esquema. Según Young, Klosko y Weishaar²⁰ podemos desarrollar 15 esquemas desadaptativos. Son los siguientes:

- Abandono/inestabilidad (la inestabilidad o falta de fiabilidad de las personas significativas para proporcionar apoyo y conexión emocional).
- Desconfianza/maltrato (la expectativa de que los demás nos van a maltratar, humillar, manipular o herir o que se aprovecharán deliberadamente de nosotros).

- Privación emocional (la expectativa de que los demás no satisfarán nuestras necesidades de empatía, protección y cuidados).
- Defecto/vergüenza (la creencia de que uno es defectuoso y no merece el amor de los demás).
- Aislamiento social (sentirse aislado del mundo, distinto a los demás y ajeno a cualquier grupo de iguales o comunidad).
- Dependencia (la creencia de que uno es incapaz de gestionar las responsabilidades cotidianas de forma eficiente por sí solo).
- Vulnerabilidad al daño (miedo exagerado de que en cualquier momento suceda una catástrofe inminente e inevitable, como una crisis natural, económica, médica o afectiva).
- Sobreimplicación emocional (implicación emocional excesiva e intimidad con las personas significativas, a expensa de la propia individualidad).
- Fracaso (la creencia de que, en comparación con los iguales, no se llega a niveles suficientes en las áreas de logro).
- Privilegio (la creencia de que uno debería poder hacer lo que quiera, independientemente de lo que los demás consideren razonable o realista).
- Autocontrol insuficiente (la dificultad de ejercer el autocontrol y la tolerancia a la frustración suficientes a la hora de lograr los objetivos y de controlar la expresión de los impulsos y las emociones).
- Subyugación (la creencia de que uno debe someterse a los demás para evitar consecuencias negativas).
- Sacrificio personal (centrarse en satisfacer las necesidades de los demás a expensas de las propias).
- Inhibición emocional (la creencia de que uno debe inhibir las emociones y las conductas espontáneas para evitar la desaprobación de los demás y la vergüenza).
- Expectativas no realistas (la creencia de que hay que esforzarse en satisfacer estándares de conducta y de desempeño muy elevados).

Como parte de la TCC, y sobre todo en sesiones avanzadas, los terapeutas suelen explorar y abordar estos esquemas desadaptativos. La evaluación de los esquemas de Kathleen sugiere que su miedo a los ataques de pánico en los centros comerciales y en otras situaciones se asocia a los esquemas de abandono/inestabilidad y vulnerabilidad al daño.

Young, Klosko y Weishaar²¹ ofrecen una descripción detallada de técnicas que permiten identificar y tratar esquemas desadaptativos. Aunque estas técnicas forman parte de la TCC, se solapan con las relaciones de objeto y con la terapia Gestalt. Una muestra sería algunas de las técnicas para abordar estos esquemas, que piden al cliente que cree imágenes mentales de personas significativas (por ejemplo, los padres), dialogue con las personas en esas imágenes y relacione las emociones de esas imágenes de la infancia con las circunstancias de su vida actual. La relación terapéutica crea un contexto en el que el paciente se siente seguro activando los esquemas y poniendo a prueba su validez utilizando evidencias procedentes de todo el curso vital del paciente. Los esquemas también pueden modificarse si el terapeuta ayuda al paciente a satisfacer las necesidades que quedaron insatisfechas.

La reevaluación y las emociones

Un nutrido número de investigaciones apunta a la eficacia de la TCC para tratar un amplio abanico de trastornos mentales. Una revisión reciente de metaanálisis que estudiaban la eficacia de la TCC identificó no menos de 269 estudios metaanalíticos.²² Los metaanálisis evaluaron la TCC para el trastorno por abuso de sustancias, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, la depresión y la distimia, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, los trastornos somatomorfos, los trastornos de la alimentación, el insomnio, los trastornos de personalidad, la ira y la agresividad, las conductas delictivas, el estrés generalizado, el malestar emocional consecuencia de problemas médicos, el dolor y la fatiga crónicos y el malestar emocional relacionado con las complicaciones del embarazo y de trastornos hormonales femeninos. Otras revisiones metaanalíticas también estudiaron la eficacia de la TCC en los niños y los ancianos. La TCC cuenta con un amplio apoyo en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los trastornos somatomorfos, la bulimia, los problemas de control de la ira y el estrés generalizado.

Estos estudios también sustentan la eficacia de las estrategias de reevaluación a la hora de tratar problemas emocionales y conductuales, porque la reevaluación es un elemento nuclear de la TCC. Sin embargo, los protocolos modernos de la TCC no se basan exclusivamente en la reevaluación,²³ sino que incluyen muchas otras estrategias.²⁴ Se puede decir lo mismo de prácticamente

cualquier intervención psicosocial. Esto complica la comparación directa de las intervenciones y todavía más la identificación del mecanismo de cambio. Hollon y Ponniah²⁵ reconocieron este problema y revisaron los ensayos controlados y aleatorizados sobre la psicoterapia como tratamiento para los trastornos del estado de ánimo. Los autores identificaron 125 estudios que incluían, entre otros tratamientos, la terapia centrada en la emoción (el tratamiento de orientación psicodinámica que hemos mencionado en el capítulo 1 y desarrollado por Greenberg),²⁶ terapias basadas en la atención plena, terapias psicodinámicas breves y TCC. Para la depresión mayor, los resultados demostraron que la TCC era eficaz y específica en la prevención de recaídas una vez finalizado el tratamiento. La terapia basada en la atención plena también pareció ser eficaz. Sin embargo, la eficacia de la terapia centrada en la emoción y de las terapias psicodinámicas breves no era tan clara. A pesar de los nombres específicos que reciben algunos de estos tratamientos, muchas de estas intervenciones aún no han aclarado con exactitud el objetivo de las estrategias de tratamiento y si, de hecho, logran el objetivo deseado.

Para poder estudiar el efecto de estrategias específicas, como la reevaluación, sobre la respuesta emocional hay que examinar los efectos de dichas estrategias en estudios de laboratorio controlados. Un ejemplo de ello es el modelo cognitivo del trastorno de ansiedad social. Una de las predicciones concretas del modelo es que cuando las personas con ansiedad social se enfrentan a una amenaza social orientan la atención hacia el interior y hacia cogniciones negativas centradas en ellas mismas, lo que intensifica la ansiedad social y las conductas de evitación y contribuye al mantenimiento del problema.²⁷ Este modelo es congruente con los estudios relacionales y de mediación que han demostrado que el tratamiento exitoso está mediado por los cambios en la evaluación de las situaciones sociales²⁸ y que también está relacionado con la reducción de la atención centrada en uno mismo²⁹ y con la mejora de la autopercepción.³⁰ Múltiples estudios de laboratorio confirman asimismo el valor de las técnicas de reevaluación para alterar los estados emocionales. Por ejemplo, en un estudio evaluamos la respuesta ansiosa en participantes que anticipaban tener que hablar en público.³¹ Para examinar la función mediadora de las cogniciones, inducimos cogniciones negativas centradas en uno mismo en comparación con una relajación que animaba a los participantes a alejar la atención de las cogniciones negativas. Tal y como predice el modelo cognitivo, las cogniciones negativas centradas en uno mismo

mediaron completamente los efectos del rasgo de la ansiedad social en la ansiedad autoinformada y en la variabilidad de la frecuencia cardiaca durante la anticipación negativa. Este y muchos otros estudios³² apoyan la idea básica de que la reevaluación ejerce una influencia directa sobre la respuesta emocional.

Síntesis de aspectos con relevancia clínica

- Las emociones no son consecuencia directa de un acontecimiento o de una situación, sino de la percepción e interpretación (evaluación cognitiva) desadaptativas de dicho acontecimiento o situación.
- Las creencias globales generales, o esquemas cognitivos, acerca de uno mismo, del mundo y del futuro están en la base de las distorsiones cognitivas acerca de acontecimientos y situaciones que dan lugar a cogniciones automáticas desadaptativas.
- El razonamiento emocional es un proceso que utiliza la experiencia emocional propia («Tengo ansiedad») para demostrar la validez del pensamiento («La situación ha tenido que ser peligrosa, porque me ha provocado ansiedad»), lo cual asienta un bucle de retroalimentación positivo en el que la experiencia emocional sustenta la creencia.
- Los sesgos cognitivos no son necesariamente perjudiciales. Las cogniciones son perjudiciales cuando son desadaptativas, porque no nos ayudan a adaptarnos a los retos de la vida.
- Los esquemas desadaptativos son relativamente resistentes al cambio, porque se desarrollan pronto en la vida y se convierten en problemas caracteriales.

CAPÍTULO 7

EL AFECTO POSITIVO Y LA FELICIDAD

El objetivo principal de la psicología, de la psiquiatría y de las áreas relacionadas es reducir o eliminar el sufrimiento de los pacientes con estados afectivos negativos, como la depresión y la ansiedad. De ahí que la investigación y la práctica en salud mental se hayan centrado principalmente en el estudio y la reducción del afecto negativo. Por el contrario, se sabe más bien poco acerca de estrategias orientadas a aumentar el afecto positivo, a pesar de la numerosa bibliografía que subraya la función que el afecto positivo desempeña en la aparición, la coexistencia y el mantenimiento de la ansiedad y de la depresión. Aunque el afecto positivo y negativo correlacionan negativamente, la ausencia de afecto negativo no necesariamente (ni normalmente) implica un aumento del afecto positivo. Este capítulo trata de la función del afecto positivo y de la felicidad en los trastornos emocionales y describe estrategias para aumentarlos.

Definir el afecto positivo y la felicidad

Los investigadores en psicología distinguen entre dos tipos de afecto positivo: el «hedónico» y el «eudaimónico». El bienestar hedónico describe sentimientos positivos transitorios, como la felicidad y la satisfacción.¹ El bienestar eudaimónico, por su parte, describe emociones duraderas que acompañan al acercamiento de la persona hacia el cumplimiento de su potencial, como la vitalidad, la curiosidad y la implicación.²

El afecto positivo y la felicidad son objetivos escurridizos. Las personas se adaptan rápidamente a las nuevas posesiones, la riqueza, el lujo y la fama. Una persona que ganara unos cuantos millones de dólares en la lotería solo informaría de un nivel elevado de felicidad poco después de haber ganado. Con el tiempo, atribuiría menos felicidad a su ganancia económica. Es lo que Frijda denominó «ley de la asimetría hedónica»³ y es congruente con el concepto de

«adaptación hedónica».⁴ La adaptación hedónica hace de la felicidad un estado escurridizo, porque las expectativas aumentan en la misma medida que las posesiones y los logros. Por suerte, la infelicidad también es transitoria, porque las personas se adaptan a las situaciones no deseadas. Sobreestimamos tanto el afecto positivo que esperamos sentir en respuesta a un acontecimiento futuro deseado como el afecto negativo que creemos que sentiremos en respuesta a un acontecimiento futuro no deseado. En otras palabras, las capacidades de «predicción afectiva» suelen estar sesgadas, porque tendemos a exagerar la respuesta emocional de los acontecimientos futuros que anticipamos.⁵

El motivo de este sesgo es, en parte, que las predicciones están descontextualizadas. En otras palabras, las experiencias hedónicas están influidas tanto por las representaciones mentales como por los factores contextuales. El sesgo aparece porque tendemos a pasar por alto que los factores contextuales existentes cuando elaboramos la predicción no serán los mismos que cuando el acontecimiento suceda en realidad. Esto no solo es cierto cuando hablamos de felicidad. Por ejemplo, las personas que acaban de hacer una sesión de ejercicio físico intenso en el gimnasio predicen que disfrutarán más de beber agua al día siguiente que las que están a punto de empezar a hacer ejercicio.⁶

Contextualización histórica

Aunque los estudios sobre las experiencias subjetivas positivas han aparecido hace relativamente poco en la literatura psicológica y sobre todo bajo la rúbrica de la «psicología positiva»,⁷ algunos de sus constructos relevantes cuentan con una historia y una tradición largas. En concreto, el constructo de la felicidad ha sido objeto de interés en muchas filosofías y religiones a lo largo de la historia de la humanidad. La felicidad es el tema central de las enseñanzas budistas, que describen la felicidad última como *Nirvana* (o *Bodhi*), un estado de paz eterna ajena al sufrimiento, la ira y los anhelos.⁸ Los practicantes del budismo alcanzan este estado de paz eterna y de ausencia de sufrimiento siguiendo el Noble Camino Óctuple. Del mismo modo, Mencio, un discípulo de Confucio que vivió en China en el siglo III a.C., creía que todas las personas nacían con la capacidad innata de ser buenas y felices. Por el contrario, Aristóteles (que vivió aproximadamente en la misma época que Mencio), creía que las personas deben aprender a adquirir la felicidad mediante la experiencia y la práctica. En su *Ética*

a *Nicómaco*, propuso que la felicidad es el objetivo de la naturaleza humana y que, por lo tanto, el único estado que los seres humanos desean por sí mismo (en lugar de la amistad, la riqueza, etc.).

Más de mil años después, santo Tomás de Aquino (1225-1274) sentó las bases de la concepción moderna de la felicidad al relacionarla directamente con la conducta deliberada. En concreto, asumía que, para poder alcanzar la felicidad, la persona debe estar orientada a la virtud y a los objetivos correctos. Aquino coincidía con Aristóteles en que la felicidad no puede alcanzarse únicamente razonando acerca de las consecuencias de la conducta, sino que también exige la búsqueda de buenas causas para conductas regidas por leyes naturales o divinas.

Del mismo modo, filósofos occidentales posteriores, y especialmente los éticos británicos, afirmaron que la felicidad está estrechamente relacionada con la propia conducta y con sus consecuencias. Hay un principio ético que trata directamente de esto: el «utilitarismo». El utilitarismo afirma que siempre deberíamos actuar del modo que proporcione la mayor felicidad y la menor infelicidad tanto a nosotros mismos como a los demás.

John Stuart Mill y Jeremy Bentham (Mill fue alumno de Bentham) fueron dos de los principales defensores de este principio. Bentham⁹ concebía la felicidad como el predominio del placer sobre el dolor. Así, y en tanto que hedonista ético, creía que la cantidad de placer que una conducta concreta puede proporcionar es lo que determina la corrección o incorrección de dicha conducta. Formuló un algoritmo, el *felicific calculus* («cálculo de la felicidad»), para estimar el grado probable de placer que podría proporcionar una conducta concreta.

Las variables que intervienen en el organismo son la intensidad y la duración de la consecuencia placentera, además del grado de certidumbre de que la consecuencia placentera sucederá, la rapidez con que ocurrirá, la probabilidad de que la consecuencia placentera se repita en el futuro y cuántas personas se verán afectadas por la misma. Bentham consideraba que todas las formas de felicidad eran básicamente iguales. Por el contrario, Mill¹⁰ afirmaba que los placeres intelectuales y morales son superiores a las formas de placer físicas.

Esta breve incursión en la historia de la felicidad ilustra la larga tradición y la complejidad de la definición tanto de la felicidad como de otras formas de afecto positivo. Las cuestiones clave para los estados emocionales están estrechamente relacionadas con algunas de las preguntas filosóficas

fundamentales acerca de la naturaleza humana, como por ejemplo, ¿cuál es el propósito de nuestra existencia? Aunque no puedo contestar aquí a estas preguntas, sí puedo explorar la función que desempeña la felicidad en el marco de la salud mental en general y en el de las emociones en particular.

El afecto positivo no consiste en la ausencia de afecto negativo

El afecto positivo y el afecto negativo no son los dos extremos de un mismo continuo. Sin embargo, eso no significa que no exista relación entre ellos. Aunque el afecto negativo aparece de forma significativa en los trastornos emocionales, el afecto positivo es una dimensión igualmente importante, pero menos investigada. La investigación que estudia la naturaleza jerárquica de los trastornos emocionales revela dos dimensiones primarias: neuroticismo/afectividad negativa y extraversión/afectividad positiva.¹¹ Por ejemplo, un estudio de Brown y Barlow¹² concluyó que prácticamente la totalidad de la considerable covarianza entre las variables latentes correspondientes a los constructos DSM-IV de depresión unipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico y agorafobia se explicaba por las dimensiones de orden superior de afecto negativo y afecto positivo. Así, algunos trastornos emocionales no se asocian únicamente a un aumento del afecto negativo, sino también a una reducción del afecto positivo.¹³

Al igual que sucede con el afecto negativo, el afecto positivo no es una experiencia constante. Ambos fluctúan a lo largo del tiempo y se ven influidos por varios factores. Aunque no sean meros extremos de un mismo continuo, el afecto positivo y el afecto negativo tampoco son completamente independientes: a medida que uno aumenta, el otro se reduce.

El «modelo ampliar y construir» afirma que el afecto positivo amortigua el efecto del afecto negativo y, al mismo tiempo, amplía el repertorio conductual mejorando los recursos físicos, sociales e intelectuales disponibles.¹⁴ En otras palabras, este modelo asume que el afecto positivo es adaptativo, porque nos ofrece la oportunidad de ampliar los recursos personales y las relaciones sociales para prepararnos para retos en el futuro. Como resultado de la experiencia frecuente del afecto positivo, las personas felices también suelen tener más éxito¹⁵ y vivir vidas más sanas. Por ejemplo, una revisión de 26 estudios

observacionales prospectivos concluyó que el bienestar positivo se asociaba a una reducción de la mortalidad.¹⁶ Estos efectos persistían incluso cuando se tenía en cuenta el afecto negativo. Por lo tanto, el afecto negativo y el afecto positivo pueden coexistir. Hay muchos ejemplos de momentos en que la alegría y la tristeza coexisten, como el del padre feliz que llora durante la boda de su hija. Este estudio ilustra la importancia del afecto positivo para la buena salud. Del mismo modo, un estudio prospectivo de 15 años de duración que siguió a más de 11.000 sujetos que al principio del estudio no tenían enfermedades coronarias concluyó que las personas con mayor bienestar psicológico presentaban un riesgo significativamente menor de desarrollar una enfermedad coronaria, después de haber tenido en cuenta otros factores de riesgo conocidos.¹⁷

Cómo medir el afecto positivo y la felicidad

Medir de manera fiable el afecto positivo y la felicidad resulta difícil; por eso se utiliza la satisfacción vital como una medida indirecta razonable. Por ejemplo, se ha concluido que entre las personas que aseguran que están por encima de la neutralidad en su satisfacción vital, la gran mayoría (85 %) informa de que se sienten felices como mínimo la mitad del tiempo.¹⁸ Otra medida indirecta que se utiliza con frecuencia es la Escala de Felicidad Subjetiva de Lyubomirsky y Lepper,¹⁹ que incluye 4 ítems que piden directamente a los participantes que puntúen su grado de felicidad en una escala de 7 puntos. Por ejemplo, el primero pregunta a los participantes si se considera una persona feliz en general y el segundo pregunta si se considera una persona más o menos feliz que la mayoría de sus iguales.

La felicidad se ha definido como la experiencia frecuente de afecto positivo.²⁰ Por lo tanto, algunos investigadores evalúan el afecto positivo como una medida indirecta de la felicidad. Uno de los instrumentos que se utiliza con frecuencia para medir el afecto positivo es la Escala PANAS de afecto positivo y negativo (PANAS),²¹ que pide a los participantes que indiquen en una escala de 1 (muy poco o en absoluto) a 5 (extremadamente) cómo se encuentran en el momento presente (o cómo se han sentido durante la última semana) utilizando 10 adjetivos positivos (interesado, orgulloso, activo...) y 10 adjetivos negativos (triste, molesto, asustado...). La escala ofrece una puntuación de afecto positivo

y negativo (véase apéndice 1). En consecuencia, la puntuación del afecto positivo puede entenderse también como una medida de la felicidad. Sin embargo, dos personas podrían obtener exactamente la misma medida de afecto positivo, pero puntuaciones muy distintas en relación con el afecto negativo. Por lo tanto, podría argumentarse que la felicidad no se define únicamente por un afecto positivo elevado, sino también por un afecto negativo reducido. Bradburn ya planteó esta cuestión en 1969 y propuso una medida del equilibrio del afecto, obtenida al sustraer el afecto negativo al afecto positivo.

Cómo predecir el afecto positivo y la felicidad

Es difícil identificar predictores o correlatos fiables de la felicidad y del afecto positivo. La edad, el género e incluso el dinero (más allá de la cantidad mínima necesaria para satisfacer las necesidades básicas de alimento y vivienda) tienden a ser predictores poco fiables.²² En lugar de riqueza material y lujo, las personas muy felices tienden a contar con relaciones sociales relativamente ricas y satisfactorias y pasan poco tiempo solas. Por el contrario, las personas infelices tienen relaciones sociales más pobres. Las personas más felices presentan los niveles más bajos de psicopatología, lo que concuerda con posturas anteriores que sugerían que la depresión se asocia a un afecto positivo reducido.²³

Aunque las personas felices en la muestra de Diener y Seligman²⁴ informaron que experimentaban emociones desagradables en algunas ocasiones, sintieron euforia o éxtasis en muy raras ocasiones. Por el contrario, sentían emociones agradables de intensidad media o moderadamente elevada la mayor parte del tiempo. Estas conclusiones sugieren que las personas muy felices tienen la capacidad de experimentar un estado de ánimo elevado sin llegar a la euforia cuando viven situaciones positivas y que también son capaces de reaccionar con estados de ánimo negativos cuando les sucede algo malo.²⁵ Además, los resultados de este mismo estudio sugieren que la felicidad no se asocia a la intensidad del afecto positivo, sino a la cantidad de tiempo en el que la persona experimenta afecto positivo.

La felicidad y la satisfacción vital se asocian a varios rasgos de temperamento, como el optimismo, la fortaleza emocional y otras características que promueven emociones positivas, como la esperanza y el sentido del humor ante situaciones difíciles.²⁶ Por ejemplo, un estudio longitudinal sobre gemelos

finlandeses concluyó que la satisfacción vital se asociaba a un menor riesgo de suicidio 20 años después, incluso tras haber controlado factores de riesgo conocidos, como la edad, el género, el tabaquismo, la actividad física y el abuso de sustancias.²⁷

Las mentes que divagan son mentes infelices

Hay personas que rumian excesivamente acerca del pasado o se preocupan demasiado por el futuro. La rumiación es uno de los rasgos que caracterizan a la depresión, y la preocupación es una característica de muchos trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, rumiar acerca del pasado y preocuparse por el futuro no son exclusivos de estos trastornos mentales, sino que forman parte de la condición humana. A diferencia de otras especies, el ser humano dedica mucho tiempo a pensar en acontecimientos pasados y posibles acontecimientos futuros. Las compañías aseguradoras constituyen una industria millonaria cuyo objetivo es proporcionar tranquilidad a sus clientes, y nos gastamos grandes cantidades de dinero para preparar nuestra jubilación o la educación universitaria de nuestros hijos en el futuro. Por lo tanto, nuestras mentes no solo se centran en el momento presente, sino también en el pasado y en el futuro. Hasta cierto punto, podemos decir lo mismo de especies no humanas (por ejemplo, los animales se preparan para el invierno o construyen nidos para sus crías). Sin embargo, la proporción de conductas orientadas al pasado y al futuro es considerablemente mayor en el ser humano que en cualquier otra especie. Además, podríamos argumentar que los animales no humanos no presentan el mismo grado de cognición que los humanos cuando anticipan acontecimientos futuros, sino que responden a los estímulos ambientales que preceden al acontecimiento futuro (los pájaros no anidan porque anticipen que van a tener crías, sino porque los cambios estacionales y otros factores activan un impulso instintivo).

La capacidad humana de anticipar acontecimientos futuros (y de rumiar acerca del pasado) tiene un coste emocional, porque pensar en situaciones y lugares distintos al momento presente tiende a hacernos infelices o, tal y como Killingsworth y Gilbert²⁸ dijeron recientemente, «las mentes que divagan son mentes infelices». Llevaron a cabo un estudio utilizando un iPhone. Una aplicación contactaba aleatoriamente a los usuarios a lo largo del día y les

preguntaba acerca de lo que hacían, cómo se encontraban y si estaban divagando. Más en concreto, el estudio analizó muestras de 2.250 adultos que respondieron a preguntas acerca de su estado de ánimo actual («¿Cómo te encuentras ahora?»), las actividades actuales («¿Qué estás haciendo ahora?») y si, en ese momento, estaban divagando («¿Estás pensando en algo distinto a lo que estás haciendo?»). Los resultados demostraron que las personas divagaban con frecuencia, independientemente de lo que estuvieran haciendo en ese momento. Las divagaciones estaban presentes en al menos el 30 % de los puntos de información recogidos para todas las actividades, excepto las relaciones sexuales. Las personas estaban menos felices cuando divagaban que cuando no. Resulta interesante constatar que esto era cierto para todas las actividades. Incluso cuando la mente se desviaba a temas más agradables (42,5 % de la muestra) que desagradables (26,5 % de la muestra), los participantes no dijeron estar más felices cuando pensaban en algo distinto a su actividad presente. Los autores también pudieron demostrar que divagar era más bien la causa de la infelicidad que una consecuencia de la misma. Finalmente, se vio que lo que predecía la felicidad era qué pensaba la persona, más que lo que estuviera haciendo. Los autores concluyeron que «la mente humana es una mente que divaga y las mentes que divagan son mentes infelices. La capacidad de pensar acerca de algo que no está sucediendo es un logro cognitivo que lleva asociado un coste emocional».²⁹ Es posible que lo contrario también sea cierto: estar en el aquí y ahora, experimentar la vida en el momento presente y de forma consciente, en lugar de pensar en otras cosas, como oportunidades perdidas en el pasado o posibles amenazas en el futuro, parece estar asociado a la salud psicológica y a la felicidad.

Atención plena

La atención plena, también conocida como *mindfulness*, es un término popular del que se habla en una amplia cantidad de campos, que abarcan desde áreas sociales³⁰ a áreas clínicas.³¹ Muchos de los ejercicios de atención plena contemporáneos se centran en la atención a la respiración y al momento presente. Por ejemplo, la meditación zen (zazen) es una práctica de meditación tradicional japonesa cuyas raíces se hunden en el budismo y que consiste exclusivamente en la meditación sedente. Otras técnicas están orientadas a

aumentar distintas experiencias sensoriales, como el sonido, el olor, el sabor, la textura o la temperatura. Todas estas estrategias animan a la persona a centrar la atención en una experiencia sensorial concreta. Además de las estrategias de meditación sensorial, hay otras prácticas que se centran en la experiencia afectiva, como la meditación de amor y amabilidad (*mettā*) o la meditación centrada en la compasión. Más adelante describiremos estas prácticas con mayor detalle.

CONTEXTO HISTÓRICO

Históricamente, el término *mindfulness* o «atención plena» hunde profundamente sus raíces en la filosofía oriental y, sobre todo, en el budismo, el zen y el yoga. El budismo se remonta a Buda Gautama, que vivió en India hace más de 2.500 años. Sus enseñanzas se extendieron a India, Sri Lanka y Asia Central y llegaron a China hacia el siglo I d.C. Allí, el primer budismo se fusionó con el taoísmo, el confucianismo y otras culturas religiosas. El zen evolucionó a partir de la fusión del primer budismo con el taoísmo y se convirtió en la forma más moderna de las prácticas budistas.

Todas las prácticas budistas insisten en la atención plena. Para entender el concepto de atención plena resulta clave entender la función del sufrimiento (*dukkha*) y las *Cuatro nobles verdades* acerca del sufrimiento: (1) la verdad del *dukkha* (darse cuenta de que el sufrimiento forma parte de la vida y es inevitable); (2) la verdad del origen del *dukkha*; (3) la verdad del cese del *dukkha*; y (4) la verdad de la superación del *dukkha*. El sufrimiento puede ser consecuencia de una enfermedad física o mental, del envejecimiento o del estrés de intentar aferrarnos a cosas que cambian constantemente.

El budismo, también conocido como budadharma, insiste en que la práctica del *dharma* permite superar el sufrimiento y lograr la paz y la felicidad, además de la purificación y la iluminación, un estado del ser en el que se superan el odio, la avaricia y otras emociones negativas. Aquí, *dharma* significa vivir una vida con una moral y unos valores elevados y en línea con las enseñanzas del Buda. En el budismo, estos estilos de vida y estas prácticas suelen conocerse como el «camino de la purificación», que lleva al «camino de la iluminación». En el yoga y otras tradiciones orientales, como el zen, podemos encontrar ideas similares. Por lo tanto, muchos consideran que la atención plena no se limita a prácticas de

meditación, sino que incluye un estilo de vida caracterizado por la serenidad y por la conciencia del propio cuerpo y de las propias emociones y pensamientos. La atención plena lleva a la persona a estar en armonía con la realidad y evita la ignorancia y el sufrimiento autoinfligido, considerados los dos obstáculos principales para alcanzar la felicidad. En el budismo, el desconocimiento se entiende como verse a uno mismo separado de los demás y del mundo. Por el contrario, el budismo insiste en la conexión entre uno mismo y todo lo demás.

Lo contrario de la atención plena es la incapacidad de ver y aceptar la realidad y la verdadera naturaleza de las cosas tal y como son. Así, la postura del budismo en relación con nuestra situación en la vida no es ni pesimista ni optimista, sino realista, algo que, dicho sea de paso, es congruente con el modelo general de la TCC. La incapacidad de ver la naturaleza verdadera de las cosas se expresa como ignorancia (*avijja*) y como falsa ilusión (*moha*). A veces se distingue entre dos tipos interrelacionados de ignorancia: la ignorancia de la naturaleza verdadera de las cosas y la ignorancia de las leyes del karma y de la interdependencia que, a su vez, resulta en una relación inadecuada con el mundo. Ambos tipos de ignorancia llevan a la incapacidad de darse cuenta de las plenas capacidades con que contamos y pueden derivar en inseguridad, obcecación y malestar emocional. El antídoto para la ignorancia es la sabiduría, o la capacidad para conocer y percibir correctamente.

DEFINIR LA ATENCIÓN PLENA

La atención plena es difícil de definir y de medir, pero relativamente fácil de practicar. Múltiples estudios han concluido que la práctica de la atención plena es efectiva en el tratamiento de varios trastornos emocionales, sobre todo los relativos a problemas del estado de ánimo o de ansiedad. Lo que aún no se acaba de comprender es su mecanismo de actuación.

Hablando en general, atención plena alude tanto a un estado de conciencia de la realidad y del momento presente como a una serie de procedimientos para alcanzar ese estado. La literatura contemporánea define la atención plena como un proceso que conduce a un estado mental que se caracteriza por la conciencia carente de juicio de la experiencia del momento presente, lo que incluye los propios pensamientos, sensaciones corporales y conciencia así como el entorno,

y que promueve la apertura, la curiosidad y la aceptación.³² Las estrategias de atención plena se centran en el momento presente y fomentan que se le preste atención, sin juzgarlo.

Bishop y otros³³ distinguen entre dos elementos de la atención plena: uno relacionado con la autorregulación de la atención y otro relacionado con la orientación hacia el momento presente y que se caracteriza por la apertura, la curiosidad y la aceptación. La premisa básica que sustenta las prácticas de atención plena es que experimentar el momento presente sin juzgarlo y con una mente abierta puede contrarrestar los efectos de los estresores, porque la orientación excesiva hacia el pasado o hacia el futuro puede derivar en (o reforzar) síntomas depresivos o ansiosos.³⁴ También se cree que, como la práctica de la atención plena enseña a las personas a responder a las situaciones estresantes de una manera más reflexiva y menos refleja, puede contrarrestar las estrategias de evitación experiencial, que son los intentos de alterar la intensidad o la frecuencia de los estados internos no deseados.³⁵ Se cree que las estrategias de evitación contribuyen al mantenimiento de muchos, si no todos, los trastornos emocionales.³⁶ Además, la respiración lenta durante la meditación con atención plena podría aliviar los síntomas físicos de malestar, equilibrando las respuestas simpáticas y parasimpáticas.³⁷

Podríamos concebir el entrenamiento en atención plena como un proceso de entrenamiento atencional en varias fases. En las primeras, la práctica de la atención plena aumenta la conciencia de los procesos reactivos. En las fases intermedias, conduce a la desactivación de la reactividad automática específica de la experiencia abordada; y, en la última fase, fomenta la aparición de la autoaceptación y de respuestas más integradoras en las áreas de funcionamiento.³⁸ Por su parte, Hölzel y sus colegas³⁹ proponen que la regulación de la atención es un factor clave. Además, consideran que la conciencia corporal, la regulación emocional y el cambio de actitud hacia uno mismo son elementos importantes que determinan el mecanismo de cambio. Finalmente, DeSteno y su equipo informaron de evidencias que sugieren que el entrenamiento en atención plena aumenta las conductas compasivas y prosociales.⁴⁰ Sin embargo, y a pesar de estas conclusiones prometedoras, aún no se sabe bien cómo funcionan los mecanismos concretos de la atención plena y sus correlatos neurobiológicos.

De todos modos, las prácticas de atención plena tienen utilidad clínica, porque parecen ser efectivas a la hora de abordar procesos cognitivos

desadaptativos, como la preocupación y la rumiación, y de generar distancia entre lo que uno piensa y la percepción de lo que uno es (lo que, con frecuencia, da lugar a la conciencia de que «No soy mis pensamientos»). Prestar atención plena significa estar en el momento presente en lugar de pensar en acontecimientos pasados o futuros o en cuestiones distintas al momento presente. También significa experimentar las emociones asociadas al estado presente. A pesar de que muchas prácticas de atención plena se centran en experiencias positivas, el objetivo de los ejercicios de atención plena no es el bienestar, sino que la persona se muestre abierta y curiosa y experimente lo que sea que esté sucediendo sin juzgarlo y sin intentar cambiarlo. Por el contrario, las conductas desatentas son automáticas y sin afecto, si es que no se asocian al afecto negativo. Tal y como explicaré más adelante, hay una relación directa entre el grado de atención y el afecto.

DISTANCIAMIENTO Y DESCENTRADO

La atención plena en prácticas de meditación sensorial (prácticas centradas en la respiración y otras experiencias sensoriales) ejercitan los procesos atencionales voluntarios del paciente. Las estrategias de meditación sensorial ayudan a la persona a centrarse en el momento presente en lugar de en el pasado o en el futuro y a desarrollar una actitud carente de juicio hacia cualquier experiencia, pensamiento o emoción. Este proceso suele recibir el nombre de «descentrado», muy relacionado con el concepto de «distanciamiento» de la TCC tradicional.⁴¹ Aunque se trata de dos conceptos que se solapan mucho, tanto en lo conceptual como en lo práctico, presentan diferencias sutiles, especialmente en lo relativo a sus respectivas bases teóricas. El distanciamiento alude al proceso de ganar objetividad en relación con los propios pensamientos aprendiendo a diferenciar entre los pensamientos y la realidad. El distanciamiento asume que evaluar los pensamientos, que pueden estar expresados en forma de hipótesis, conduce al conocimiento. Por el contrario, el descentrado, tal y como lo usan algunos autores, como Hayes,⁴² parte de un modelo teórico que no diferencia entre pensamientos y conductas a nivel conceptual, porque los pensamientos se entienden como conductas verbales.

La incapacidad de descentrarse y distanciarse puede dar lugar a una «fusión pensamiento-acción» (FPA), o a la dificultad para diferenciar entre las cogniciones y las conductas. Se ha propuesto que la FPA consta de dos elementos discretos:⁴³ el primero es la creencia de que tener un pensamiento concreto aumenta la probabilidad de que algo suceda en la realidad (probabilidad) y el segundo (moralidad) es la creencia de que pensar sobre una acción equivale a llevarla a cabo. Por tanto, para alguien inmerso en la FPA, pensar en matar a alguien podría ser moralmente equivalente a matarle en realidad. Shafran y otros⁴⁴ asumen que el componente moral es resultado de la conclusión errónea de que tener «malos» pensamientos es indicativo de la «verdadera» naturaleza e intenciones de la persona.

La atención plena es una actividad que puede enseñarse y practicarse. También es un rasgo y una variable de diferencia interindividual asociada a la respuesta emocional adaptativa, tal y como han demostrado algunos estudios experimentales recientes. Por ejemplo, un estudio de Arch y Craske⁴⁵ evaluó la respuesta de los participantes a un estresor de hiperventilación. El rasgo de atención plena se asoció a respuestas reducidas ante el estresor en muestras con y sin ansiedad clínica. Otro estudio concluyó que el rasgo de atención plena predecía menos reactividad ante una tarea de hiperventilación en sujetos con y sin ansiedad. El estudio concluyó también que el rasgo de atención plena predecía respuestas de cortisol reducidas y menos malestar subjetivo ante una amenaza de evaluación social.⁴⁶ Finalmente, otro estudio concluyó que el rasgo de atención plena puede amortiguar los efectos desadaptativos de reprimir las emociones desagradables.⁴⁷ En este estudio se entrenó a los participantes en una estrategia de represión y luego se les pidió que reprimieran las respuestas a la inhalación de una mezcla de aire enriquecida con un 15 % de CO₂. Una vez controladas las variables relacionadas con la ansiedad, el rasgo de atención plena fue el único predictor significativo del malestar asociado a las emociones desagradables, consecuencia de reprimir las sensaciones corporales provocadas por la inhalación de aire enriquecido con CO₂. En concreto, la capacidad de proporcionar descripciones de las experiencias observadas predijo una menor reactividad de la frecuencia cardiaca ante la inhalación de CO₂, mientras que la capacidad de limitar la atención al momento presente fue el único predictor del malestar subjetivo. La tendencia a atender a los estímulos corporales o sensoriales predijo un malestar mayor durante la inhalación de CO₂. Estos

estudios de laboratorio recientes apuntan a que la atención plena como amortiguador a la hora de afrontar situaciones estresantes es un factor importante.

TERAPIAS BASADAS EN LA ATENCIÓN PLENA

Las terapias basadas en la atención plena han ganado una popularidad enorme y han demostrado beneficios potenciales. Algunos ejemplos populares de terapia basada en la atención plena (MBT, por sus siglas en inglés) son la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT)⁴⁸ y la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR).⁴⁹ Las revisiones metaanalíticas han demostrado que las intervenciones basadas en la atención plena son efectivas en el tratamiento de la depresión y la ansiedad.⁵⁰ Otros estudios han concluido que la MBT también es efectiva en el tratamiento de varios problemas psicológicos y especialmente efectiva a la hora de reducir la ansiedad, la depresión y el estrés.⁵¹

Sentarse y respirar con atención plena

Los ejercicios de atención plena consisten en entrenar la atención con el objetivo de interrumpir la automaticidad, ralentizar los pensamientos e intensificar la experiencia de estar en el aquí y ahora. Uno de los ejercicios que se usa con frecuencia es el de sentarse y respirar con atención plena.

En la práctica: sentarse y respirar con atención plena

Para practicar la meditación sedente tradicional, se le pide al paciente que busque un lugar privado, limpio, ordenado y silencioso en el que no haya distracciones. No debe hacer ni demasiado frío ni demasiado calor y tampoco debe estar ni demasiado iluminado ni demasiado oscuro. A continuación encontrará las instrucciones básicas:

1. Póngase ropa ancha y cómoda. No debería tener hambre ni tampoco estar demasiado lleno o haber consumido alcohol. Siéntese sobre una almohada con las rodillas sobre el suelo. También puede ir bien usar una colchoneta gruesa. Cruce las piernas en la posición del loto completo o del medio loto y yerga la espalda. Deje reposar las manos sobre los muslos y cierre una mano sobre la palma de la otra. Mantenga los ojos entreabiertos y no centre la mirada en ningún objeto concreto. Mantenga la boca cerrada y deje que la lengua descance sobre el paladar.

2. Respire tranquilamente por la nariz del modo que le resulte más cómodo (no intente controlar la respiración respirando muy profunda o superficialmente). Sencillamente, deje que la respiración suceda sin más.
 3. No intente controlar sus pensamientos y no se centre en ningún objeto concreto. Deje que los pensamientos vengan y vayan. Sea consciente de su propia presencia y de la de los demás, de su entorno y de sus sensaciones, como la respiración y la postura.
 4. El objetivo es aumentar la conciencia, no llegar a un estado de adormecimiento. Normalmente, el ejercicio suele hacerse cada día a la misma hora aproximadamente y suele durar entre 20 y 40 minutos. Empiece con 10 minutos y aumente el tiempo gradualmente.
-

Comer con atención plena

Comer satisface una necesidad básica. El cuerpo cuenta con varios mecanismos de retroalimentación que determinan cuándo deberíamos empezar a comer, cuándo deberíamos dejar de comer y qué deberíamos comer. Las señales pueden ser sutiles y la alteración de estos mecanismos puede generar conductas de alimentación desordenadas.

Además de satisfacer nuestras necesidades básicas, comer también cumple una función social importante en casi todas las culturas humanas. Nos reunimos para celebrar hitos importantes, desde bodas y cumpleaños a graduaciones y funerales. Incluso los condenados a muerte disfrutan de una última comida antes de ser ejecutados, lo que subraya la importancia de la comida como refuerzo biológico, social y emocional.

A pesar de la importancia que las personas atribuimos a comer juntos en ocasiones determinadas, la comida puede pasar a ser algo secundario durante la vida cotidiana. Comer se convierte en una molestia y en algo necesario para aliviar la desagradable sensación de hambre. Los restaurantes de comida rápida son tan populares porque satisfacen la necesidad básica de hambre de la manera más rápida y barata posible.

Por otro lado, la comida puede utilizarse para regular las emociones, con conductas que van desde comer «comida reconfortante» a la ingesta aberrante de la bulimia nerviosa, la anorexia nerviosa y la obesidad. La comida puede utilizarse como una manera de ejercer control sobre otros o para expresar opiniones políticas, como en el caso de las huelgas de hambre. Finalmente,

comer puede convertirse en un hábito o en una manera de intensificar otras conductas, como cuando comemos palomitas mientras miramos una película en el cine.

Comer no solo sacia el hambre, sino que satisface muchas funciones distintas. La conducta de comer puede estar motivada por el instinto (saciar el hambre) o puede usarse como un modo de regular emociones (como en el caso de la bulimia nerviosa, la bulimia y algunas formas de obesidad). Comer puede ser un hábito automático al que no prestamos atención (como cuando comemos palomitas de maíz en el cine) o puede ser una conducta consciente y orientada a las sensaciones (cuando el hecho de comer, con todas las sensaciones agradables, y quizá desagradables, que puede entrañar está en el centro de nuestra atención). Comer sin prestar atención suele ser una conducta habitual (es un hábito) y rápida que suele satisfacer una función de regulación emocional. Por el contrario, comer de forma consciente es una conducta deliberada, lenta y centrada en la sensación, para aumentar la conciencia del hambre, de la textura y el sabor de los alimentos, del acto de masticar y tragar y de la sensación de saciedad. Comer de forma consciente incluye también tener en cuenta y reflexionar acerca de la naturaleza, el origen y el procesamiento de la comida. Por ejemplo, si comemos una manzana, podemos imaginar al campesino que la ha recolectado, el árbol donde maduró y la flor que atrajo a la abeja que la polinizó.

Estas consideraciones son congruentes con la postura budista de la interrelación entre todos los seres vivos y pueden mejorar la apreciación de la experiencia de comer. Obviamente, resulta mucho más fácil cuando no hay presiones temporales y cuando la comida es sabrosa y fresca, en lugar de muy procesada y sosa o grasienta.

Se aconseja que, a la hora de comer con atención plena, al principio se eviten los alimentos amargos o ácidos, como el limón o el pomelo, y los muy procesados, como los caramelos, o muy duros, como los frutos secos y el apio. El alimento ideal, sobre todo al principio, es algo que resulte familiar y que no necesite mucha masticación. Idealmente, debería dar lugar a una experiencia gustativa agradable y duradera, como sucede con los plátanos o las uvas pasas. Más adelante, los ejercicios pueden incluir alimentos asociados a texturas más complejas, como el chocolate negro, las manzanas, las uvas, el queso o el pan. Las instrucciones que encontrará a continuación pueden mejorar la experiencia de comer con atención plena.

En la práctica: comer con atención plena

Esta práctica puede mejorar la experiencia de saborear la comida. Al centrarnos en las sutilezas de la experiencia de comer, resistimos el impulso de comer a toda prisa. Esto no solo mejora la satisfacción que suele asociarse al acto de comer, sino que también nos lleva a ser más conscientes de las sutiles señales que nos indican que debemos dejar de comer o que hagamos una pausa. Las instrucciones podrían ser así.

Explore la comida. Mírela como si fuera la primera vez que la ve; pásesela por los labios para experimentar la textura y la temperatura, huélala. Poco a poco, métasela en la boca y concéntrese en las sensaciones que crea. Con la lengua, experimente poco a poco la textura y el sabor. Note cómo la saliva rodea la comida y cómo cambia la experiencia a medida que mastica lentamente. Fíjese en el impulso de tragar que siente. Trague poco a poco y fíjese en cómo cambian el sabor y la textura a medida que sigue comiendo.

Mientras come, piense en el origen del alimento y en cuántos seres vivos han intervenido en esta experiencia. En el caso de que esté comiendo una manzana, piense en el manzano donde ha crecido la fruta. Piense en las abejas que han polinizado la flor; piense en el agricultor que ha recogido las manzanas y en los trabajadores de la tienda que la han manipulado.

Se pueden añadir las instrucciones siguientes para intensificar la experiencia:

1. Evite los bocados grandes. Intente comer con palillos chinos, porque así habrá menos comida en cada bocado.
 2. Pruebe a comer con su mano no dominante. Intensifica la experiencia de comer y le llegará menos comida a la boca.
 3. Mastique mucho. Por ejemplo, mastique entre 30 y 50 veces cada bocado. Intente que la comida dure un mínimo de 20 minutos.
 4. Evite las distracciones, como la televisión, el periódico o el ordenador.
 5. Sírvase menos comida de la que crea que quiere comer.
-

Las actividades con atención plena no se limitan a sentarse, respirar o comer. Podemos transformar cualquier actividad y convertirla de una tarea automática e inconsciente en una experiencia de atención plena.⁵² Conducir de camino al trabajo, beber vino, tener relaciones sexuales, etc. puede hacerse o bien de forma automática o bien prestando atención a las diferentes sensaciones y experiencias, sobre todo las agradables. Cuando desempeñamos cualquier actividad con atención plena, genera más intensidad y, normalmente, también más afecto positivo que si la llevamos a cabo de forma automática e

inconsciente. La atención plena exige tiempo y práctica. El entrenamiento regular en atención plena puede transformar actividades rutinarias, normales y automáticas en conductas significativas y conscientes.

Meditación de amor y amabilidad y meditación centrada en la compasión

Los ejercicios de atención plena que conocen la mayoría de los occidentales alientan la conciencia carente de juicio de la experiencia presente. La meditación centrada en la compasión (MCC) también exige atención plena, pero el foco de atención no se dirige únicamente a la experiencia sensorial, sino a la conciencia y el deseo de aliviar el sufrimiento de todos los seres vivos y conscientes (sintientes). En la meditación de amor y amabilidad (MAA), el foco es la atención amorosa y amable orientada al bienestar de todas las personas. El propósito de la MAA es desarrollar un estado afectivo de amabilidad incondicional dirigida a todo el mundo y resulta especialmente útil a la hora de aumentar el afecto positivo. Hablar de «amor y amabilidad» puede suscitar cierta resistencia, por lo que también podemos aludir a esta práctica como «entrenamiento en afecto positivo».

La MAA y la MCC se entienden (además de como dicha altruista y ecuanimidad) como atributos que subyacen al aspecto carente de juicio que caracteriza la conciencia atenta, porque, sin ellas, los juicios negativos pueden interferir con la atención plena sostenida. Por este motivo, tanto la MAA como la MCC incluyen la práctica de la atención plena. El propósito de la MAA es desarrollar un estado afectivo de amabilidad incondicional hacia todo el mundo. La MCC pretende cultivar una compasión profunda y genuina hacia las personas que han sufrido desgracias, además de un deseo sincero de aliviar ese sufrimiento.⁵³

Se cree que estas prácticas de meditación amplían la atención, refuerzan el afecto positivo y reducen los estados afectivos negativos; se cree que cambian la actitud básica que el individuo adopta hacia los demás y que aumentan la empatía y la compasión.⁵⁴ Las prácticas budistas tradicionales consideran que la MAA resulta especialmente útil para las personas con una tendencia intensa a la hostilidad o la ira.⁵⁵

La meditación de amor y amabilidad, también conocida como *mettā* (en pali), tiene sus orígenes en el budismo. Alude a un estado mental de amabilidad desinteresada e incondicional hacia todos los seres vivos.⁵⁶ La compasión (*karunaa*) puede definirse como una emoción que suscita el deseo de que las personas escapen del sufrimiento y de las causas del mismo.⁵⁷

En la tradición budista, la MAA y la MCC se han combinado con otras prácticas de meditación y, especialmente, con la atención plena. El amor, la amabilidad y la compasión están íntimamente relacionados con el concepto budista de que todos los seres vivos están interrelacionados. Junto al amor, la amabilidad y la compasión, la dicha altruista (*mudita*, la dicha por la dicha ajena y lo contrario del *schadenfreude*, o la alegría derivada del sufrimiento ajeno) y la ecuanimidad (*upekṣā*, estar sereno y tranquilo) constituyen los cuatro *Brahmavihāras*. Son los cuatro estados sublimes (también conocidos como las cuatro actitudes sublimes o inconmensurables).⁵⁸ Estas cuatro cualidades actitudinales cimientan el sistema ético budista y se consideran las características necesarias para llegar a conocer cómo funciona nuestra mente y el mundo que nos rodea y para alcanzar una vida sin sufrimiento. Según la postura budista, para poder prestar atención en cada momento a lo perceptible (un acto inherentemente cognitivo), es necesario cultivar estas cuatro cualidades. Los budistas creen que, sin ellas, cuando nos enfrentásemos a percepciones desagradables o negativas (como pensamientos negativos, emociones perturbadoras o imágenes desagradables), lo más probable es que entráramos en un estado mental de evaluación o rumiación. En ese estado mental, las personas son incapaces de experimentar su estado emocional como un objeto de atención y de conciencia plena. Por lo tanto, los budistas creen que solo cuando somos capaces de afrontar sensaciones, emociones o pensamientos difíciles con cierto grado de amabilidad, compasión y compostura podemos atender a la diversidad y a las texturas de las experiencias del momento presente de manera consciente.

TÉCNICAS DE MEDITACIÓN

Las prácticas budistas suelen combinar la MAA y la MCC. Del mismo modo, la mayoría de los estudios psicológicos vienen combinando ambas prácticas.⁵⁹ En la forma elaborada de la meditación centrada en la compasión, la persona que medita lleva a cabo una serie de «contemplaciones» (pensamientos). Según la

tradición budista (Libro 1, *Uraga Vagga* [el libro de la serpiente], *cunda kammaraputta sutta* [AN. 10.176]), la práctica de esta meditación consiste en pensar en cada etapa en aspiraciones (deseos) concretos en relación con otra persona, como: (1) que no experimente enemistad; (2) que no experimente sufrimiento mental; (3) que no experimente sufrimiento físico, y (4) que cuide de sí mismo con alegría.⁶⁰ Normalmente, el ejercicio empieza orientando la compasión hacia uno mismo o hacia otros, en función de lo que resulte más fácil. Del mismo modo, durante la MAA, la persona avanza en contemplaciones de dificultad creciente. Normalmente, la sensación se amplía a un grupo de «otros» cada vez más amplio, hasta que acaba irradiando en todas las direcciones (norte, sur, este y oeste), aunque el orden puede cambiar para adaptarse a las preferencias individuales.

Durante la práctica de la MAA, la persona repite en voz baja frases concretas, para dirigir energía emocional positiva, o *mettā*, a otras personas además de a uno mismo. *Mettā* alude a un estado mental de amabilidad desinteresada e incondicional hacia todos los seres vivos. Las frases no deberían utilizarse como un mantra cuyo significado se pierde con la repetición, sino que han de servir para mantener el foco de la atención sobre el *mettā* y el objetivo del mismo. Por lo tanto, las frases deben pronunciarse de forma consciente cada vez, para prestar atención plena a su significado y a las emociones que suscitan. La MAA se basa en el concepto budista de que todos los seres vivos están conectados y que la felicidad es consecuencia de conocer nuestra relación con todos los seres vivos.

La MAA puede practicarse en cualquier momento y en distintas posturas (sentado, tendido o caminando).⁶¹ Sin embargo, es mejor practicarla sentado cómodamente en un lugar tranquilo y sin distracciones. En sus formas más rudimentarias, se trata de meditaciones muy sencillas que suelen incluir dirigir las emociones hacia uno mismo, hacia terceras personas concretas o en todas direcciones y hacia todos los seres vivos.

En la práctica: meditación de amor y amabilidad para aumentar el afecto positivo

Durante la MAA, la persona suele avanzar desde contemplaciones más difíciles a contemplaciones cada vez más complejas.⁶² A continuación encontrará una secuencia típica:

1. Céntrese en sí mismo.

2. Céntrese en un «benefactor» o en un buen amigo (es decir, una persona que esté viva y que no suscite deseo sexual).
 3. Céntrese en una persona neutra (una persona que no suscite emociones especialmente positivas ni negativas, pero con la que suele encontrarse en un día normal).
 4. Céntrese en una persona «difícil» (una persona a la que suele asociar con emociones negativas).
 5. Céntrese en sí mismo, en un buen amigo, en la persona neutra y en la persona difícil (con la atención repartida equitativamente entre todos).
 6. Céntrese en todos los seres vivos al este, oeste, norte y sur, y en todo el universo.
-

No debemos confundir estas prácticas con meras repeticiones mecánicas de imágenes o frases. Por el contrario, se asume que, al examinar con atención qué sucede cuando intentamos generar amor, amabilidad o compasión, aumentamos el conocimiento acerca de la naturaleza de las emociones y de la relación que mantenemos con ellas. Y aún más: se cree que al centrarnos en esta experiencia de manera amable, abierta, paciente y tolerante damos lugar a un cambio en los estados afectivos que nos acerca a más compasión y amor y a más amabilidad.

El objetivo central es generar *mettā*, una forma de afecto positivo parecida a la energía. El objeto concreto al que orientemos el ejercicio es secundario. Así tenemos que, como alternativas a «benefactor», podemos pensar en una mascota o en un amigo de la infancia y una «persona neutra» podría ser la cajera del supermercado. En el momento de centrarse en una persona difícil, el paciente debería empezar con alguien con quien la dificultad sea relativamente leve, por ejemplo alguien ligeramente irritante o molesto en lugar de una persona que le haya herido profundamente.

Cabe destacar que dirigir la MAA a una persona difícil no la excusa de sus acciones. Aunque el perdón es una consecuencia natural de estas prácticas, no es su objetivo principal. Del mismo modo, el objetivo no es que la persona «nos caiga bien», sino, sencillamente, desearle felicidad y aceptar que todas las personas merecen vivir una vida feliz y sin sufrimiento. Por el contrario, desear infelicidad a alguien genera infelicidad en la propia vida. En palabras del Dalai Lama, «albergar ira hacia otra persona es como tragar veneno y esperar que muera el otro». Esto coincide con la tradición budista que conceptualiza el *mettā* y el *karuna* como los dos *Brahmavihāras* incompatibles con la ira, el odio, la envidia y los celos. Las personas enfadadas son personas infelices y la felicidad verdadera jamás está centrada en uno mismo, sino que es siempre radiante e inclusiva, porque todos los seres vivos están conectados y todos los seres

humanos formamos parte de la humanidad. Esta idea se refuerza cuando reflexionamos sobre la realidad de que todos los seres vivos (también nosotros mismos) quieren ser felices.⁶³

EVIDENCIA EMPÍRICA

Ninguna de las dos prácticas de meditación se había estudiado en experimentos psicológicos hasta hace poco.⁶⁴ El constructo de la «autocompasión», que hace referencia a sentir compasión por el sufrimiento propio, tiene que ver tanto con el amor y la amabilidad como con la compasión. Implica generar el deseo de aliviar el sufrimiento propio, de curarse con amabilidad, de reconocer la humanidad compartida y de reflexionar de forma consciente acerca de los aspectos negativos de uno mismo.⁶⁵

La evidencia empírica sugiere que es posible entrenar los elementos de la MAA y la MCC en un periodo de tiempo relativamente breve. Por ejemplo, el estudio de Hutcherson y otros⁶⁶ sugiere que un entrenamiento de 7 minutos de duración en MAA puede producir mejoras pequeñas o relativamente potentes en las emociones positivas en relación con uno mismo y con los demás. Sin embargo, es probable que el periodo de entrenamiento en MAA necesite algo más de tiempo. En otros estudios con poblaciones no clínicas, el entrenamiento consistió en sesiones semanales de 60 minutos.⁶⁷ El ejercicio de MAA en sí mismo solo duraba entre 15 y 20 minutos,⁶⁸ aunque los efectos también fueron modestos. En estudios clínicos, el entrenamiento en MAA consistió en 12 sesiones semanales de 2 horas de duración para tratar problemas de ansiedad, ira y estado de ánimo mediante una MCC modificada,⁶⁹ 12 sesiones de 1 hora de duración para tratar síntomas paranoides en pacientes esquizofrénicos,⁷⁰ y 8 sesiones de 1 hora para reducir el dolor lumbar crónico.⁷¹ Por lo tanto, la MAA y la MCC pueden ejercer un efecto positivo sobre las emociones y el funcionamiento psicológico incluso después de un periodo de entrenamiento relativamente breve.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que examinar los efectos de entrenamientos muy breves centrados en la atención positiva no tendrá los mismos efectos que entrenamientos sistemáticos en que las personas dedican muchas horas a la MAA y la MCC dirigidas a sí mismas. El supuesto budista básico es que hay que dedicar un tiempo y una práctica considerables para

desarrollar estas capacidades, por lo que examinar los efectos de estas prácticas en un entorno de laboratorio dando instrucciones breves a personas no expertas va en contra de este supuesto básico. Por lo tanto, es muy posible que el entrenamiento ejerza efectos muy distintos cuando se compara a novicios y a expertos con décadas de práctica.⁷²

Finalmente, es muy probable que sea necesario integrar las técnicas de MCC y de MAA con las prácticas de atención plena para dar lugar a la concentración y a la atención necesarias para la MCC y la MAA.⁷³ Cuando se estudiaron los efectos por separado de la MAA en un estudio de intervención,⁷⁴ los efectos sobre el afecto positivo fueron significativos pero pequeños. Hay que seguir investigando acerca de la MCC y sobre todo acerca de la MAA en estudios controlados aleatorizados con muestras más amplias.

Finalmente, la literatura científica de que disponemos hasta ahora sugiere que tanto la MAA como la MCC son técnicas muy prometedoras para aumentar el afecto positivo y también para reducir el estrés y el afecto negativo, como ansiedad y síntomas del estado de ánimo. La MAA parece ser especialmente útil a la hora de abordar problemas interpersonales como las dificultades para controlar la ira. Además, tanto la MAA como la MCC parecen ser especialmente útiles para tratar problemas relacionales, como conflictos de pareja, y para contrarrestar las dificultades a que se enfrentan los cuidadores profesionales y los no profesionales que deben atender a familiares o a amigos con enfermedades crónicas.

Síntesis de aspectos con relevancia clínica

- La psiquiatría se ha centrado sobre todo en la reducción del afecto negativo, pero apenas ha hecho esfuerzos para aumentar el afecto positivo. Hay diferencias interpersonales en el grado en que se experimenta afecto positivo y negativo. El afecto positivo se asocia a la felicidad, la vitalidad y el bienestar.
- Resulta difícil predecir la felicidad y el afecto positivo; sin embargo, estos estados emocionales predicen, a su vez, la salud física y mental.
- Cuesta definir la atención plena. Alude al proceso mental de distanciarse de los propios pensamientos. Se define como el proceso que conduce a un estado mental caracterizado por la conciencia carente de juicio de la

experiencia del momento presente, incluyendo las sensaciones, pensamientos, estados corporales, conciencia y el entorno personales, al tiempo que se alienta la apertura, la curiosidad y la aceptación.

- Prestar atención plena significa estar en el momento presente en lugar de pensar en acontecimientos pasados o futuros o en cuestiones que no tienen nada que ver con el momento presente. Por el contrario, las conductas desatentas son automáticas y o bien no llevan afecto asociado o bien se trata de un afecto negativo, como cuando la mente divaga.
- El entrenamiento y los ejercicios de atención plena apuntan a experimentar el momento presente de manera abierta y sin juzgar. Se ha demostrado que estos ejercicios son efectivos a la hora de abordar estilos cognitivos donde predominan la rumiación y la inquietud, como en la depresión y la ansiedad.
- La meditación de amor y amabilidad y la meditación centrada en la compasión (MAA y MCC, respectivamente) pueden promover felicidad y afecto positivo tanto temporales como de larga duración. La práctica de estas meditaciones también puede aliviar estados afectivos negativos, cambiar la percepción que uno tiene de sí mismo en relación con los demás y aumentar la empatía.
- La MAA y la MCC pueden resultar especialmente útiles a la hora de tratar problemas de control de la ira, depresión y distimia, además de problemas relacionales, como conflictos de pareja, y para contrarrestar las dificultades a que se enfrentan los cuidadores profesionales y los no profesionales que deben atender a familiares o a amigos con enfermedades crónicas.

CAPÍTULO 8

LA NEUROBIOLOGÍA DE LAS EMOCIONES

Una revisión completa de los correlatos neurobiológicos de las emociones ocuparía fácilmente un volumen entero, con capítulos completos dedicados a distintas emociones. Por lo tanto, la breve explicación que puedo ofrecer aquí es, necesariamente, selectiva e incompleta. En esta revisión presentaré fundamentalmente los correlatos biológicos de los temas que he planteado en los capítulos anteriores. En concreto, algunas de las preguntas que abordo son: ¿qué estructuras cerebrales está relacionadas con la emoción y con la regulación emocional?, ¿cómo se relacionan las emociones y las cogniciones en el plano neurobiológico?, ¿y qué diferencias neurobiológicas presentan las personas? Me centraré sobre todo en los correlatos neurobiológicos del miedo y de la ansiedad, porque la mayoría de los estudios sobre la emoción se han centrado en los circuitos neuronales del miedo y de los estados emocionales relacionados.

Los sistemas neurobiológicos de la emoción

Jeffrey Gray fue el primero en formular una influyente teoría neuropsicológica de la emoción que, durante los años siguientes, fue modificándose y definiéndose¹ hasta ser actualizada recientemente.² Aunque se centra sobre todo en la ansiedad, la teoría tiene implicaciones importantes para la investigación sobre la emoción, porque destaca la importancia del contexto y de las expectativas. En esencia, el modelo de Gray plantea que el cerebro de los mamíferos cuenta con tres sistemas neuropsicológicos básicos: el sistema de aproximación conductual, el sistema de huida o lucha y el sistema de inhibición conductual (SIC). Según la teoría de Gray, la experiencia subjetiva de «miedo» se relaciona sobre todo con el sistema de huida o lucha, mientras que la «ansiedad» se entiende como un producto del SIC. En el contexto de la teoría de Gray, el sistema de huida o lucha se activa por el castigo y la ausencia de

recompensa no condicionados, mientras que el SIC se activa ante señales de castigo y de no recompensa (estímulos condicionados), estímulos innatos y estímulos novedosos. Se ha planteado la hipótesis de que un SIC altamente sensible³ o un SIC hiperactivo⁴ propiciarían una respuesta conductual aumentada ante señales de castigo inminente y, por lo tanto, una mayor susceptibilidad a trastornos ansiosos o depresivos. Aunque la teoría de Gray ha influido a los investigadores de la ansiedad, su relevancia para otros estados emocionales en humanos y para la práctica clínica es relativamente limitada.

Estudios más recientes se han centrado en la amígdala como una estructura cerebral importante para el procesamiento de las emociones y, en especial, del miedo. Estos estudios han demostrado que la estimulación aversiva activa una vía subcortical entre el tálamo y los cuerpos amigdalinos.⁵ Al parecer, hay circuitos independientes que se ramifican o bien a través de la materia gris central y median las respuestas emocionales somáticas (expresadas como la «respuesta de congelación» en ratas), o bien a través de la región lateral del hipotálamo y median la activación autónoma. Una vez instauradas, estas redes neuronales pueden influir sobre otras conductas relacionadas, porque los estímulos condicionados activan el mismo circuito de miedo.

LeDoux y otros han demostrado en experimentos con animales que la amígdala es clave para el procesamiento y la expresión de las emociones.⁶ Este modelo asume que las señales emocionales se procesan de dos maneras distintas, que difieren en la velocidad y la profundidad del procesamiento. Primero, la información visual de un objeto potencialmente peligroso se proyecta en el tálamo visual, que es la estación repetidora central de la información visual entrante, y de ahí pasa directamente a la amígdala, que está relacionada con el sistema nervioso autónomo. La información puede activar el sistema de respuesta de huida o lucha con poca o ninguna conciencia por parte de la persona. LeDoux llamó a este proceso «camino corto» a la amígdala,⁷ porque las estructuras corticales superiores no intervienen en el mismo. Además de este proceso subcortical, se asume que el tálamo también envía la información a la corteza visual, que sigue procesándola. Los procesos corticales superiores pueden inhibir la activación amigdalina y suprimir la respuesta de huida o lucha inicial. Como este camino a la amígdala implica a los centros corticales superiores y es más lento, LeDoux lo llamó «camino largo»⁸ a la amígdala. Esto significa que la respuesta de huida o lucha es automática y está mediada fundamentalmente por la estructura cerebral subcortical. Las áreas corticales

superiores pueden detener el proceso, pero no pueden impedir que suceda. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las personas pueden tener emociones en ausencia de la amígdala. Por ejemplo, las personas con la enfermedad de Urbach-Wiethe, una enfermedad genética recesiva rara que se ve sobre todo en personas que viven en el norte de Suráfrica, sufren una degeneración progresiva de la amígdala, pero siguen mostrando miedo y otras emociones, lo cual sugiere que es posible sentir miedo y otras emociones aunque no se tenga amígdala.

Más recientemente, LeDoux⁹ presentó una visión muy distinta y significativamente más refinada de los correlatos biológicos de las emociones. La mayor parte de la investigación neurológica hasta la fecha ha partido del supuesto implícito de que los circuitos neuronales básicos que se han identificado en el cerebro de los roedores cuando el animal se ve expuesto a una amenaza, por ejemplo, se traducen directamente en emociones humanas, como el miedo o la ansiedad. En su libro, LeDoux argumenta de forma convincente que este supuesto es erróneo, porque una emoción es, por definición, una experiencia consciente. Aunque los procesos básicos e inconscientes que se observan en estudios animales intervienen también en las emociones humanas, no deberían equipararse a los procesos emocionales. Esta postura coincide con la que he adoptado a lo largo del libro y que he explicado de forma más detallada en el capítulo 4 y otros lugares.

Los estudios con humanos sugieren que las regiones cerebrales ubicadas en la parte anterior del neocórtex (las regiones prefrontales) y sobre todo las de las regiones ventrales (anteriores), dorsales (posteriores) y laterales están especialmente implicadas en las emociones. Las secciones ventrales de la corteza prefrontal (CPF), implicadas en el lenguaje y en la inhibición de la respuesta; las regiones dorsales de la COP, implicadas en la memoria de trabajo y en la atención selectiva; las secciones dorsales de la corteza cingulada anterior (CCA), implicada en los procesos de control; las regiones dorsales de la CPF medial, implicada en la reflexión sobre los estados emocionales propios o ajenos; y la ínsula, que recibe información viscerosensorial y parece desempeñar una función general en la experiencia afectiva, parecen ser correlatos neurobiológicos de las emociones especialmente importantes.¹⁰

Los neurólogos han investigado estos circuitos de las emociones (y sobre todo del miedo) estudiándolos con ratas de laboratorio. Un paradigma habitual para estudiar el miedo es administrar una descarga eléctrica junto a otro estímulo. El análogo humano es el paradigma del reflejo de sobresalto (parpadeo

ocular).¹¹ Durante lo que se conoce como «paradigma del reflejo de sobresalto potenciado por el miedo», los sujetos llevan auriculares y se les expone a un ruido fuerte mientras se mide la fuerza del parpadeo por sobresalto como respuesta al ruido. El parpadeo por sobresalto puede medirse mediante un electromiograma y se utiliza como una medida de miedo. La respuesta es más fuerte (potenciada) cuando las personas ya están atemorizadas (por ejemplo, tras la exposición a imágenes desagradables y causantes de miedo). Otros experimentos de laboratorio que examinan la regulación emocional en humanos consisten en presentar a los participantes estímulos emocionales, como imágenes y fragmentos de películas, y darles la instrucción específica de que «controlen sus emociones» mientras se registra su actividad cerebral.

La neurobiología de la regulación emocional

Los experimentos con humanos han identificado muchas áreas cerebrales que intervienen en la regulación emocional. Por ejemplo, en un caso, se expuso a mujeres sanas a imágenes neutras (una lámpara) o con valencia negativa (un cuerpo mutilado) mientras estaban tendidas en un aparato de resonancia magnética funcional (RMf) que medía su activación cerebral.¹² Se pedía a las mujeres que miraran las imágenes y experimentaran la respuesta emocional que les suscitaban. La imagen permanecía sobre la pantalla durante un periodo de tiempo adicional con la instrucción de que o bien se limitaran a mirarla o bien reevaluaran el estímulo. Como parte de las instrucciones de reevaluación, se les pedía que reinterpretaran la imagen negativa de modo que ya no generara la respuesta afectiva negativa (por ejemplo, la imagen del cuerpo mutilado es un fotograma de una película de miedo y no es real). Tal y como predice el modelo de LeDoux,¹³ reevaluar las imágenes negativas redujo el afecto negativo (las mujeres informaron de menos afecto negativo) y se asoció a una mayor actividad en las estructuras corticales superiores (como las regiones dorsal y ventral de la CPF lateral izquierda y la CPF dorsal medial) y a una reducción de la actividad de la amígdala. Además, el aumento de la activación en la CPF ventrolateral correlacionaba con un descenso de la activación en la amígdala, lo que sugiere que esta parte de la CPF podría desempeñar una función importante en la regulación consciente y voluntaria de los procesos emocionales.

Varias revisiones de estudios sobre humanos han descrito la relación entre las regiones subcorticales que intervienen en la reactividad emocional, como la amígdala, y las regiones corticales que median la regulación emocional.¹⁴ La respuesta de miedo anómala podría ser resultado de una hiperreactividad amigdalina y de anomalías en el control prefrontal, entre otras estructuras.¹⁵ Una TCC efectiva puede corregir estas anomalías.¹⁶

La reevaluación es cognitivamente compleja y exige los procesos necesarios para generar, mantener y aplicar una estructura cognitiva, además de los procesos que registran los cambios en los estados emocionales propios. En un resumen de la literatura sobre neuroimagen, Ochsner y Gross¹⁷ concluyeron que la reevaluación se asocia a activaciones de las secciones ventrales de la CPF (que, normalmente, intervienen en el lenguaje y en la inhibición de la respuesta), de las regiones dorsales de la CPF (que intervienen en la memoria de trabajo y en la atención selectiva), de las regiones dorsales de la CCA (que intervienen en los procesos de control) y de las regiones dorsales de la CPF media (que intervienen en la reflexión sobre los estados emocionales propios y ajenos). Y parece que la reevaluación modula los sistemas que intervienen en distintos aspectos de la evaluación emocional, como la amígdala (que interviene en la detección y la codificación de estímulos que suscitan afecto) y la ínsula (que recibe información viscerosensorial y que parece desempeñar una función general en la experiencia afectiva).

Resulta interesante notar que la reevaluación y la represión (esta última suele ser una estrategia desadaptativa) presentan diferencias en lo que concierne a la activación cerebral. En el caso de la represión, la activación frontal tardía aumentó la actividad amigdalina e insular a lo largo del tiempo, mientras que, en la reevaluación, la activación prefrontal temprana redujo la actividad amigdalina e insular a lo largo del tiempo. Esto coincide con las conclusiones que demuestran que la reevaluación y la represión, dos estrategias de regulación emocional con efectos distintos sobre la conducta, podrían depender de sistemas de control similares activados en distintos momentos.¹⁸

Mis colegas y yo hemos presentado una estructura teórica que explica cómo las cogniciones ansiosas que llevan a la evitación son un producto específico de mecanismos neuronales de hiperreactividad.¹⁹ El modelo entiende las cogniciones ansiosas como puntos de decisión durante el procesamiento de información amenazadora. Una vez percibida y detectada una amenaza potencial, los puntos de decisión siguientes llevan a seleccionar estrategias de

afrontamiento adecuadas y a aplicarlas con el objetivo de protegerse de la amenaza y regular así el afecto negativo asociado al procesamiento de la misma. Estos puntos de decisión se asocian a la activación de estructuras cerebrales concretas, en función del nivel de procesamiento de la información. La amígdala participa en la primera fase, seguida del hipocampo y de la corteza insular, seguidos a su vez de las cortezas cingulada anterior y prefrontal (figura 8.1).

La figura 8.1 muestra que, cuando se suscitan y se experimentan emociones (véase el capítulo 1 para una explicación detallada sobre la naturaleza de las emociones), se activan distintas estructuras cerebrales en distintos puntos de la dimensión temporal. La figura también distingue entre los niveles psicológico, biológico y psicofisiológico del procesamiento emocional, lo cual no pretende sugerir una relación de causa y efecto entre la activación cerebral y el procesamiento emocional, sino que sugiere que dichos niveles se relacionan en función del nivel de procesamiento de la emoción. Algunos estados patológicos, como la depresión, parecen estar relacionados con una función prefrontal reducida, lo que provoca una reducción del control regulatorio. Otros estados emocionales, como el miedo excesivo o la ansiedad anómala, implican la conservación del control regulatorio en presencia de creencias aprendidas acerca de la propiedad y la utilidad de aplicar estrategias de afrontamiento evitativas. Usar dichas estrategias puede llevar al mantenimiento de estos estados emocionales desadaptativos.²⁰

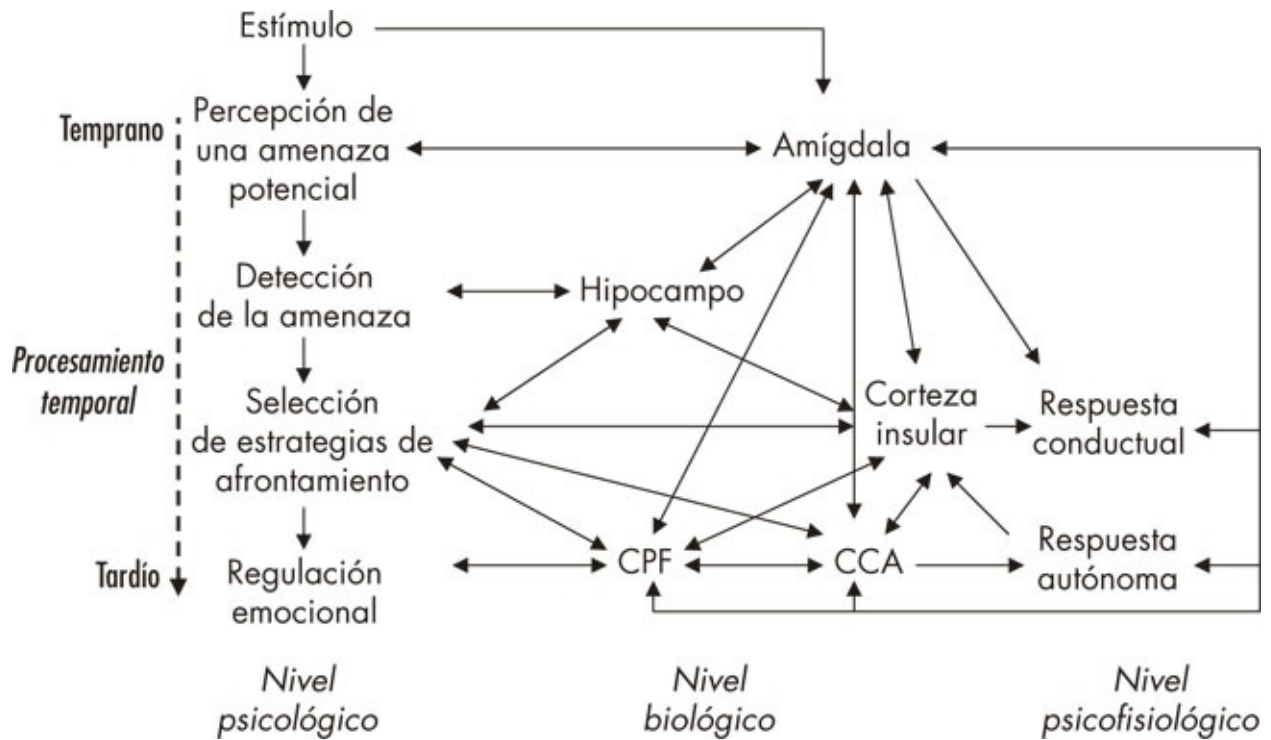


FIGURA 8.1 Modelo cognitivo-neurobiológico del miedo y de la ansiedad. De Hofmann, S. G., Ellard, K. y Siegle, G., «Neurobiological correlates of cognitions in fear and anxiety: A cognitive-neurobiological information-processing model», en *Cognition and Emotion*, 26, pp. 282-299, 2012. © Taylor & Francis. Reproducido con autorización.

La relación entre la cognición y la emoción y sus correlatos cerebrales está intrínsecamente asociada al concepto de «red neuronal por defecto» de las neurociencias.²¹ Desde la aparición de la neurología moderna se han ido desarrollando dos posturas rivales acerca de las funciones cerebrales. Una considera que el cerebro es un órgano fundamentalmente reflexivo y motivado por las demandas momentáneas del entorno; la otra entiende que la naturaleza de las funciones cerebrales es fundamentalmente intrínseca. Aunque la primera ha sido la postura dominante en la investigación en neurología, cada vez hay más evidencias que apuntan a que la actividad cerebral no es una mera respuesta a estímulos externos. Por el contrario, parece que cuando una persona está despierta y alerta, pero no participa de forma activa en una tarea que exija atención, se produce una actividad cerebral por defecto.²² Entre otras regiones, este estado de actividad por defecto implica a la CPF medial, la cíngula posterior y el precúneo. Cuando hay que prestar atención (por ejemplo, cuando

se presenta información novedosa), la actividad de estas regiones disminuye, lo que refleja una reducción necesaria de los recursos dedicados a la recolección y a la evaluación de información general. En otras palabras, se cree que las neuronas reciben de forma constante tanto información excitatoria (que tiende a aumentar la activación) como inhibitoria (que tiende a reducir la activación). Este «equilibrio» podría ser el responsable de la actividad intrínseca que permite al cerebro mantener e interpretar información, además de responder (y posiblemente predecir) a acontecimientos en el entorno. Este principio es aplicable a todas las actividades cerebrales, inclusive las que intervienen en las emociones.

Los correlatos de la empatía

Se ha asumido que observar e imaginar a otra persona en un estado concreto activa un estado similar en el observador. Observar o imaginar el estado emocional de otra persona activa las mismas partes de los circuitos neuronales implicados en el procesamiento de ese mismo estado en uno mismo.²³ Es lo que conoce como el «modelo percepción-acción de los estados de empatía». Los estudios con imágenes cerebrales han demostrado que este proceso se asocia sobre todo a la activación de la ínsula y de la CCA.²⁴ Algunos de estos estudios han analizado la activación cerebral con RMf y correlatos fisiológicos (frecuencia cardíaca) durante la meditación en monjes tibetanos que contaban con entre 10.000 y 50.000 horas de experiencia en meditación, mientras practicaban la MAA y la MCC.²⁵ En uno de estos estudios, Lutz, Brefczynski-Lewis y otros²⁶ pidieron a expertos y a novatos en la práctica de la meditación que o bien meditaran o bien se limitaran a descansar mientras se les presentaban vocalizaciones humanas positivas (bebés riendo), neutras (ruido de fondo de un restaurante) o negativas (mujer angustiada). Los resultados concluyeron que, durante la meditación, la activación de la ínsula era mayor durante la presentación de sonidos negativos que durante la presentación de sonidos positivos en los practicantes expertos, en comparación con los novatos. Además, el nivel de activación de la ínsula se asociaba a la intensidad autoinformada de la meditación en ambos grupos. El análisis de una submuestra reveló que la activación de la CCA dorsal se asociaba a la meditación, sobre todo en los

expertos, y que la ínsula medial derecha mostraba una mayor asociación con la frecuencia cardiaca en todos los participantes. Esta asociación era mayor en la ínsula medial izquierda cuando se comparó a expertos y a novatos.²⁷

La ínsula es importante a la hora de detectar emociones, registrar los síntomas fisiológicos de las emociones (como la frecuencia cardiaca) y hacer llegar esta información a otras partes del cerebro. Parece que la meditación aumenta la actividad de la amígdala, que es importante para el procesamiento de los estímulos emocionales, y de la juntura parietal temporal derecha, una región implicada en la empatía y en la percepción de los estados mentales y emocionales de los demás. Estos estudios sugieren que la MAA y la MCC podrían aumentar la activación de las regiones cerebrales que intervienen en el procesamiento emocional y en la empatía.

Un estudio de Pace y otros investigadores²⁸ asignó aleatoriamente a adultos sanos o bien a 6 semanas de entrenamiento en MCC o bien a conversaciones sobre la salud como condición control, y midió el cortisol plasmático (una hormona del estrés), la concentración plasmática de interleucina-6 (una sustancia que interviene en la respuesta inflamatoria y en el sistema inmunitario) y la ansiedad subjetiva en respuesta a una prueba de estrés social consistente en una tarea de desempeño social. Aunque los grupos no presentaron diferencias en la concentración plasmática de cortisol o de interleucina-6, el aumento de la práctica de la meditación se asoció a una reducción de la interleucina-6 inducida por el estrés y a informes subjetivos de menor malestar en el grupo de la meditación. Estas conclusiones sugieren que la MCC reduce el malestar subjetivo inducido por el estrés y la respuesta inmunitaria. Sin embargo, como la prueba de estrés se administró después, y no antes, del entrenamiento en MCC, es posible que la asociación entre el tiempo de práctica de la MCC y los resultados en la tarea del estrés se debieran a diferencias en la respuesta de estrés de los participantes y no a la práctica en sí misma. Con el objetivo de corregir esta debilidad, los autores llevaron a cabo un estudio de seguimiento con un paradigma idéntico, a excepción de que la prueba de estrés se llevaba a cabo antes del entrenamiento.²⁹ Esta vez no se halló relación entre la respuesta de estrés y la cantidad de entrenamiento en MCC posterior. Los autores interpretaron que estas conclusiones sugieren que la MCC reduce las repuestas subjetiva y fisiológica al estrés psicosocial.

Diferencias individuales en neurobiología

Tal y como hemos explicado anteriormente, la amígdala parece ser especialmente importante en el procesamiento del miedo y de la ansiedad. Esta estructura tiene una elevada densidad de receptores de ácido gamma aminobutírico (GABA) y los bebés que nacen con una densidad reducida son más vulnerables a desarrollar problemas de miedo o ansiedad. El GABA es el neurotransmisor inhibitorio principal que contrarresta a un neurotransmisor excitatorio (glutamato). Un déficit de GABA (baja concentración o baja densidad de receptores) puede provocar hiperexcitabilidad neuronal y llevar a trastornos de ansiedad.³⁰ Del mismo modo, la variación en la liberación de dopamina y de serotonina y en la densidad de los receptores respectivos contribuye a la excitabilidad cortical asociada a la ansiedad excesiva.³¹

La investigación en neurología sugiere también que la cantidad de serotonina en el cerebro se asocia con el modo en que funciona la amígdala. La serotonina reduce la excitabilidad neuronal y los niños con niveles inferiores de serotonina en el cerebro tienden a estar más angustiados. La actividad de la serotonina en las sinapsis está influenciada, parcialmente, por la presencia de la molécula transportadora de serotonina, que absorbe serotonina de las sinapsis. El gen que codifica esta molécula existe en forma de dos alelos, uno corto y uno largo, ubicados en la región promotora del gen (un alelo es una variante de un gen). El alelo «corto» recibe este nombre porque el gen de esta región cromosómica es más corto que el del otro alelo, el «largo». Parece que el alelo corto es el alelo de riesgo, porque se asocia a una transcripción genética menos efectiva. Los portadores de este alelo producen menos moléculas transportadoras, por lo que la serotonina permanece activa durante más tiempo. Como consecuencia de ello, la producción de serotonina disminuye y aumenta la excitabilidad de la amígdala.³² Así, los portadores del alelo corto presentan una mayor activación amigdalina ante estímulos que provocan miedo que los portadores del alelo largo del gen transportador de la serotonina.³³ Investigaciones más recientes sugieren que lo que se asocia a temperamentos concretos es la combinación de alelos, más que los alelos individuales por sí mismos. Por ejemplo, niños de 1 año con niveles extremos de conducta evitativa ante desconocidos tenían tanto el alelo corto del gen transportador de la serotonina como el alelo corto del gen DRD4 7R de dopamina, mientras que los niños menos evitativos contaban con las formas largas de ambos alelos.³⁴

Se ha demostrado que las experiencias aversivas tempranas, como el estrés agudo, pueden provocar cambios neuroanatómicos que pueden afectar de manera permanente a las conductas futuras. Una muestra sería que las experiencias tempranas pueden afectar al funcionamiento del sistema límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal, además de a los sistemas receptores del GABA y de las benzodiazepinas.³⁵ El momento de la exposición al estresor determina las consecuencias conductuales y cognitivas.³⁶ En general, cuanto antes suceda, mayor es el potencial de la neuroplasticidad para compensar los posibles daños. Sin embargo, el entorno, como la cultura, la familia y la relación con el cuidador principal, entre muchos otros factores, también es importante.³⁷

Conclusión

La literatura sobre la neurología cognitiva y afectiva sugiere que los cambios en las emociones están directamente relacionados con cambios electroquímicos en el cerebro. Algunos de los correlatos neurobiológicos de la emoción importantes son la amígdala, las regiones ventral y dorsal de la CPF, las regiones dorsales de la CCA, las regiones dorsales de la CPF medial y la ínsula.

En el caso del miedo y de la ansiedad, las emociones se asocian a una hiperreactividad temprana y a una activación posterior de los recursos prefrontales asociados a los procesos de afrontamiento. Entender estos procesos a nivel biológico podría abrir nuevas oportunidades para la investigación en el futuro sobre, por ejemplo, objetivos de tratamiento novedosos.

Este capítulo plasma tanto la promesa como la complejidad que entraña relacionar la investigación sobre la emoción y la ciencia clínica. Al ir más allá del nivel de la enfermedad del modelo médico-patológico latente, podemos empezar a aplicar un enfoque verdaderamente transdiagnóstico y transdisciplinar mediante el estudio de las emociones en entornos clínicos desde un punto de vista biológico, neuropsicológico, social y motivacional. Las distintas perspectivas tienen el potencial de mejorar significativamente los métodos terapéuticos que usamos para aliviar el sufrimiento de nuestros pacientes y aumentar tanto su calidad de vida como su nivel de felicidad.

Síntesis de aspectos con relevancia clínica

- Tradicionalmente, los experimentos de laboratorio sobre el miedo en ratas han dado lugar a teorías sobre los correlatos neurobiológicos de las emociones. Más recientemente, se han llevado a cabo experimentos sobre humanos que analizan la actividad cerebral de los participantes mientras observan estímulos emocionales bajo diferentes instrucciones en relación con el afrontamiento de las emociones.
- Los correlatos neurobiológicos de la emoción son la amígdala, las regiones ventral y dorsal de la CPF, las regiones dorsales de la CCA, las regiones dorsales de la CPF medial y la ínsula.
- Las cogniciones pueden entenderse como puntos de decisión en circuitos cerebrales concretos durante el procesamiento de la información. En el caso del miedo, los puntos de decisión iniciales son la percepción y la detección de la amenaza en la amígdala, seguidos de la selección de las estrategias de afrontamiento adecuadas, que implican al hipocampo y a la corteza insular, y luego la aplicación de dichas estrategias de afrontamiento con el objetivo de protegerse de la amenaza y regular el afecto negativo (lo que implica a las cortezas cingulada anterior y prefrontal).
- Se ha investigado muy poco acerca de las diferencias individuales en los correlatos neurobiológicos de la emoción. El fenómeno más estudiado es la relación entre los problemas emocionales y el alelo corto del gen transportador de la serotonina. También existen evidencias que apuntan a que el estrés temprano puede afectar al funcionamiento del sistema límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal, además de a los sistemas receptores del GABA y de las benzodiazepinas.

APÉNDICES

APÉNDICE I

INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME HABITUALES

Escalas del estado de ánimo

- *Inventario de depresión de Beck (BDI)*¹ y su revisión (BDI-II).² La BDI y la BDI-II contienen 21 preguntas, que se responden en una escala de 0 a 3.
- *Escala PANAS de afecto positivo y negativo (PANAS)*.³ La escala PANAS es un cuestionario de 20 ítems dividido en dos subescalas de 10 ítems cada una que miden el afecto positivo (PANAS-PA) y el afecto negativo (PANAS-NA). El cuestionario puede usarse con múltiples escalas temporales, desde el momento presente, el día de hoy, los últimos días, las últimas semanas, el último año y en general.

Alexitimia

- *Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20)*.⁴ La TAS-20 es una escala de 20 ítems que consta de tres subescalas: dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional (5 ítems); dificultad para describir sentimientos a los demás (7 ítems), y pensamiento orientado hacia lo concreto, lo fáctico, sin relación con lo emocional. Esta última subescala mide la tendencia de la persona a centrar su atención en lo exterior.

Inteligencia emocional

- *Escala de inteligencia emocional.* La escala de inteligencia emocional de Schutte y otros⁵ es un autoinforme de 33 ítems que mide la inteligencia emocional según la conceptualización de Salovey y Mayer.⁶
- *Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales.* La Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales de Salovey y otros⁷ mide elementos de la inteligencia emocional, como la atención a las emociones, la claridad de las emociones y la reparación del estado de ánimo.

Estilo afectivo

- *Cuestionario de estilo afectivo (ASQ).*⁸ El ASQ es una escala de 20 ítems que consta de tres subescalas: *ocultamiento* (8 ítems), *ajuste* (7 ítems) y *tolerancia* (5 ítems) del *afecto*, que puntúa los tres estilos afectivos descritos. No hay una puntuación total.
- *Cuestionario de regulación emocional (ERQ).*⁹ El ERQ es una escala de 10 ítems que mide las diferencias individuales en la represión expresiva y la reevaluación cognitiva.
- *Cuestionario de aceptación y acción II (AAQ-II).*¹⁰ El AAQ-II es una escala de 10 ítems que mide las diferencias individuales en la disposición a aceptar pensamientos y emociones privados y a trabajar con ellos con el objetivo de alcanzar metas valiosas (un agregado de múltiples facetas).
- *Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS).*¹¹ La DERS consta de 36 ítems y mide distintas maneras en que las personas suelen tener dificultades para regular con éxito experiencias emocionales aversivas o complicadas.

Rumiación y preocupación

- *Escala de respuestas rumiativas (RRS).*¹² La RRS es un autoinforme de 10 ítems que evalúa en qué medida el sujeto se dedica a la introspección neutra (reflexión) o focalizada en los síntomas depresivos (melancolía).
- *Inventario de preocupación de Pensilvania (PSWQ).*¹³ El PSWQ es un instrumento de autoinforme de 16 ítems que mide la tendencia general a la preocupación excesiva, sin referencias a un contenido específico.

APÉNDICE II

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

El cuerpo y la mente están íntimamente relacionados. El malestar emocional suele provocar tensión muscular y activación fisiológica (aumento de la frecuencia cardiaca y respiratoria, por ejemplo) y calmar el cuerpo también puede calmar la mente. Por lo tanto, la tensión muscular es un buen punto de partida para las intervenciones orientadas a reducir la intensidad del malestar emocional, porque reducir la tensión muscular puede reducir también la activación emocional.

La relajación muscular progresiva (RMP) es una técnica bien desarrollada y estudiada para relajar la tensión muscular. Al principio, la RMP requiere unos 30 minutos; más adelante, con la experiencia, se puede usar una técnica de un solo paso en cualquier momento o lugar. La versión extendida de 30 minutos puede ser muy útil para reducir la tensión muscular al final de la jornada.

La RMP sigue una serie de sencillas instrucciones orientadas a relajar los músculos. Como parte de las instrucciones, se pide al paciente que tense y relaje grupos musculares específicos, para que aprenda a diferenciar entre las sensaciones de tensión y de relajación muscular. A través de la RMP, se aprende a reducir la intensidad de la activación fisiológica y eso, a su vez debería reducir la intensidad de la emoción. Es importante recordar que la relajación es una habilidad que exige práctica, al igual que aprender a montar en bicicleta.

La RMP empieza con 12 grupos musculares. Una vez que el cliente domina la RMP de los 12 grupos musculares, se le pide que pase a la RMP de 8 grupos musculares. Se aconseja que, al principio, la RMP se practique en un entorno sin distracciones. Más adelante se puede practicar en situaciones más movidas, de modo que uno pueda relajarse en cualquier momento y lugar. Estas son las instrucciones básicas:

1. Cierre los ojos y respire lentamente y con normalidad por el diafragma (vientre).

2. Tense la musculatura de los dos antebrazos cerrando las manos en puños y tirando de las muñecas. Mantenga la tensión unos 10 segundos. Ahora, relaje esos músculos y note la diferencia entre la tensión y la relajación (20 segundos).
3. Tense los músculos del codo al hombro tirando los brazos hacia atrás, pegados al cuerpo. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).
4. Tense los gemelos flexionando los pies hacia arriba y apuntando con los dedos de los pies hacia la parte superior del cuerpo. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).
5. Tense los muslos juntando las rodillas y levantando las piernas de la silla. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).
6. Tense el estómago metiendo barriga como si quisiera tocarse la columna vertebral con el ombligo. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).
7. Tense el tórax inspirando profundamente y conteniendo la respiración. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).
8. Tense los hombros elevándolos hacia las orejas. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).
9. Tense la nuca inclinando la cabeza hacia atrás. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).
10. Apriete los labios sin serrar los dientes. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).
11. Entrecierre los ojos. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).
12. Frunza el ceño. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).

segundos).Tense la frente elevando las cejas hacia arriba. Mantenga la tensión durante unos 10 segundos. Ahora, relaje los músculos y note la diferencia entre tensión y relajación (20 segundos).

13. Cuente mentalmente hasta 5 y note cómo se relaja cada vez más al contar. 1: toda la tensión abandona su cuerpo. 2: está cada vez más relajado. 3: la relajación es cada vez mayor. 4: está completamente relajado. 5: sumérgase en la sensación de estar completamente relajado. Sienta el aire fresco al inspirar y la calidez del aire al espirar. La respiración es lenta y respira con normalidad por el diafragma. Cada vez que inhale, piense en la palabra *relax* (2 minutos).
14. Ahora, cuente hacia atrás lentamente desde 5 y aumente el nivel de alerta de forma progresiva. 5, 4, 3, 2, 1... abra los ojos.

La relajación exige práctica. Las personas difieren en cuánto pueden relajarse. La mayoría necesitará practicar la RMP de 12 grupos musculares a diario durante unas semanas. Una vez que el paciente sea capaz de relajarse bastante bien con la RMP de 12 grupos musculares, el terapeuta puede enseñarle la RMP con 8 grupos musculares. El objetivo es ser capaz de lograr un estado de relajación en un único paso. La RMP de 8 grupos musculares se centra en las áreas siguientes:

1. *Los dos brazos, desde los dedos hasta el hombro*
2. *Las dos piernas, con los gemelos y los muslos a la vez*
3. *La barriga*
4. *El tórax*
5. *Los hombros*
6. *El cuello*
7. *Los ojos*
8. *La frente y las cejas*

La secuencia y el ritmo son muy similares a la RMP de los 12 grupos musculares. Asegúrese de que el paciente se concentra en la diferencia entre la tensión y la relajación. La mayoría de las personas necesitará practicar la RMP de 8 grupos musculares a diario antes de percibir un efecto significativo.

APÉNDICE III

ESCRITURA EXPRESIVA

El caso siguiente presenta a Peter, un hombre al que traté durante varios meses. Para proteger su intimidad, he cambiado los datos clave de su información personal.

En la práctica: escribir acerca de las emociones

Peter era un programador informático de 35 años que sufría una depresión severa. Además de trastorno depresivo mayor y de distimia, también cumplía los criterios para un trastorno Asperger adulto. Tenía dificultades a nivel interpersonal. Por ejemplo, hablaba con mucha rapidez y resultaba difícil entender su discurso. No prestaba demasiada atención a su aspecto y solía presentarse a las sesiones desaliñado, a veces incluso con la ropa sucia, y tenía los dientes amarillentos y manchados como consecuencia de una mala higiene bucal. Aunque era evidente que su inteligencia era superior a la media, se comportaba con torpeza en las interacciones sociales. Por ejemplo, siempre mantenía una ligera sonrisa, incluso cuando hablaba de acontecimientos tristes, perturbadores o incluso traumáticos. Tenía un círculo de amigos reducido. Describió una infancia normal junto a sus padres, pero decidió cesar la relación padres-hijo cuando empezó la universidad. Explicó que rompió la relación con sus padres porque no le protegieron cuando sufrió acoso escolar en el instituto.

Me explicó que había sufrido a diario un acoso severo por parte de varios de los alumnos del centro. Por ejemplo, un alumno en concreto, Bruce, se le acercaba cada mañana a la misma hora para darle un fuerte puñetazo en el vientre. En otras ocasiones, Peter necesitó puntos de sutura después de que le cortaran con un cuchillo o que le retiraran un trozo de lápiz que le había clavado Jack, otro alumno. En otra ocasión, una chica llamada Lisa lo arrastró hasta el lavabo de chicas y allí le dio una paliza.

Aunque Peter era buen estudiante, sus profesores recomendaron repetidamente a sus padres que le cambiaran de centro porque no podían garantizar su seguridad ni impedir el acoso. Sin embargo, el padre insistió en que se quedara, para «que se volviera duro». Peter vivió el instituto como un «infierno». No tenía amigos que pudieran protegerle de los acosadores. Su respuesta ante el acoso era aislarse emocionalmente y dejar que el maltrato diario tuviera lugar sin defenderse.

Cuando empezó la universidad, entabló amistad con otros tres estudiantes y formaron un círculo unido. A pesar de lo peculiar de su aspecto y de su conducta, estos amigos lo aceptaban y valoraban su inteligencia y su ingenio. Incluso después de la universidad, el vínculo entre Peter y estos amigos, sobre todo con dos de ellos, siguió siendo sólido. Peter los adoptó como familia. Aunque sus amigos se sentían

algo incómodos con su función y sus responsabilidades en la vida de Peter, siguieron siendo íntimos amigos incluso después de que se hubieron casado y tenido hijos. Peter no expresaba interés sexual ni por mujeres ni por hombres y no quería tener hijos. Después de muchos años viviendo solo durante la semana y pasando la mayor parte del fin de semana con sus amigos, Peter se fue a vivir con uno de ellos y empezó a participar en las actividades familiares de su amigo. Pagaba parte de la hipoteca y preparaba la cena para la familia la mayoría de las noches (había asistido a un curso de cocina para prepararse para el traslado). Su objetivo y su deseo era estar con sus amigos.

Peter manifestaba creencias que bordeaban el pensamiento delirante. En concreto, quería convertirse en un hombre rico y poderoso. Así podría establecer una sociedad en la que prohibiría toda la violencia de modo que nadie tuviera que pasar por la experiencia de maltrato que había sufrido él. Tenía planes específicos para construir dicha sociedad: se haría rico con una empresa tecnológica (sería más rico e influyente que Bill Gates). Entonces instauraría una meritocracia en la que las personas serían juzgadas y recompensadas únicamente en base a sus aportaciones a la sociedad. Sin embargo, se estaba encontrando con muchos obstáculos a su plan, lo que le generaba frustración y depresión. Aunque era un programador con talento al que las empresas buscaban, siempre ocupaba puestos mediocres en las empresas para las que trabajaba. Creía que su depresión era una consecuencia directa de esos obstáculos.

Durante el tratamiento, se hizo evidente que las estrategias tradicionales para abordar su depresión, como identificar y cuestionar creencias desadaptativas y mejorar la activación conductual, ofrecían poco o ningún beneficio. Es más: la reestructuración cognitiva tradicional no fue efectiva a la hora de cuestionar sus pensamientos de grandeza en relación con la meritocracia. Para poder ayudarlo a procesar alguna de sus emociones, se le pidió que describiera una situación concreta en la que se encontrara con su antiguo compañero de instituto, Jack. Escribió:

Estaba delante del instituto, durante el recreo, cuando Jack me clavó un lápiz en el hombro. No me dolió demasiado, pero sangré mucho y me quedé en shock. Él no hacía más que reír y sonreír. El pavimento era negro y estaba muy caliente y había muchos otros compañeros del instituto mirando; muchos de ellos sonreían y se reían. Me dije que era mejor que esos idiotas y me calmé. Durante el resto del recreo (quizá unos 15 minutos) fui a clase y me olvidé de la herida durante un rato (quizá otros 15 minutos), hasta que volví a ver sangre. Entonces informé a la profesora de que estaba herido y me dio un pase para ir a ver a la enfermera. Me sorprendió que no me preguntara qué había pasado. Aunque no quería propiciar más represalias, lo cierto es que me sorprendió.

En otra ocasión, escribió:

Estaba en quinto y, durante el recreo, estaba sentado en el césped que había a la derecha del instituto cuando Jack me amenazó con un cuchillo pequeño. Al recordarlo (muchos años después), creo que intentaba asustarme. Agarré el cuchillo por la hoja y me hice cortes bastante profundos en los dedos. En ese momento pensaba que quería matarme y que, si no le detenía, moriría. Corrí a la entrada de la escuela, donde estaban los profesores. Entonces fui a la enfermera, que llamó a mi madre para que me llevara al hospital (consideró que las heridas eran menores). La subdirectora vino a preguntarme si había provocado la pelea (es lo que afirmaba Jack). Respondí que no, indignado. El

hospital, después de haberme puesto la mano en remojo durante un tiempo, consideró que las heridas eran más severas, por lo que pensé que yo no le importaba a la enfermera del instituto. Me pusieron nueve puntos. Al día siguiente me dijeron que habían expulsado a Jack, pero no tardó en volver y entonces fue cuando Bruce, uno de la banda de Jack, empezó a darme puñetazos diarios en el estómago. Los buenos lo pasan mal, pensé, y también que el mundo es un asco.

Se le pidió también que le escribiera una carta a Jack (no para enviarla). Peter escribió lo siguiente:

Hola, Jack,

Soy Peter de [NOMBRE DEL INSTITUTO]. Te estoy escribiendo para desahogarme. Primero, permíteme que empiece diciendo que entiendo que eras un chico atormentado por tus propios demonios, como la mayoría de abusones, y espero que hayas podido dar un giro a tu vida.

En la escuela era un bicho raro e impopular, además de débil físicamente. Así que entiendo por qué me convertí en tu objetivo [...]

En otra ocasión, Peter escribió:

Querido Jack,

Las experiencias que viví contigo siguen dejándome mal sabor de boca. Dicho esto, no quiero odiarte, porque eso solo me hace daño a mí. Espero que hayas cambiado y quiero que sepas que te perdono incondicionalmente por todo lo que me hiciste y que siento compasión por ti. Lo que me apena es que no creo que puedas cambiar. Espero que me demuestres que estoy equivocado.

Sinceramente,

Peter

Estos ejemplos de escritura no solo aclararon los conflictos emocionales que los episodios de acoso habían causado al paciente, sino que también facilitaron el procesamiento emocional y permitieron mejoras significativas durante el tratamiento. La ira fue sustituida por perdón e incluso compasión por el acosador, lo cual permitió a Peter resolver parte del trauma que le habían provocado esas experiencias tempranas que, décadas después, habían dado lugar a creencias y conductas desadaptativas.

No fue un proceso fácil ni rápido. Peter recibió tratamiento durante más de dos años. Las intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales solo conseguían mejorar moderadamente su estado de ánimo. Los mayores avances en el tratamiento llegaron después de practicar la meditación de amor y amabilidad que incluían imágenes de Jack y otros acosadores. (He comentado

estas prácticas en el capítulo 7.) Al final, Peter dejó el tratamiento, porque sentía que había alcanzado un nivel de felicidad suficiente para poder seguir recuperándose sin necesidad de continuar la terapia.

AGRADECIMIENTOS

Un conocido proverbio chino y el contenido de una de mis galletas de la fortuna afirman que: «Un viaje de diez mil kilómetros empieza siempre con un solo paso». Estas páginas son el último paso de un largo viaje que ha necesitado de la contribución de muchas personas. Me alegro de no haber sabido de antemano lo largo que sería el camino después de ese primer paso, porque algunos de los tramos han sido mucho más difíciles de lo que había previsto. He pasado innumerables horas escribiendo, reescribiendo, organizando y reorganizando el texto y aún más tiempo leyendo, investigando y, sencillamente, pensando sobre los distintos temas. Algunas de esas ideas necesitaron tanto tiempo de reflexión que dieron lugar a varios artículos publicados en revistas. En varias ocasiones sentí que había emprendido un proyecto que me venía demasiado grande. En lugar de rendirme o de conformarme con menos, decidí avanzar más lentamente.

Escribir este libro ha significado pasar tiempo alejado de mi familia. Gracias a mi esposa, Rosemary, y a mis hijos, Benjamin y Lukas, por haber permitido que hiciera lo que necesitaba hacer. No hubiera podido hacerlo sin vuestro apoyo. Gracias también a Jim Nageotte, editor jefe de The Guilford Press, por su paciencia y su orientación. Era evidente que Jim y yo compartíamos el mismo objetivo y no queríamos conformarnos con menos.

Mis alumnos son una fuente de inspiración constante. Gracias a Anu Asnaani, Joseph Carpenter, Joshua Curtiss, Angela Fang, Cassidy Gutner, Shelley Kind y Ty Sawyer. Sois una de las razones principales por las que estoy convencido de tener el mejor trabajo del mundo. También, todo mi agradecimiento a mis mentores y amigos. Son demasiados como para nombrarlos a todos, pero estoy especialmente agradecido a David Barlow, Anke Ehlers, Aaron T. Beck y Steven Hayes. Hubo instantes en que sentí que iba a hombros de gigantes y me preguntaba cómo había logrado subir ahí.

El viaje ha concluido, ¡y qué viaje tan largo y extraño ha sido! Tal y como sucede con muchos viajes emocionantes, disfruté del trayecto la mayoría del tiempo, pero también estoy contento de haber llegado por fin a mi destino. Este

viaje me ha enseñado mucho y espero haber sido capaz de compartir lo que he aprendido acerca de cómo mejorar la salud emocional.

NOTAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Capítulo 1. La naturaleza de las emociones

1. James, W. W., «What is emotion?», en *Mind*, 4, pp. 188-204, 1884.

2. Lange, C., *Über Gemütsbewegungen [About emotions]*, Leipzig, Alemania, 1887.

3. Schachter, S. y Singer, J. E., «Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state», en *Psychological Review*, 69, 1962, pp. 379-399.

4. Darwin, C., *Expression of the emotions in man and animals*, Philosophical Library (obra original publicada en 1872), Nueva York, 1955.

5. Tomkins, S. S., *Affect, imagery, consciousness: Vol. 2. The negative affects*, Springer, Nueva York, 1963; Tomkins, S. S., «Affect theory», en Ekman, P. (comp.), *Emotion in the human face* (2ª ed.), pp. 353-395, Cambridge University Press, Cambridge, RU, 1982; Ekman, P., «An argument for basic emotions», en *Cognition and Emotion*, 6, 1992a, pp. 169-200; Izard, C. E., «Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations», en *Psychological Review*, 99, 1992, pp. 561-565.

6. Ekman, P., «An argument for basic emotions», en *Cognition and Emotion*, 6, 1992a, pp. 169-200.

7. Ekman, P., Friesen, W. V. y Ellsworth, P., *Emotion in the human face: Guidelines for research and an integration of findings*, Plenum Press, Nueva York, 1972.

8. Ortony, A. y Turner, T. J., «What's basic about basic emotions?», *Psychological Review*, 97, 1990, pp. 315-331.

9. Ekman, P., «Are there basic emotions?», en *Psychological Review*, 99, 1992b, pp. 550-553.

10. Plutchik, R., *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*, Harper & Row, Nueva York, 1980.

11. Panksepp, J. y Biven, L., *The archaeology of mind: Neural origins of human emotions*, Norton, Nueva York, 2010.

12. Frijda, N. H., «The laws of emotion», en *American Psychologist*, 43, pp. 349-358, 1988.

13. Epictetus, *The Enchiridion of Epictetus*, Start Publishing (obra original publicada en 135), Nueva York, 2013.

14. Hohmann, G. W., «Some effects of spinal cord lesions on experienced emotional feelings», en *Psychophysiology*, 3, 1966, pp. 143-156.

15. Cannon, W. B., «The James-Lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory», en *American Journal of Psychology*, 39, 1927, pp. 106-124.

16. Bard, P., «The neuro-humoral basis of emotional reactions», en Murchinson, C., (comp.), *Handbook of general experimental psychology*, Worcester, Clark University Press, 1934, pp. 264-311.

17. Schachter, S. y Singer, J. E., «Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state», en *Psychological Review*, 69, 1962, pp. 379-399.

18. Festinger, L., «A theory of social comparison processes», *Human Relations*, 7, pp. 117-140, 1954.

19. Epictetus, *The Enchiridion of Epictetus*, Start Publishing (obra original publicada en 135), Nueva York, 2013.

20. Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N. y Gross, J. J., «The experience of emotion», *Annual Review of Psychology*, 58, pp. 373-403, 2007.

21. Posner, J., Russell, J. A. y Peterson, B. S., «The circumplex model of affect: An integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology», *Development and Psychopathology*, 17, 2005, pp. 715-734; Russell, J. A., «A circumplex model of affect», *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 1980, pp. 1161-1178; Colibazzi, T., Posner, J., Wang, Z., Gorman, D., Gerber, A., Yu, S. y otros, «Neural systems subserving valence and arousal during the experience of induced emotions», *Emotion*, 10, 2010, pp. 377-389.

22. Russell, J. A., «Core affect and the psychological construction of emotion», *Psychological Review*, 110, 2003, pp. 145-172; Russell, J. A. y Barrett, L. F., «Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant», *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1999, pp. 805-819.

23. Yik, M., Russell, J. A. y Steiger, J. H., «A 12-point circumplex structure of core affect», *Emotion*, 11, 2011, pp. 705-731.

24. Russell, J. A. y Barrett, L. F., «Core affect, prototypical emotional episodes, and other things called emotion: Dissecting the elephant», *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1999, pp. 805-819.

25. Feldman, L. A., «Valence focus and arousal focus: Individual differences in the structure of affective experience», *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1995a, pp. 153-166; Feldman, L. A., «Variations in the circumplex structure of mood», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1995b, pp. 806-817; Remington, N., Fabrigar, L. y Visser, P., «Reexamining the circumplex model of affect», *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 2000, pp. 286-300; Terracciano, A., McCrae, R., Hagemann, D. y Costa, P., «Individual difference variables, affective differentiation, and the structures of affect», *Journal of Personality*, 71, 2003, pp. 669-703; Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J. y Tellegen, A., «The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence», *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1999, pp. 820-838.

26. Fredrickson, B. L., «What good are positive emotions?», *Review of General Psychology*, 2, 2000, pp. 300-319.

27. Mayr, E., «Behavior programs and evolutionary strategies», *American Scientist*, 62, 1974, pp. 650-659.

28. Greenberg, L. S., *Emotion-focused therapy*, American Psychological Association, Washington, DC, 2011; Greenberg, L. S. y Paivio, S. C., *Working with emotions in psychotherapy*, Guilford Press, Nueva York, 1997.

29. Buss, D. M. (ed.), *Evolutionary psychology: The new science of the mind*, Allyn & Bacon, Needham Heights, MA, 1999.

30. Hamilton, W. D., «The genetic evolution of social behavior», *Journal of Theoretical Biology*, 7, 1964, pp. 1-52.

31. Plutchik, R., *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*, Harper & Row, Nueva York, 1980.

32. Plutchik, R., *Emotions in the practice of psychotherapy: Clinical implications of affect theories*, American Psychological Association Press, Washington, DC, 2000.

33. Russell, J. A. y Carroll, J. M., «On the bipolarity of positive and negative affect», *Psychological Bulletin*, 125, 1999, pp. 3-30.

34. Fredrickson, B. L., «What good are positive emotions?», *Review of General Psychology*, 2, 2000, pp. 300-319.

35. Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N. y Gross, J. J., «The experience of emotion», *Annual Review of Psychology*, 58, 2007, pp. 373-403.

36. Barrett, L. F., Mesquita, B., Ochsner, K. N. y Gross, J. J., «The experience of emotion», *Annual Review of Psychology*, 58, 2007, pp. 373-403; Russell, J. A., «Core affect and the psychological construction of emotion», *Psychological Review*, 110, pp. 145-2003, 172.

37. Poulton, R. y Menzies, R.G., «Non-associative fear acquisitions: A review of the evidence from retrospective and longitudinal research», *Behaviour Research and Therapy*, 40, 2002, pp. 127-149.

38. Greenberg, L. S., «*Emotion-focused therapy*», American Psychological Association, Washington, DC, 2011.

39. Mayer, J. D. y Gaschke, Y. N., «The experience and meta-experience of mood», *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 1988, pp. 102-111.

Capítulo 2. Diferencias individuales

1. Feldman, L. A., «Valence focus and arousal focus: Individual differences in the structure of affective experience», *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1995a, pp. 153-166; Feldman, L. A., «Variations in the circumplex structure of mood», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1995b, pp. 806-817; Remington, N., Fabrigar, L. y Visser, P., «Reexamining the circumplex model of affect», *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 2000, pp. 286-300; Terracciano, A., McCrae, R., Hagemann, D. y Costa, P., «Individual difference variables, affective differentiation, and the structures of affect», *Journal of Personality*, 71, 2003, pp. 669-703; Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J. y Tellegen, A., «The two general activation systems of affect: Structural findings, evolutionary considerations, and psychobiological evidence», *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1999, pp. 820-838; Winter, K. A. y Kuiper, N. A., «Individual differences in the experience of emotions», *Clinical Psychology Review*, 17, 1997, pp. 791-821.

2. Hofstede, G., «The cultural relativity of the quality of life concept», *Academy of Management Review*, 9, 1984, pp. 389-398.

3. Lucas, R. E., Diener, E. y Grob, A., «Cross-cultural evidence for the fundamental features of extraversion», *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, pp. 452-468, 2000.

4. Diener, E. y Diener, M., «Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem», *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1995, pp. 653-663.

5. Suh, E., Diener, E., Oishi, S. y Triandis, H. C., «The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms», *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1998, pp. 482-493.

6. Diener, E., «Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 34-43.

7. Para una revisión, véase Kagan, J. y Snidman, N., *The long shadow of temperament*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 2004.

8. Schwartz, C. E., Wright, C. L., Shin, L. M., Kagan, J. y Rauch, S. L., «Inhibited and uninhibited infants “grown up”: Adult amygdalar response to novelty», *Science*, 300, 2003, pp. 1952-1953.

9. Barrett, L. F., «Feelings or words?: Understanding the content in self-report ratings of experienced emotion», *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 2004, pp. 266-281; Feldman, L. A., «Valence focus and arousal focus: Individual differences in the structure of affective experience», *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1995a, pp. 153-166; Feldman, L. A., «Variations in the circumplex structure of mood», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1995b, pp. 806-817.

10. Barrett, L. F., «Feelings or words?: Understanding the content in self-report ratings of experienced emotion», *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 2004, pp. 266-281.

11. Kring, A. M., Barrett, L. F. y Gard, D. E., «On the broad applicability of the affective circumplex: Representations of affective knowledge among schizophrenia patients», *Psychological Science*, 14, 2003, pp. 207-214.

12. Suvak, M. K., Litz, B. T., Sloan, D. M., Zanarini, M. C., Barrett, L. F. y Hofmann, S. G., «Emotional granularity and borderline personality disorder», *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 2011, pp. 414-426.

13. Nemiah, J. C., Freyberger, H. y Sifneos, P. E., «Alexithymia: A view of the psychosomatic process», en Hill, O. W. (comp.), *Modern trends in psychosomatic medicine*, Butterworths, Londres, 1976, vol. 3, pp. 430-439.

14. Taylor, G. J., Bagby, R. M. y Parker, J. D. A., *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge University Press, Cambridge, RU, 1997.

15. Taylor, G. J., Bagby, R. M. y Parker, J. D. A., *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*, Cambridge University Press, Cambridge, RU, 1997.

16. Gohm, C. L. y Clore, G. L., «Individual differences in emotional experience: Mapping available scales to processes», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 2000, pp. 679-697.

17. Gohm, C. L. y Clore, G. L., «Individual differences in emotional experience: Mapping available scales to processes», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 2000, pp. 679-697.

18. Flynn, M. y Rudolph, K.D., «The contribution of deficits in emotional clarity to stress responses and depression», *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 2010, pp. 291-297.

19. Kircanski, K., Lieberman, M. D. y Craske, M. G., «Feelings into words: Contributions of language to exposure therapy», *Psychological Science*, 23, 2012, pp. 1086-1091.

20. Mayer, J. D. y Salovey, P., «What is emotional intelligence?», en Salovey, P. y Sluyter, D. (comps.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*, Basic Books, Nueva York, 1997, pp. 3-31; Salovey, P. y Mayer, J. D., «Emotional intelligence», *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 1990, pp. 185-211.

21. Salovey, P. y Mayer, J. D., «Emotional intelligence», *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 1990 pp. 185-211.

22. Mayer, J. D. y Salovey, P., «What is emotional intelligence?», en Salovey, P. y Sluyter, D. (comps.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*, Basic Books, Nueva York, 1997, pp. 3-31.

23. Cooper, R. K. y Sawaf, A., *Executive EQ: Emotional intelligence in leadership and organizations*, Grosset/Putnam, Nueva York, 1997; Goleman, D., *Emotional intelligence*, Bantam Books, Nueva York, 1995.

24. Cooper, R. K. y Sawaf, A., *Executive EQ: Emotional intelligence in leadership and organizations*, Grosset/Putnam, Nueva York, 1997.

25. Leyro, T., Zvolensky, M. y Bernstein, A., «Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: A review of the empirical literature among adults», *Psychological Bulletin*, 136, 2010, pp. 576-600.

26. Bullis, J. R., Boe, H.-J., Asnaani, A. y Hofmann, S. G., «The benefits of being mindful: Trait mindfulness predicts less stress reactivity to suppression», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 2014, pp. 57-66; Feldman, G., Dunn, E., Stemke, C., Bell, K. y Greeson, J., «Mindfulness and rumination as predictors of persistence with a distress tolerance task», *Personality and Individual Differences*, 56, 2014, pp. 154-158.

27. Compas, B. E., Malcarne, V. y Fondacaro, K. M., «Coping with stressful events in older children and young adolescents», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 1988, pp. 405-411; Folkman, S. y Moskowitz, J. T., «Coping: Pitfalls and promise», *Annual Review of Psychology*, 55, 2004, pp. 745-774; Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S. y Gruen, R., «Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures», *American Psychologist*, 40, 1985, pp. 770-779; Vitaliano, P. P., DeWolfe, D. J., Mairuro, R. D., Russo, J. y Katon, W., «Appraisal changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit», *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1990, pp. 582-592.

28. Davidson, R. J. y Begley, S., *The emotional life of your brain: How its unique patterns affect the way you think, feel, and live-and how you can change them*, Hudson Street Press, Nueva York, 2012.

29. Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Fresco, D. M., «Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder», *Behaviour Research and Therapy*, 43, 2005, pp. 1281-1310; Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A. y Asnaani, A., «Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders», *Depression and Anxiety*, 29, pp. 409-416, 2012.

30. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A. y Asnaani, A., «Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders», *Depression and Anxiety*, 29, 2012, pp. 409-416.

31. Aldao, A. y Dixon-Gordon, K. L., «Broadening the scope of research on emotion regulation strategies and psychopathology», *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 2014, pp. 22-33; Bonanno, G. A. y Burton, C. L., «Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation», *Perspectives on Psychological Science*, 8, 2013, pp. 591-612; Bonanno, G. A., Papa, A., O'Neil, K., Westphal, M. y Coifman, K., «The importance of being flexible: The ability to enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment», *Psychological Science*, 15, 2004, pp. 482-487; Cheng, C., «Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach», *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 2001, pp. 814-833; Consedine, N., Magai, C. y Bonanno, G. A., «Moderators of the emotion inhibition-health relationship: A review and research agenda», *Review of General Psychology*, 6, 2002, pp. 204-238; Kashdan, T. B. y Rottenberg, J., «Psychological flexibility as a fundamental aspect of health», *Clinical Psychology Review*, 30, 2010, pp. 865-878; Sheppes, G., Scheibe, S., Sutir, G., Radu, P., Blechert, J. y Gross, J., «Emotion regulation choice: A conceptual framework and supporting evidence», *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 2014, pp. 163-181.

32. Kashdan, T. B. y Rottenberg, J., «Psychological flexibility as a fundamental aspect of health», *Clinical Psychology Review*, 30, 2010, pp. 865-878.

33. Cheng, C., «Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach», *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 2001, pp. 814-833.

34. Cheng, C., «Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual-process model», *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 2003, pp. 425-438.

35. Bonanno, G. A., Papa, A., O'Neil, K., Westphal, M. y Coifman, K., «The importance of being flexible: The ability to enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment», *Psychological Science*, 15, 2004, pp. 482-487.

36. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. y Lyubomirsky, S., «Rethinking rumination», *Perspectives on Psychological Science*, 3, 2008, pp. 400-424.

37. Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S., «Rumination reconsidered: A psychometric analysis», *Cognitive Therapy and Research*, 27, 2003, pp. 247-259.

38. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. y Lyubomirsky, S., «Rethinking rumination», *Perspectives on Psychological Science*, 3, 2008, pp. 400-424; Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S., «Rumination reconsidered: A psychometric analysis», *Cognitive Therapy and Research*, 27, 2003, pp. 247-259.

39. Borkovec, T. D., Ray, W. J. y Stöber, J., «Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes», *Cognitive Therapy and Research*, 22, 1998, pp. 561-576.

40. Ladouceur, R., Gosslin, P. y Dugas, M. J., «Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry», *Behaviour Research and Therapy*, 38, 2000, pp. 933-941.

41. Ladouceur, R., Gosslin, P. y Dugas, M. J., «Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry», *Behaviour Research and Therapy*, 38, 2000, pp. 933-941.

42. Rozanski, A. y Kubzansky, L. D., «Psychologic functioning and physical health: A paradigm of flexibility», *Psychosomatic Medicine*, 67, 2005, pp. S47-S53.

43. Fredrickson, B. L. y Branigan, C., «Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires», *Cognition and Emotion*, 19, 2005, pp. 313-332.

44. Johnson, K. J. y Fredrickson, B. L., «“We all look the same to me”: Positive emotions eliminate the own-race bias in face recognitions», *Psychological Science*, 16, 2005, pp. 875-881.

45. Estrada, C. A., Isen, A. M. y Young, M. J., «Positive affect facilitates integration of information and decreases anchoring in reasoning among physicians», *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 72, 1997, pp. 117-135.

46. Carnevale, P. J. D. y Isen, A M., «The influence of positive affect and visual access on the discovery of integrative solutions in bilateral negotiation», *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 37, 1986, pp. 1-13.

47. Cacioppo, J. T. y Berntson, G. C., «The affect system: Architecture and operating characteristics», *Current Directions in Psychological Science*, 8, 1999, pp. 133-137.

48. Cacioppo, J. T. y Gardner, W. L., «Emotion», *Annual Review of Psychology*, 50, 1999, pp. 191-214.

49. Cacioppo, J. T. y Gardner, W. L., «Emotion», *Annual Review of Psychology*, 50, 1999, pp. 191-214.

50. Diener, E., «Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 34-43.

51. Brickman, P. y Campbell, D. T., «Hedonic relativism and planning the good society», en Appley, M. H. (comp.), *Adaptation-level theory*, Academic Press, New York, 1971, pp. 287-305.

52. Rozanski, A. y Kubzansky, L. D., «Psychologic functioning and physical health: A paradigm of flexibility», *Psychosomatic Medicine*, 67, 2005, pp. S47-S53.

53. Ryan, R. M. y Deci, E. L., «Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 68-78.

54. Fredrickson, B. L., «What good are positive emotions?», *Review of General Psychology*, 2, 2000, pp. 300-319.

55. DeNeve, K. M. y Cooper, H., «The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being», *Psychological Bulletin*, 124, 1998, pp. 197-229.

56. Myers, D. G. y Diener, E., «Who is happy?», *Psychological Science*, 6, 1995, pp. 10-19.

57. DeNeve, K. M. y Cooper, H., «The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being», *Psychological Bulletin*, 124, 1998, pp. 197-229.

58. Emmons, R. A., «Personal strivings: An approach to personality and subjective well-being», *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1986, pp. 1058-1068.

59. Myers, D. G., «The funds, friends, and faith of happy people», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 56-67.

60. Scitovsky, T., «The joyless economy», Oxford University Press, Nueva York, 1982.

61. DSM-V, 2013

62. Wakefield, J. C., «The concept of mental disorder: Diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis», *World Psychiatry*, 6, 2007, pp. 149-156.

63. McNally, R. J., *What is mental illness?*, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, MA, 2011.

64. Szasz, T., *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*, Hoeber-Harper, Nueva York, 1961.

65. Por ejemplo: Insel, T. R. y Collins, F. S., «Psychiatry in the genomics era», *American Journal of Psychiatry*, 160, 2003, pp. 616-620.

66. Barlow, D. H., «Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion therapy», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 1247-1263; Barlow, D. H., *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^a ed.), Guilford Press, New York, 2002.

67. Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zvala, S., Bullis, J. R. y Carl, J. R., «The origins of neuroticism», *Perspectives on Psychological Science*, 9, 2014, pp. 481-496.

68. Ehrenreich, J. T., Fairholm, C. P., Buzzella, B. A., Ellard, K. K. y Barlow, D. H., «The role of emotion in psychological therapy», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 2007, pp. 422-428.

69. Barlow, D. H., Allen. L. B. y Choate, M. L., «Toward a unified treatment for emotional disorders», *Behavior Therapy*, 35, 2004, pp. 205-230; Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholm, C. P., Elard, K. K., Boisseau, C. I., Allen, L. A. y otros, *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders (therapist guide)*, Oxford University Press, Nueva York, 2010.

Capítulo 3. Motivación y emoción

1. Por ejemplo: Rolls, E. T., *Emotion explained*, Oxford University Press, Oxford, RU, 2005; Rolls, E. T., «What are emotional states, and why do we have them?», *Emotion Review*, 5, 2013, pp. 241-247.

2. Rolls, E. T., *Emotion explained*, Oxford University Press, Oxford, RU, 2005.

3. Panksepp, J. y Biven, L., *The archaeology of mind: Neural origins of human emotions*, Norton, Nueva York, 2010.

4. Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G. y Junghanns, K., «Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive behavioral therapy for alcohol dependence», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 2011, pp. 307-318.

5. Stice, E., «Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review», *Psychological Bulletin*, 128, 2002, pp. 825-848.

6. Stice, E., Ragan, J. y Randall, P., «Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support?», *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 2004, pp. 155-159.

7. Por ejemplo: Stice, E. y Agras, W. S., «Subtyping bulimic women along dietary restraint and negative affect dimensions», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1999, pp. 460-469.

8. van Strien, T., Engels, R. C. M. E., Leeuwe, J. V. y Snoek, H. M., «The Stice model of overeating: Tests in clinical and non-clinical samples», *Appetite*, 45, 2005, pp. 205-213.

9. Koenders, P. G. y van Strien, T., «Emotional eating, rather than lifestyle behavior, drives weight gain in a prospective study in 1562 employees», *Journal of Occupational Environmental Medicine*, 53, 2001, pp. 1287-1293; Stice, E., «Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review», *Psychological Bulletin*, 128, 2002, pp. 825-848.

10. Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J. y Hofmann, S. G., «Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years», *Behaviour Research and Therapy*, 57, 2014, pp. 13-20.

11. Wirtz, C. M., Hofmann, S. G., Riper, H. y Berking, M., «Emotion regulation predicts anxiety over a five-year interval: A cross-lagged panel analysis», *Depression and Anxiety*, 31, 2014, pp. 87-95.

12. Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P. y Hofmann, S. G., «Emotion regulation skills training enhances the efficacy of impatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 2013, pp. 234-245.

13. Por ejemplo: Carver, C. S. y Scheier, M. F., *On the self-regulation of behavior*, Cambridge University Press, Nueva York, 1998; Craig, W., «Appetites and aversions as constituents of instincts», *Biological Bulletin of Woods Hole*, 34, 1918, pp. 91-107; Gray, J. A. y McNaughton, N., *The neuropsychology of anxiety*, Oxford University Press, Oxford, RU, 2000; Mowrer, O. H., *Learning theory and behavior*, Wiley, Nueva York, 1960.

14. Hull, C. L., *Principles of behavior: An introduction to behavior therapy*, Appleton-Century, Nueva York, 1943; Mowrer, O. H., *Learning theory and behavior*, Wiley, Nueva York, 1960.; Spence, K. W., *Behavior theory and conditioning*, Yale University Press, New Haven, CT, 1956.

15. Bindra, D., «A motivational view of learning, performance, and behavior modification», *Psychological Review*, 81, 1974, pp. 199-213; Pfaffmann, C., «The pleasures of sensation», *Psychological Review*, 67, 1960, pp. 253-268; Toates, F., *Motivational systems*, Cambridge University Press, Nueva York, 1986; Bolles, R. C., «Reinforcement, expectancy, and learning», *Psychological Review*, 79, 1972, pp. 394-409; Young, P. T., «Hedonic organization and regulation of behavior», *Psychological Review*, 73, 1966, pp. 59-86.

16. Schultheiss, O. C. y Wirth, M. M., «Biopsychological aspects of motivation», Heckhausen, J. y Heckhausen, H. (comps.), *Motivation and action* (2ª ed.), Cambridge University Press, Nueva York, 2008, pp. 247-271.

17. Cox, W. M. y Klinger, E., «A motivational model of alcohol use», *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 1988, pp. 168-180.

18. Schultheiss, O. C. y Wirth, M. M., «Biopsychological aspects of motivation», en Heckhausen, J. y Heckhausen, H. (comps.), *Motivation and action* (2ª ed.), Cambridge University Press, Nueva York, 2008, pp. 247-271.

19. Solomon, R. L. y Wynne, L. C., «Traumatic avoidance learning: Acquisition in normal dogs», *Psychological Monographs: General and Applied*, 67(4), 1953, pp. 1-19.

20. Harmon-Jones, E., Harmon-Jones, C. y Price, T. F., «What is approach motivation?», *Emotion Review*, 5, 2013, pp. 291-295.

21. Panksepp, J. y Biven, L., *The archaeology of mind: Neural origins of human emotions*, Norton, Nueva York, 2010.

22. Panksepp, J. y Biven, L., *The archaeology of mind: Neural origins of human emotions*, Norton, Nueva York, 2010.

23. Solomon, R. L. y Corbit, J. D., «An opponent-process theory of motivation: Temporal dynamics of affect», *Psychological Review*, 81, 1974, pp. 119-145.

24. Berridge, K. C., Robinson, T. E. y Aldridge, J. W., «Dissecting components of reward: 'Liking,' 'wanting,' and learning», *Current Opinion in Pharmacology*, 9, 2009, pp. 65-73.

25. Kringelbach, M. L. y Berridge, K. C., *Pleasures of the brain*, Oxford University Press, Oxford, RU, 2010; Gable, P. A. y Harmon-Jones, E., «Attentional consequences of pregoal and postgoal positive affects», *Emotion*, 11, 2011, pp. 1358-1367; Harmon-Jones, E., Harmon-Jones, C. y Price, T. F., «What is approach motivation?», *Emotion Review*, 5, 2013, pp. 291-295.

26. Robinson, T. E. y Berridge, K. C., «Addiction», *Annual Review of Psychology*, 54, 2003, pp. 25-53.

27. Craig, W., «Appetites and aversions as constituents of instincts», *Biological Bulletin of Woods Hole*, 34, 1918, pp. 91-107.

Capítulo 4. El yo y la autorregulación

1. Barrett, L. F., «Conceptual act theory: A precis», *Emotion Review*, 6, 2014, pp. 292-297.

2. LeDoux, J. E., *Anxious: Using the brain to understand and treat fear and anxiety*, Viking, Nueva York, 2015.

3. James, W. W., *Principles of psychology*, University Press (obra original publicada en 1890), Harvard, Cambridge, MA, 1983.

4. Allport, G.W., *Becoming*, Yale University Press, New Haven, CT, 1955.

5. Snygg, D. y Combs, A. W., *Individual behavior*, Harper & Row, Nueva York, 1949.

6. Rogers, C. R., *Client-centered therapy*, Houghton Mifflin, Nueva York, 1951.

7. Cooley, C. H., *Human nature and the social order*, Scribner's, Nueva York, 1902.

8. Mead, G. H., *Mind, self, and society*, University of Chicago Press, Chicago, IL, 1934.

9. Sarbin, T. R., «A preface to a psychological analysis of the self», *Psychological Review*, 59, 1952, pp. 11-22.

10. Gergen, K. J., *The concept of self*, Holt, Rinehart & Winston, Nueva York, 1971.

11. Humphrey, N. K., «The social function of intellect», en Bateson, P. P. G. y Hinde, R. A. (comps.), *Growing points in ethology*, Cambridge University Press, Cambridge, RU, 1976, pp. 303-317.

12. Jolly, A., «Lemur social intelligence and primate intelligence», *Science*, 153, 1966, pp. 501-506.

13. Goodall, J., *In the shadow of man*, Houghton Mifflin, Boston, 1971; de Waal, F., *Chimpanzee politics: Power and sex among apes*, Harper & Row, Nueva York, 1982.

14. Byrne, R. y Whiten, A., «Tactical deception of familiar individuals in baboons (*Papio ursinus*)», *Animal Behavior*, 333, 1985, pp. 669-673.

15. Gallup, G. G., «Chimpanzees: Self-recognition», *Science*, 167, 1970, pp. 86-87; Gallup, G. G., «Self-awareness in primates», *American Scientist*, 67, 1979, pp. 417-421.

16. Gallup, G. G., «Chimpanzees: Self-recognition», *Science*, 167, 1970, pp. 86-87.

17. Por ejemplo: Fenigstein, A., Scheier, M. F. y Buss, A. H., «Public and private self-consciousness: Assessment and theory», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 1975, pp. 522-527; Harter, S., *The construction of the self: A developmental perspective*, Guilford Press, Nueva York, 1999.

18. Markus, H. R. y Kitayama, S., «Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation», *Psychological Review*, 98, 1991, pp. 224-253.

19. Cooley, C. H., *Human nature and the social order*, Scribner's, Nueva York, 1902; Mead, G. H., *Mind, self, and society*, University of Chicago Press, Chicago, IL, 1934.

20. Por ejemplo: Fenigstein, A., Scheier, M. F. y Buss, A. H., «Public and private self-consciousness: Assessment and theory», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 1975, pp. 522-527.

21. Por ejemplo: Harter, S., *The construction of the self: A developmental perspective*, Guilford Press, Nueva York, 1999.

22. Por ejemplo: Duval, S. y Wicklund, R., *A theory of objective self-awareness*, Academic Press, Nueva York, 1972; Hofmann, S. G. y Heinrichs, N., «Disentangling self-descriptions and self-evaluations under conditions of high self-focused attention: Effects of mirror exposure», *Personality and Individual Differences*, 32, 2002, pp. 611-620.

23. Hofmann, S. G. y Heinrichs, N., «Disentangling self-descriptions and self-evaluations under conditions of high self-focused attention: Effects of mirror exposure», *Personality and Individual Differences*, 32, 2002, pp. 611-620.

24. Brooks-Gunn, J. y Lewis, M., «Development of early visual selfrecognition», *Developmental Review*, 4, 1984, pp. 215-239.

25. Povinelli, D. J., «The unduplicated self», en Rochat, P. (comp.), *The self in early infancy*, North-Holland/Elsevier, Ámsterdam, 1995, pp. 161-192.

26. Higgins, E. T. y Pittman, T. S., «Motives of the human animal: Comprehending, managing, and sharing inner states», *Annual Review of Psychology*, 59, 2008, pp. 361-385.

27. Ingram, R. E., «Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual modal», *Psychological Bulletin*, 107, 1990, pp. 156-176; Mor, N. y Winkvist, J., «Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis», *Psychological Bulletin*, 128, 2002, pp. 638-662.

28. Ingram, R. E., «Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual modal», *Psychological Bulletin*, 107, 1990, pp. 156-176.

29. Pyszczynski, T. y Greenberg, J., «Self-regulatory perseveration and the depressive self-focusing style: A self-awareness theory of reactive depression», *Psychological Bulletin*, 102, 1987, pp. 122-138.

30. Ingram, R. E., «Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual modal», *Psychological Bulletin*, 107, 1990, pp. 156-176.

31. Mor, N. y Winquist, J., «Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis», *Psychological Bulletin*, 128, 2002, pp. 638-662.

32. Duval, S. y Wicklund, R., *A theory of objective self-awareness*, Academic Press, Nueva York, 1972.

33. Carver, C. S. y Scheier, M. F., *On the self-regulation of behavior*, Cambridge University Press, Nueva York, 1998.

34. Carver, C. S. y Scheier, M. F., *On the self-regulation of behavior*, Cambridge University Press, Nueva York, 1998.

35. Higgins, E. T., «Self-discrepancy: A theory relating self and affect», *Psychological Review*, 94, 1987, pp. 309-340.

36. Higgins, E. T., «Self-discrepancy: A theory relating self and affect», *Psychological Review*, 94, 1987, pp. 309-340.

37. Higgins, E. T., «Self-discrepancy: A theory relating self and affect», *Psychological Review*, 94, 1987, pp. 309-340.

38. Por ejemplo: Mandel, D. R., Hilton, D. J. y Catellani, P., *The psychology of counterfactual thinking*, Routledge, Londres, 2005.; Roese, N. J., «Counterfactual thinking», *Psychological Bulletin*, 121, 1997, pp. 133-134.

39. Epstude, K. y Roese, N. J., «The functional theory of counterfactual thinking», *Personality and Social Psychology Review*, 12, 2008, pp. 168-192.

40. Kendall, P. C. y Hollon, S. D., «Assessing self-referent speech: Methods in the measurement of self-statements», en Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (comps.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*, Academic Press, Nueva York, 1983, pp. 85-118.

41. Schwartz, R. M., «The internal dialogue: On the asymmetry between positive and negative coping thoughts», *Cognitive Therapy and Research*, 10, 1986, pp. 591-605; Schwartz, R. M., «Consider the simple screw: Cognitive science, quality improvement, and psychotherapy», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1997, pp. 970-983.

42. Schwartz, R. M., «The internal dialogue: On the asymmetry between positive and negative coping thoughts», *Cognitive Therapy and Research*, 10, 1986, pp. 591-605.

43. Schwartz, R. M. y Garamoni, G. L., «Cognitive balance and psychopathology: Evaluation of an information-processing model of positive and negative states of mind», *Clinical Psychological Review*, 9, 1989, pp. 271-294.

44. Schwartz, R. M., «Consider the simple screw: Cognitive science, quality improvement, and psychotherapy», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1997, pp. 970-983.

45. Schwartz, R. M., «Consider the simple screw: Cognitive science, quality improvement, and psychotherapy», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1997, pp. 970-983.

46. Ryan, R. M. y Deci, E. L., «Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 68-78.

47. Ryan, R. M., Kuhl, J. y Deci, E. L., «Nature and autonomy: An organizational view of social and neurobiological aspects of self-regulation in behavior and development», *Development and Psychopathology*, 9, 1997, pp. 701-728.

48. Bargh, J. A. y Ferguson, M. J., «Beyond behaviorism: On the automaticity of higher mental processes», *Psychological Review*, 126, 2000, pp. 925-945; Baumeister, R., «Conquer yourself, conquer the world», *Scientific American*, 312, 2015, pp. 60-65.

49. Bouchard, T. J., «Genetic influence on human psychological traits», *Current Directions in Psychological Science*, 13, 2004, pp. 148-151; Epstein, R. P., «The molecular genetic architecture of human personality: Beyond self-report questionnaires», *Molecular Psychiatry*, 11, 2006, pp. 427-445.

50. Kern, M. L. y Friedman, H. S., «Do conscientious individuals live longer?: A quantitative review», *Health Psychology*, 27, 2008, pp. 505-512.

51. Caspi, A., Moffitt, T. W., Newman, D. L. y Silva, P. A., «Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort», *Archives of General Psychiatry*, 53, 1996, pp. 1033-1039.

52. Bogg, T. y Roberts, B. W., «Conscientiousness and health behaviors: A meta-analysis», *Psychological Bulletin*, 130, 2004, pp. 887-919.

53. White, J. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Bartusch, D. J., Needles, D. J. y Stouthamer-Loeber, M., «Measuring impulsivity and examining its relationship to delinquency», *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1994, pp. 192-205.

54. Mischel, W., Shoda, Y. y Rodriguez, M. I., «Delay of gratification in children», *Science*, 244, 1989, pp. 933-938.

55. Moffitt, T. E., Arsenaull, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H. y otros, «A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety», *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108, 2011, pp. 2693-2698.

56. McConnell, A. R., Niedermeier, K. E., Leibold, J. M., El-Alayli, A. G., Chin, P. P. y Kuipers, N. M., «Someplace else? Role of prefactual thinking and anticipated regret in consumer behavior», *Psychology and Marketing*, 17, 2000, pp. 281-298.

57. Mandel, D. R., Hilton, D. J. y Catellani, P., *The psychology of counterfactual thinking*, Routledge, Londres, 2005.

58. Gilbert, D., *Stumbling on happiness*, Alfred Knopf, Nueva York, 2006.

59. Gilbert, D., *Stumbling on happiness*, Alfred Knopf, Nueva York, 2006.

60. Wilson, T. D., Wheatley, T. P., Meyers, J. M., Gilbert, D. T y Axsom, D., «Focalism: A source of durability bias in affective forecasting», *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 2000, pp. 821-836.

61. Wilson, T. D., Wheatley, T. P., Meyers, J. M., Gilbert, D. T y Axsom, D., «Focalism: A source of durability bias in affective forecasting», *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 2000, pp. 821-836.

62. Nolen-Hoeksema, S., «The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms», *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 2000, pp. 504-511.

63. Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. y Fredrickson, B. L., «Response styles and the duration of episodes of depressed mood», *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 1993, pp. 20-28.

64. Watkins, E., «Appraisals and strategies associated with rumination and worry», *Personality and Individual Differences*, 37, 2004, pp. 679-694.

65. Borkovec, T. D., Ray, W. J. y Stöber, J., «Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes», *Cognitive Therapy and Research*, 22, 1998, pp. 561-576.

66. Nolen-Hoeksema, S. y Davis, C. G., «“Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks», *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1999, pp. 801-814.

67. Nolen-Hoeksema, S., «The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms», *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 2000, pp. 504-511.

68. Borkovec, T. D., Ray, W. J. y Stöber, J., «Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes», *Cognitive Therapy and Research*, 22, 1998, pp. 561-576.

69. Por ejemplo: Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L. y Heimberg, R. G., «Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states», *Cognitive Therapy and Research*, 26, 2002, pp. 179-188; Segerstrom, S. C., Stanton, A. L., Alden, L. E. y Shortridge, B. E., «A multidimensional structure of repetitive thought: What's on your mind, and how, and how much?», *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2003, pp. 909-921.

70. Craske, M. G., *Anxiety disorders. Psychological approaches to theory and treatment*, Westview Press, Boulder, Co, 1999.

71. Davey, G. C. L., «Worrying, social problem-solving abilities, and social problem-solving confidence», *Behavior Research and Therapy*, 32, 1994, pp. 327-330; Davey, G. C. L., Jubb, M. y Cameron, C., «Catastrophic worrying as a function of changes in problem-solving confidence», *Cognitive Therapy and Research*, 20, 1996, pp. 333-344; Stöber, J. y Borkovec, T. D., «Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study», *Cognitive Therapy and Research*, 26, 2002, pp. 89-96.

72. Borkovec, T. D. y Hu, S., «The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery», *Behaviour Research and Therapy*, 28, 1990, pp. 69-73; Hoehn-Saric, R. y McLeod, D. R., «Anxiety and arousal: Physiological changes and their perception», *Journal of Affective Disorders*, 61, 2000, pp. 217-224; Lyonfields, J. D., Borkovec, T. D. y Thayer, J. F., «Vagal tone in generalized anxiety disorder and the effects of aversive imagery and worrisome thinking», *Behavior Therapy*, 24, 1995, pp. 457-466; Thayer, J. F., Friedman, B. H. y Borkovec, T. D., «Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry», *Biological Psychiatry*, 39, 1996, pp. 255-266.

73. Thayer, J. F., Friedman, B. H. y Borkovec, T. D., «Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry», *Biological Psychiatry*, 39, 1996, pp. 255-266.

74. Borkovec, T. D. y Hu, S., «The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery», *Behaviour Research and Therapy*, 28, 1990, pp. 69-73.

75. Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Litz, B. T., Kim, H.-J., Davis, L. y Pizzagalli, D. A., «The worried mind: Autonomic and prefrontal activation during worrying», *Emotion*, 5, 2005, pp. 464-475.

76. Vrana, S. R., Cuthbert, B. N. y Lang, P. J., «Fear imagery and text processing», *Psychophysiology*, 23, 1986, pp. 247-253.

77. Tucker, D. M. y Newman, J. P., «Verbal versus imaginal cognitive strategies in the inhibition of emotional arousal», *Cognitive Therapy and Research*, 5, 1981, pp. 197-202.

78. Borkovec, T. D., Ray, W. J. y Stöber, J., «Worry: A cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes», *Cognitive Therapy and Research*, 22, 1998, pp. 561-576.

79. Gruzelier, J. H., «Lateralization and central mechanisms in clinical psychophysiology», en Turpin, G. (comp.), *Handbook of clinical psychophysiology*, Wiley, Nueva York, 1989, pp. 135-174; Heller, W., Nitschke, J. B., Etienne, M. A. y Miller, G. A., «Patterns of regional brain activity differentiate types of anxiety», *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 1997, pp. 376-385; Nitschke, J. B. y Heller, W., «The neuropsychology of anxiety disorders: Affect, cognition, and neural circuitry», en D'haenen, H., den Boer, J. A. y Willner, P. (comps.), *Biological psychiatry*, Wiley, Nueva York, 2002, pp. 975-988.

80. Heller, W., Nitschke, J. B., Etienne, M. A. y Miller, G. A., «Patterns of regional brain activity differentiate types of anxiety», *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 1997, pp. 376-385.

81. Heller, W., Nitschke, J. B., Etienne, M. A. y Miller, G. A., «Patterns of regional brain activity differentiate types of anxiety», *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 1997, pp. 376-385.

Capítulo 5. Regulación emocional

1. Por ejemplo: Davidson, R. J., «Darwin and the neural bases of emotion and affective style», *Proceedings of the New York Academy of Sciences*, 1000, 2003, pp. 316-336; Ekman, P., *Emotions revealed*, Times Books, Nueva York, 2003; Izard, C. E., «Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations», *Psychological Review*, 99, 1992, pp. 561-565; Lazarus, R. S., *Emotion and adaptation*, Oxford University Press, Nueva York, 1991.

2. Por ejemplo: Frijda, N. H., *The emotions*, Cambridge University Press, Cambridge, RU, 1986; Gross, J. J. y John, O. P., «Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing», *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2003, pp. 348-362; Lazarus, R. S., *Emotion and adaptation*, Oxford University Press, Nueva York, 1991; Scherer, K. R. y Ellgring, H., «Multimodal expression of emotion: Affect programs or componential appraisal patterns?», *Emotion*, 7, 2007, pp. 158-171.

3. Thompson, 1994, pp. 27-28.

4. Gross, J. J. y John, O. P., «Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing», *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2003, pp. 348-362.

5. Lazarus, R. S., *Psychological stress and the coping process*, McGraw-Hill, Nueva York, 1966; Lazarus, R. S., «The stress and coping paradigm», en Eisdorfer, C., Cohen, D., Kleinman, A. y Maxim, P. (comps.), *Models for clinical psychopathology*, Spectrum, Nueva York, 1981, pp. 177-214; Lazarus, R. S., «Toward better research on stress and coping», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 665-673; Lazarus, R. S. y Folkman, S., *Stress, appraisal, and coping*, Springer, Nueva York, 1984.

6. Lazarus, R. S. y Folkman, S., *Stress, appraisal, and coping*, Springer, Nueva York, 1984.

7. Frydenberg, E., *Adolescent coping: Research and theoretical perspectives*, Routledge, London, 1997;
Lazarus, R. S., «Toward better research on stress and coping», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 665-673.

8. Por ejemplo: Lazarus, R. S., *Psychological stress and the coping process*, McGrawHill, Nueva York, 1966.

9. Por ejemplo: Lazarus, R. S., DeLongis, A., Folkman, S. y Gruen, R., «Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures», *American Psychologist*, 40, 1985, pp. 770-779.

10. Lazarus, R. S. y Folkman, S., *Stress, appraisal, and coping*, Springer, Nueva York, 1984.

11. Lazarus, R. S. y Folkman, S., *Stress, appraisal, and coping*, Springer, Nueva York, 1984.

12. Lazarus, R. S. y Folkman, S., *Stress, appraisal, and coping*, Springer, Nueva York, 1984.

13. Gross, J. J. y John, O. P., «Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing», *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2003, pp. 348-362.

14. Para una revisión, véase: Gross, J. J., *Handbook of emotion regulation*, Guilford Press, Nueva York, 2013.

15. Gross, J. J., «Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology», *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1998a, pp. 224-237; Gross, J. J., «The emerging field of emotion regulation: An integrative review», *Review of General Psychology*, 2, 1998b, pp. 271-299.

16. Gross, J. J., «The emerging field of emotion regulation: An integrative review», *Review of General Psychology*, 2, 1998b, pp. 271-299.

17. Gross, J. J., «The emerging field of emotion regulation: An integrative review», *Review of General Psychology*, 2, 1998b, pp. 271-299; Gross, J. J. y John, O. P., «Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing», *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2003, pp. 348-362; Gross, J. J. y Levenson, R. W., «Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion», *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 1997, pp. 95-103.

18. Para una revisión, véase: Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S., «Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review», *Clinical Psychology Review*, 30, 2010, pp. 217-237.

19. Amstadter, A., «Emotion regulation and anxiety disorders», *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 2008, pp. 211-221; Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T. y Forsyth, J. P., «Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review», *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 2010, pp. 68-82; Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A. y Asnaani, A., «Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders», *Depression and Anxiety*, 29, 2012, pp. 409-416; Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Fresco, D. M., «Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder», *Behaviour Research and Therapy*, 43, 2005, pp. 1281-1310.

20. Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G., «Acceptability of negative emotion in anxiety and mood disorders», *Emotion*, 6, 2006a, pp. 587-595.

21. Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G., «Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders», *Behaviour Research and Therapy*, 44, 2006b, pp. 1251-1263.

22. Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. y Asnaani, A., «How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal», *Behavior Research and Therapy*, 47, 2009, pp. 380-394.

23. Cioffi, D. y Holloway, J., «Delayed costs of suppressed pain», *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1993, pp. 274-282.

24. Szasz, P. L., Szentagotai, A. y Hofmann, S. G., «Effects of emotion regulation strategies on smoking craving, attentional bias, and task persistence», *Behaviour Research and Therapy*, 50, 2012, pp. 333-340.

25. Szasz, P. L., Szentagotai, A. y Hofmann, S. G., «The effect of emotion regulation strategies on anger», *Behaviour Research and Therapy*, 49, 2011, pp. 114-119.

26. Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. y Asnaani, A., «How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal», *Behavior Research and Therapy*, 47, 2009, pp. 380-394.

27. Harris, C. R., «Cardiovascular responses of embarrassment and effects of emotional suppression in a social setting», *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 2001, pp. 886-897.

28. Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G., «Acceptability of negative emotion in anxiety and mood disorders», *Emotion*, 6, 2006a, pp. 587-595; Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G., «Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders», *Behaviour Research and Therapy*, 44, 2006b, pp. 1251-1263.

29. Asnaani, A., Sawyer, A. T., Aderka, I. M. y Hofmann, S. G., «Effect of suppression, reappraisal, and acceptance of emotional pictures on acoustic eye-blink startle magnitude», *Journal of Experimental Psychopathology*, 4, 2013, pp. 182-193.

30. Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. y White, T. L., «Paradoxical effects of thought suppression», *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1987, pp. 5-13.

31. Wegner, D. M. y Zanakos, S., «Chronic thought suppression», *Journal of Personality*, 62, 1994, pp. 615-640.

32. Cioffi, D. y Holloway, J., «Delayed costs of suppressed pain», *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1993, pp. 274-282.

33. Wegner, D. M. y Zanakos, S., «Chronic thought suppression», *Journal of Personality*, 62, 1994, pp. 615-640.

34. Cioffi, D. y Holloway, J., «Delayed costs of suppressed pain», *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 1993, pp. 274-282.

35. Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. y White, T. L., «Paradoxical effects of thought suppression», *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1987, pp. 5-13.

36. Bonanno, G. A. y Burton, C. L., «Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation», *Perspectives on Psychological Science*, 8, 2013, pp. 591-612.

37. Gross, J. J., «Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology», *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1998a, pp. 224-237; Gross, J. J. y Levenson, R. W., «Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion», *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 1997, pp. 95-103.

38. Por ejemplo: Berking, M., *Training emotionaler Kompetenzen*, Springer, Berlin, 2010; Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J., «Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes», *Behaviour Research and Therapy*, 44, 2006, pp. 1-25; Leahy, R. L., Tirsch, D. y Napolitano, L. A., *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*, Guilford Press, Nueva York, 2011.

39. Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P., «Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale», en Pennebaker, J. W. (comp.), *Emotion, disclosure and health*, American Psychological Association, Washington, DC, 1995, pp. 125-154.

40. Por ejemplo: Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G., *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*, Guilford Press, Nueva York, 1999; Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D., *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, Guilford Press, Nueva York, 2002.

41. Por ejemplo: Greenberg, L. S., *Emotion-focused therapy*, American Psychological Association, Washington, DC, 2011; Greenberg, L. S. y Safran, J. D., *Emotion in psychotherapy*, Guilford Press, Nueva York, 1987.

42. Foa, E. B. y Kozak, M. J., «Emotional processing of fear: Exposure to corrective information», *Psychological Bulletin*, 99, 1986, pp. 20-35.

43. Pennebaker, J. W., «Writing about emotional experiences as a therapeutic process», *Psychological Science*, 8, 1997, pp. 162-166.

44. Sloan, D. M. y Marx, B. P., «A closer examination of the structured written disclosure procedure», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 2004, pp. 165-175.

45. Por ejemplo: Gross, J. J. y John, O. P., «Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing», *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2003, pp. 348-362.

46. Aldao, A. y Dixon-Gordon, K. L., «Broadening the scope of research on emotion regulation strategies and psychopathology», *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 2014, pp. 22-33.

47. Hofer, M. A., *Psychobiological roots of early attachment. Current Directions in Psychological Science*, 15, 2006, pp. 84-88.

48. Bowlby, J., *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*, Basic Books, New York, 1973;
Bowlby, J., *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*, Basic Books, New York, 1982.

49. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S., *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*, Hillsdale, 1978.

50. Higgins, E. T. y Pittman, T. S., «Motives of the human animal: Comprehending, managing, and sharing inner states», *Annual Review of Psychology*, 59, 2008, pp. 361-385.

51. Eisenberg, N., Spinrad, T. L. y Eggum, N. D., «Emotion-related selfregulation and its relation to children's maladjustment», *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 2010, pp. 495-525; Posner, M. I. y Rothbart, M. K., «Developing mechanisms of selfregulation», *Development and Psychopathology*, 12, 2000, pp. 427-441.

52. Cassidy, J., «Emotion regulation: Influences of attachment relationships», *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 1994, pp. 228-283; Cole, P. M., Martin, S. E. y Dennis, T. A., «Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research», *Child Development*, 75, 2004, pp. 317-333; Eisenberg, N., Spinrad, T. L. y Eggum, N. D., «Emotion-related selfregulation and its relation to children's maladjustment», *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 2010, pp. 495-525.

53. Derryberry, D. y Rothbart, M. K., «Reactive and effortful processes in the organization of temperament», *Development and Psychopathology*, 9, 1997, pp. 633-652.

54. Lunkenheimer, E. S., Shields, A. M. y Cortina, K. S., «Parental emotion coaching and dismissing in family interaction», *Social Development*, 16, 2007, pp. 232-248; Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. y Robinson, L. R., «The role of the family context in the development of emotion regulation», *Social Development*, 16, 2007, pp. 361-388.

55. Silk, J. S., Steinberg, L. y Morris, A. S., «Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior», *Child Development*, 74, 2005, pp. 1869-1880.

56. Yap, M. B. H., Allen, N. B. y Ladouceur, C. D., «Maternal socialization of positive affect: The impact of invalidation on adolescent emotion regulation and depressive symptomatology», *Child Development*, 79, 2008, pp. 1415-1431.

57. Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Tashman, N. A., Steinberg, D. L., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G. y otros, «Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression», *Cognitive Therapy and Research*, 25, 2001, pp. 397-423; Eisenberg, N., Spinrad, T. L. y Eggum, N. D., «Emotion-related selfregulation and its relation to children's maladjustment», *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 2010, pp. 495-525; Murray, L., Creswell, C. y Cooper, P. J., «The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review», *Psychological Medicine*, 39, 2009, pp. 1413-1423.

58. Fraley, R. C. y Shaver, P. R., «Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions», *Review of General Psychology*, 4, 2000, pp. 132-154; Mikulincer, M. y Shaver, P. R., *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*, Guilford Press, Nueva York, 2007.

59. Coan, J. A., «Adult attachment and the brain», *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 2010, pp. 210-217; Coan, J. A., «The social regulation of emotion», en Decety, J. y Cacioppo, J. T. (comps.), *Handbook of social neuroscience*, Oxford University Press, Nueva York, 2011, pp. 614-623.

60. Cohen, S., «Social relationships and health», *American Psychologist*, 59, 2004, pp. 676-684.

61. Cacioppo, J. T. y Hawkley, L. C., «Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms», *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, 2003, pp. S39-S52; Joiner, T., «Shyness and low social support as interactive diathesis, with loneliness as mediator: Testing an interpersonal-personality view of vulnerability to depressive symptoms», *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 1997, pp. 386-394.

62. Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. y Baltes, B. B., «The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review», *American Journal of Community Psychology*, 39, 2007, pp. 133-144; Lakey, B., Orehek, E., Hain, K. L. y Van Vleet, M., «Enacted support's links to negative affect and perceived support are more consistent with theory when social influences are isolated from trait influences», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 2010, pp. 132-142.

63. Por ejemplo: Brown, G. W. y Harris, T., *Social origins of depression: A study of psychological disorder in women*, free Press, New York, 1978; George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C. y Fowler, N., «Social support and the outcome of major depression», *British Journal of Psychiatry*, 154, 1989, pp. 478-485; Stice, E., Ragan, J. y Randall, P., «Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support?», *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 2004, pp. 155-159; Travis, L., Lyness, J. M., Shields, C. G., King, D. A. y Cox, C., «Social support, depression, and functional disability in older adult primary-care patients», *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 2004, pp. 265-271.

64. Marroquín, B., «Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression», *Clinical Psychology Review*, 31, 2011, pp. 1276-1290.

65. Hofmann, S. G., «Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders», *Cognitive Therapy and Research*, 38, 2014, pp. 483-492; Zaki, J. y Williams, W. C., «Interpersonal emotion regulation», *Emotion*, 13, 2013, pp. 803-810.

66. Por ejemplo: Barlow, D. H., *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, Guilford Press, Nueva York, 2002; Foa, E. B. y Kozak, M. J., «Emotional processing of fear: Exposure to corrective information», *Psychological Bulletin*, 99, 1986, pp. 20-35; Solomon, R. L. y Wynne, L. C., «Traumatic avoidance learning: Acquisition in normal dogs», *Psychological Monographs: General and Applied*, 67(4), 1953, pp. 1-19.

67. Por ejemplo: Hofmann, S. G., «Cognitive processes during fear acquisition and extinction in animals and humans: Implications for exposure therapy of anxiety disorders», *Clinical Psychology Review*, 28, 2008, pp. 199-210.

68. Bouton, M. E., Mineka, S. y Barlow, D. H., «A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder», *Psychological Review*, 108, 2001, pp. 4-32.

69. Para una revisión, véase: Rehman, U. S., Gollan, J. y Mortimer, A. R., «The marital context of depression: Research, limitations, and new directions», *Clinical Psychology Review*, 28, 2008, pp. 179-198.

70. Por ejemplo: Fincham, F. D., Beach, S. R., Harold, G. T. y Osborne, L. N., «Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women?», *Psychological Science*, 8, 1997, pp. 351-357.

71. Johnson, S. L. y Jacob, T., «Marital interactions of depressed men and women», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1997, pp. 15-23; Rehman, U. S., Gollan, J. y Mortimer, A. R., «The marital context of depression: Research, limitations, and new directions», *Clinical Psychology Review*, 28, 2008, pp. 179-198.

72. Rehman, U. S., Gollan, J. y Mortimer, A. R., «The marital context of depression: Research, limitations, and new directions», *Clinical Psychology Review*, 28, 2008, pp. 179-198.

73. Pasch, L. A., Bradbury, T. N. y Davila, J., «Gender, negative affectivity, and observed social support behavior in marital interaction», *Personal Relationships*, 4, 1997, pp. 361-378.

74. Rehman, U. S., Ginting, J., Karimiha, G. y Goodnight, J. A., «Revisiting the relationship between depressive symptoms and marital communication using an experimental paradigm: The moderating effect of acute sad mood», *Behaviour Research and Therapy*, 48, 2010, pp. 97-105.

Capítulo 6. Evaluación y reevaluación

1. Beck, A. T., *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New American Library/Meridian, Nueva York, 1979.

2. Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, Nueva York, 1962.

3. Beck, A. T., *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New American Library/Meridian, Nueva York, 1979.

4. Beck, A. T., *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New American Library/Meridian, Nueva York, 1979.

5. Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, Nueva York, 1962.

6. Beck, A. T., *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New American Library/Meridian, Nueva York, 1979.

7. Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy*, Lyle Stuart, Nueva York, 1962.

8. Bem, D. J., «Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena», *Psychological Review*, 74, 1967, pp. 183-200; Festinger, L. y Carlsmith, J. M., «Cognitive consequences of forced compliance», *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 1959, pp. 203-210; Schachter, S. y Singer, J. E., «Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state», *Psychological Review*, 69, 1962, pp. 379-399.

9. Kahneman, D., *Thinking fast and slow*, Farrar, Straus & Giroux, Nueva York, 2011.

10. Menzulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S. y Hankin, B. L., «Is there a universal positive bias in attributions?: A meta-analytic review of individual, developmental, and cultural difference in the self-serving attributional bias», *Psychological Bulletin*, 130, 2004, pp. 711-747.

11. Abramson, L. Y. y Seligman, M. E., «Learned helplessness in humans: Critique and reformulation», *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 1978, pp. 49-74.

12. Alloy, L. B. y Clements, C. M., «Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors», *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 1992, pp. 234-245.

13. Alloy, L. B. y Clements, C. M., «Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors», *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 1992, pp. 234-245; Mischel, W., «On the interface of cognition and personality: Beyond the person-situation debate», *American Psychologist*, 34, 1979, pp. 740-754; Moore, M. T. y Fresco, D. M., «Depressive realism: A meta-analytic review», *Clinical Psychology Review*, 32, 2012, pp. 496-509,.

14. Gilbert, D. y Wilson, T. D., «Prospection: Experiencing the future», *Science*, 317, 2007, pp. 1351-1354.

15. MacLeod, A. K. y Cropley, M. L., «Anxiety, depression, and the anticipation of future positive and negative experiences», *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 1996, pp. 286-289.

16. Burns, D. D., *Feeling good: The new mood therapy*, Harper Collins, Nueva York, 1980.

17. Moore, M. T. y Fresco, D. M., «Depressive realism: A meta-analytic review», *Clinical Psychology Review*, 32, 2012, pp. 496-509.

18. Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E., *Schema therapy: A practitioner's guide*, Guilford Press, Nueva York, 2003.

19. Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E., *Schema therapy: A practitioner's guide*, Guilford Press, Nueva York, 2003.

20. Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E., *Schema therapy: A practitioner's guide*, Guilford Press, Nueva York, 2003.

21. Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E., *Schema therapy: A practitioner's guide*, Guilford Press, Nueva York, 2003.

22. Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, J. J., Sawyer, A. T. y Fang, A., «The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses», *Cognitive Therapy and Research*, 36, 2012, pp. 427-440.

23. Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. y Beck, A. T., «The science of cognitive therapy», *Behavior Therapy*, 44, 2013, pp. 199-212.

24. Hofmann, S. G., *An introduction to modern CBT: Psychological solutions to mental health problems*, Wiley-Blackwell, Oxford, RU, 2011.

25. Hollon, S. D. y Ponniah, K., «A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults», *Depression and Anxiety*, 27, 2010, pp. 891-932.

26. Greenberg, L. S., *Emotion-focused therapy*, American Psychological Association, Washington, DC, 2011.

27. Hofmann, S. G., «Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications», *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 2007, pp. 195-209.

28. Hofmann, S. G., «Cognitive mediation of treatment change in social phobia», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 2004, pp. 392-399.

29. Hofmann, S. G., «Self-focused attention before and after treatment of social phobia», *Behaviour Research and Therapy*, 38, 2000, pp. 717-725; Wells, A. y Papageorgiou, C., «Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking», *Behavior Therapy*, 29, 1998, pp. 357-370.

30. Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Kim, H.-J. y Taylor, A. N., «Changes in self-perception during treatment of social phobia», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 2004, pp. 588-596.

31. Schulz, S. M., Alpers, G. W. y Hofmann, S. G., «Negative selffocused cognitions mediate the effect of trait social anxiety on state anxiety», *Behaviour Research and Therapy*, 46, 2008, pp. 438-449.

32. Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. y Beck, A. T., «The science of cognitive therapy», *Behavior Therapy*, 44, 2013, pp. 199-212.

Capítulo 7. El afecto positivo y la felicidad

1. Kahneman, D., Diener, E. y Schwarz, N., *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, Russell Sage Foundation, Nueva York, 2003.

2. Por ejemplo: Diener, E., «Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 34-43.

3. Frijda, N. H., «The laws of emotion», *American Psychologist*, 43, 1988, pp. 349-358.

4. Brickman, P. y Campbell, D. T., «Hedonic relativism and planning the good society», en Appley, M. H. (comp.), *Adaptation-level theory*, Academic Press, Nueva York, 1971, pp. 287-305.

5. Gilbert, D. y Wilson, T. D., «Prospection: Experiencing the future», *Science*, 317, 2007, pp. 1351-1354.

6. Van Boven, L. y Loewenstein, G., «Social projection of transient drive states», *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 2003, pp. 1159-1168.

7. Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M., «Positive psychology: An introduction», *American Psychologist*, 55, 2000, pp. 5-14.

8. Por ejemplo: Buddhaghosa, *Path of purification*, Buddhist Publication Society, Kandy, Sri Lanka, 1975.

9. Bentham, J., *The principles of morals and legislation*, Prometheus Books (obra original publicada en 1789), Amherst, NY, 1988.

10. Mill, J. S., *Utilitarianism*, Hackett (obra original publicada en 1861), Indianapolis, IN, 2001.

11. Brown, T. A., «Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs», *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 2007, pp. 313-328; Brown, T. A. y Barlow, D. H., «A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment», *Psychological Assessment*, 21, 2009, pp. 256-271; Clark, L. A. y Watson, D., «Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications», *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 1991, pp. 316-336.

12. Brown, T. A. y Barlow, D. H., «A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment», *Psychological Assessment*, 21, 2009, pp. 256-271.

13. Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C. y Barlow, D. H., «Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review», *Clinical Psychology Review*, 33, 2013, pp. 343-360; Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A. y Asnaani, A., «Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders», *Depression and Anxiety*, 29, 2012, pp. 409-416.

14. Por ejemplo: Fredrickson, B. L., «What good are positive emotions?», *Review of General Psychology*, 2, 2000, pp. 300-319.

15. Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E., «The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?», *Psychological Bulletin*, 131, 2005, pp. 803-855.

16. Chida, Y. y Steptoe, A., «Positive psychological well-being and mortality: A quantitative systematic review of prospective observational studies», *Psychosomatic Medicine*, 70, 2008, pp. 741-756.

17. Kubzansky, L. D. y Thurston, R. C., «Emotional vitality and incident of coronary heart disease: Benefits of healthy psychological functioning», *Archives of General Psychiatry*, 64, 2007, pp. 1393-1401.

18. Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. M., «Discriminant validity of well-being measures», *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1996, pp. 616-628.

19. Lyubomirsky, S. y Lepper, H. S., «A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation», *Social Indicators Research*, 46, 1999, pp. 137-155.

20. Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E., «The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?», *Psychological Bulletin*, 131, 2005, pp. 803-855.

21. Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A., «Development and validation of brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales», *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1988, pp. 1063-1070.

22. Myers, D. G. y Diener, E., «Who is happy?», *Psychological Science*, 6, 1995, pp. 10-19.

23. Clark, L. A., Watson, D. y Mineka, S., «Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders», *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1994, pp. 103-116.

24. Diener, E. y Seligman, M. E. P., «Very happy people», *Psychological Science*, 13, 2002, pp. 81-84.

25. Diener, E. y Seligman, M. E. P., «Very happy people», *Psychological Science*, 13, 2002, pp. 81-84.

26. Por ejemplo: Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E., «The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?», *Psychological Bulletin*, 131, 2005, pp. 803-855.

27. Koivumaa-Honkanen, H., Honkanen, R., Viinamaeki, H., Heikkilae, K., Kaprio, J. y Koskenvuo, M., «Life satisfaction and suicide: A 20-year follow-up study», *American Journal of Psychiatry*, 158, 2001, pp. 433-439.

28. Killingsworth, M. A. y Gilbert, D. T., «A wandering mind is an unhappy mind», *Science*, 330, 2010, p. 932.

29. Killingsworth, M. A. y Gilbert, D. T., «A wandering mind is an unhappy mind», *Science*, 330, 2010, p. 932.

30. Langer, E. J. *Mindfulness*, Addison-Wesley, Reading, MA, 1989.

31. Kabat-Zinn, J., «Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2003, pp. 144-156; Williams, M. y Penman, D., *Mindfulness: An eight-week plan for finding peace in a frantic world*, Rodale Books, Nueva York, 2011.

32. Bishop, M., Lau, S., Shapiro, L., Carlson, N. D., Anderson, J., Carmody Segal, Z. V. y otros, «Mindfulness: A proposed operational definition», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 2004, pp. 230-241; Kabat-Zinn, J., «Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2003, pp. 144-156; Langer, E. J. y Moldoveanu, M., «The construct of mindfulness», *Journal of Social Issues*, 56, 2000, pp. 1-9; Melbourne Academic Mindfulness Interest Group, «Mindfulness based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 2006, pp. 285-294.

33. Bishop, M., Lau, S., Shapiro, L., Carlson, N. D., Anderson, J., Carmody Segal, Z. V. y otros, «Mindfulness: A proposed operational definition», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 2004, pp. 230-241.

34. Por ejemplo: Kabat-Zinn, J., «Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2003, pp. 144-156.

35. Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J., «Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes», *Behaviour Research and Therapy*, 44, 2006, pp. 1-25.

36. Bishop, M., Lau, S., Shapiro, L., Carlson, N. D., Anderson, J., Carmody Segal, Z. V. y otros, «Mindfulness: A proposed operational definition», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 2004, pp. 230-241; Hayes, S. C., «Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy», *Behavior Therapy*, 35, 2004, pp. 639-665.

37. Kabat-Zinn, J., «Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2003, pp. 144-156.

38. Kristeller, J. L., «Mindfulness meditation», en Lehrer, P., Woolfolk, R. L. y Sime, W. E. (comps.), *Principles and practice of stress management*, Guilford Press, Nueva York, 2007, pp. 393-427.

39. Hölzel, B., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R. y Ott, U., «How does mindfulness meditation work?: Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective», *Perspectives on Psychological Science*, 6, 2011, pp. 537-559.

40. Condon, P., Desbordes, G., Miller, W. B. y DeSteno, D., «Meditation increases compassionate responses to suffering», *Psychological Science*, 24, 2013, pp. 2125-2127; Lim, D., Condon, P. y DeSteno, D., «Mindfulness and compassion: An examination of mechanism and scalability», *PLoS ONE*, 10, 2015, pp. e0118221.

41. Beck, A. T., *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New American Library/Meridian, Nueva York, 1979.

42. Hayes, S. C., «Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy», *Behavior Therapy*, 35, 2004, pp. 639-665.

43. Shafran, R., Thordarson, D. y Rachman, S., «Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder», *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 1996, pp. 379-391.

44. Shafran, R., Thordarson, D. y Rachman, S., «Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder», *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 1996, pp. 379-391.

45. Arch, J. J. y Craske, M. G., «Laboratory stressors in clinically anxious and non-anxious individuals: The moderating role of mindfulness», *Behaviour Research and Therapy*, 48, 2010, pp. 495-505.

46. Brown, K. W., Weinstein, N. y Creswell, J. D., «Trait mindfulness modulates neuroendocrine and affective responses to social evaluative threat», *Psychoneuroendocrinology*, 37, 2012, pp. 2037-2041.

47. Bullis, J. R., Boe, H.-J., Asnaani, A. y Hofmann, S. G., «The benefits of being mindful: Trait mindfulness predicts less stress reactivity to suppression», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 2014, pp. 57-66.

48. Por ejemplo: Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D., *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, Guilford Press, Nueva York, 2002.

49. Por ejemplo: Kabat-Zinn, J., «Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future», *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 2003, pp. 144-156.

50. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. y Oh, D., «The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 2010, pp. 169-183; Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V. y otros, «Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis», *Clinical Psychology Review*, 33, 2013, pp. 763-771.

51. Por ejemplo: Carmody, J. y Baer, R. A., «How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be?: A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress», *Journal of Clinical Psychology*, 65, 2009, pp. 627-638; Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H., «Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis», *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 2004, pp. 35-43.

52. Langer, E. J., *Mindfulness*, Addison-Wesley, Reading, MA, 1989.

53. Para una revisión, véase: Feldman, C., «*Compassion*», Rodnell Press, Berkeley, CA, 2005; Hofmann, S. G., Grossman, P. y Hinton, D. E., «Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions», *Clinical Psychology Review*, 31, 2011, pp. 1126-1132; Hopkins, J., *Cultivating compassion*, Broadway Books, Nueva York, 2001; Salzberg, S., *Loving-kindness*, Shambhala, Boston, 1995.

54. Dalai Lama, y Cutler, H. C., *The art of happiness: A handbook for living*, Riverhead Books, Nueva York, 1998.

55. Por ejemplo: Anaṅḷayo, *Satipatthana: The direct path to realization*, Birmingham, RU, Windhorse, 2003; Sheng-Yen, M., *Hoofprints of the ox: Principles of the Chan Buddhist path as taught by a modern Chinese master*, Oxford University Press, Nueva York, 2001.

56. Dalai Lama, *An open heart: Practicing compassion in everyday life*, Little, Brown, Boston, 2001.

57. Hopkins, J., *Cultivating compassion*, Broadway Books, Nueva York, 2001.

58. Buddhaghosa, *Path of purification*, Buddhist Publication Society, Kandy, Sri Lanka, 1975.

59. Hofmann, S. G., Grossman, P. y Hinton, D. E., «Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions», *Clinical Psychology Review*, 31, 2011, pp. 1126-1132; Lutz, A., Greischar, L., Perlman, D. M. y Davidson, R. J., «BOLD signal in insula is differentially related to cardiac function during compassion meditation in experts vs. novices», *NeuroImage*, 47, 2009, pp. 1038-1046.

60. Por ejemplo: Chalmers, L., *Buddha's teachings: Being the sutta nipata, or discourse collection*, Oxford University Press, Londres, 2007; Dalai Lama, *An open heart: Practicing compassion in everyday life*, Little, Brown, Boston, 2001.

61. Buddharakkhita, A., *Metta: The philosophy and practice of universal love*, Buddhist Publication Society, Kandy, Sri Lanka, 1995; Dalai Lama, *An open heart: Practicing compassion in everyday life*, Little, Brown, Boston, 2001.

62. Buddhakkhita, A., *Metta: The philosophy and practice of universal love*, Buddhist Publication Society, Kandy, Sri Lanka, 1995; Dalai Lama, *An open heart: Practicing compassion in everyday life*, Little, Brown, Boston, 2001.

63. Por ejemplo: Salzberg, S., *Loving-kindness*, Shambhala, Boston, 1995.

64. Carson, J. W., Keefe, F. J., Lynch, T. R., Carson, K. M., Goli, V., Fras, A. M. y otros, «Loving-kindness meditation for chronic low back pain: Results from a pilot trial», *Journal of Holistic Nursing*, 23, 2005, pp. 287-304; Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. y Finkel, S. M., «Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources», *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 2008, pp. 1045-1061; Hutcherson, C. A., Seppala, E. M. y Gross, J. J., «Loving-kindness meditation increases social connectedness», *Emotion*, 8, 2008, pp. 720-724.

65. Gilbert, P. y Procter, S., «Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach», *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 2006, pp. 353-379; Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B. y Hancock, J., «Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly», *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 2007, pp. 887-904; Mayhew, S. L. y Gilbert, P., «Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report», *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 2008, pp. 113-136; Neff, K. D., «Self-compassion: An alternative conceptualization of a health attitude toward oneself», *Self and Identity*, 2, 2003, pp. 85-101; Neff, K. D. y Vonk, R., «Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself», *Journal of Personality*, 77, 2009, pp. 24-50.

66. Hutcherson, C. A., Seppala, E. M. y Gross, J. J., «Loving-kindness meditation increases social connectedness», *Emotion*, 8, 2008, pp. 720-724.

67. Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. y Finkel, S. M., «Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources», *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 2008, pp. 1045-1061; Pace, T. W. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D. y otros, «Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress», *Psychoneuroendocrinology*, 34, 2009, pp. 87-98; Pace, T. W. W., Negi, L. T., Sivilli, T. I., Issa, M. J., Cole, S. P., Adame, D. D. y otros, «Innate immune, neuroendocrine and behavioral responses to psychosocial stress do not predict subsequent compassion meditation practice time», *Psychoneuroendocrinology*, 35, 2010, pp. 310-315.

68. Por ejemplo: Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. y Finkel, S. M., «Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources», *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 2008, pp. 1045-1061.

69. Gilbert, P. y Procter, S., «Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach», *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 2006, pp. 353-379.

70. Mayhew, S. L. y Gilbert, P., «Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report», *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 2008, pp. 113-136.

71. Carson, J. W., Keefe, F. J., Lynch, T. R., Carson, K. M., Goli, V., Fras, A. M. y otros, «Loving-kindness meditation for chronic low back pain: Results from a pilot trial», *Journal of Holistic Nursing*, 23, 2005, pp. 287-304.

72. Como en los estudios de Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D. y Davidson, R., «Attention regulation and monitoring and meditation», *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 2008, pp. 163-169; Lutz, A., Greischar, L., Perlman, D. M. y Davidson, R. J., «BOLD signal in insula is differentially related to cardiac function during compassion meditation in experts vs. novices», *NeuroImage*, 47, 2009, pp. 1038-1046.

73. Anaṅgalo, *Satipatthana: The direct path to realization*, Birmingham, RU, Windhorse, 2003; Pandita, S. U., *In this very life*, Wisdom, Boston, 1992; ShengYen, M., *Hoofprints of the ox: Principles of the Chan Buddhist path as taught by a modern Chinese master*, Oxford University Press, Nueva York, 2001; Dalai Lama, *An open heart: Practicing compassion in everyday life*, Little, Brown, Boston, 2001.

74. Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. y Finkel, S. M., «Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources», *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 2008, pp. 1045-1061.

Capítulo 8. La neurobiología de las emociones

1. Gray, J. A., *The psychology of fear and stress*, Cambridge University Press, Cambridge, RU, 1987; Gray, J. A., «Brain systems that mediate emotion and cognition», *Cognition and Emotion*, 4, 1990, pp. 269-288.

2. Gray, J. A. y McNaughton, N., «The neuropsychology of anxiety: Reprise», en Hope, D. A., (comp.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 43. Perspectives on anxiety, panic, and fear*, University of Nebraska Press, Lincoln, 1996, pp. 61-134,

3. Fowles, D. C., «Biological variables in psychopathology: A psychobiological perspective», en P. B. Sutker, P. B. y Adams, H. E. (comps.), *Comprehensive handbook of psychopathology*, Plenum Press, Nueva York, 1993, pp. 57-82.

4. Quay, H. C., «The behavioral reward and inhibition system in childhood behavior disorders», en Bloomingdale, L. M. (comp.), *Attention deficit disorder*, Vol. 3, Pergamon Press, Elmsford, Nueva York, 1988, pp. 176-186; Quay, H. C., «The psychobiology of undersocialized aggressive conduct disorder: A theoretical perspective», *Development and Psychopathology*, 5, 1993, pp. 165-180.

5. Por ejemplo: Davis, M. y Whalen, P. J., «The amygdala: Vigilance and emotion», *Molecular Psychiatry*, 6, 2001, pp. 13-34; LeDoux, J. E., «Emotion circuits in the brain», *Annual Review of Neuroscience*, 23, 2000, pp. 155-184.

6. Por ejemplo: LeDoux, J. E., «Emotion circuits in the brain», *Annual Review of Neuroscience*, 23, 2000, pp. 155-184.

7. LeDoux, J. E., «Emotion circuits in the brain», *Annual Review of Neuroscience*, 23, 2000, pp. 155-184.

8. LeDoux, J. E., «Emotion circuits in the brain», *Annual Review of Neuroscience*, 23, 2000, pp. 155-184.

9. LeDoux, J. E., *Anxious: Using the brain to understand and treat fear and anxiety*, Viking, Nueva York, 2015.

10. Para una revisión, véase: Ochsner, K. N. y Gross, J. J., «Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience», *Current Directions in Psychological Science*, 17, 2008, pp. 153-158.

11. Por ejemplo, véase: Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N., «Emotion, attention, and the startle reflex», *Psychological Review*, 97, 1990, pp. 377-395.

12. Ochsner, K. N., Bunge, S. A., Gross, J. J. y Gabrieli, J. D., «Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion», *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14, 2002, pp. 1215-1229.

13. LeDoux, J. E., «Emotion circuits in the brain», *Annual Review of Neuroscience*, 23, 2000, pp. 155-184.

14. Por ejemplo: Davidson, R. J., Jackson, D. C. y Kalin, N. H., «Emotion, plasticity, context, and regulation: Perspectives from affective neuroscience», *Psychological Bulletin*, 126, 2000, pp. 890-909; LeDoux, J. E., «Emotion circuits in the brain», *Annual Review of Neuroscience*, 23, 2000, pp. 155-184; Ochsner, K. N. y Gross, J. J., «Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience», *Current Directions in Psychological Science*, 17, 2008, pp. 153-158.

15. Por ejemplo: Beck, A. T., «The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates», *American Journal of Psychiatry*, 165, 2008, pp. 969-977.

16. Por ejemplo: Clark, D. A. y Beck, A. T., «Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings», *Trends in Cognitive Science*, 14, 2010, pp. 418-424; DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. y Hollon, S. D., «Cognitive therapy versus medication for depression: Treatment outcomes and neural mechanisms», *Nature Review Neuroscience*, 9, 2008, pp. 788-796.

17. Ochsner, K. N. y Gross, J. J., «Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience», *Current Directions in Psychological Science*, 17, 2008, pp. 153-158.

18. Ochsner, K. N. y Gross, J. J., «Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience», *Current Directions in Psychological Science*, 17, 2008, pp. 153-158.

19. Hofmann, S. G., Ellard, K. y Siegle, G., «Neurobiological correlates of cognitions in fear and anxiety: A cognitive-neurobiological information-processing model», *Cognition and Emotion*, 26, 2012, pp. 282-299.

20. Hofmann, S. G., Ellard, K. y Siegle, G., «Neurobiological correlates of cognitions in fear and anxiety: A cognitive-neurobiological information-processing model», *Cognition and Emotion*, 26, 2012, pp. 282-299.

21. Raichle, M. E., «The brain's dark energy», *Science*, 314, 2006, pp. 1249-1250.

22. Raichle, M. E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A. y Shulman, G. L., «A default mode of brain function», *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 98, 2001, pp. 676-682; Raichle, M. E., «The brain's dark energy», *Science*, 314, 2006, pp. 1249-1250.

23. Preston, S. D. y de Waal, F. B., «Empathy: Its ultimate and proximate bases», *Behavioural Brain Sciences*, 25, 2002, pp. 1-20.

24. Ruby, P. y Decety, J., «How would you feel versus how do you think she would feel?: A neuroimaging study of perspective-taking with social emotions», *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16, 2004, pp. 988-999; Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. y Davidson, R. J., «Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise», *PLoS ONE*, 3, 2008, pp. e1897; Lutz, A., Greischar, L., Perlman, D. M. y Davidson, R. J., «BOLD signal in insula is differentially related to cardiac function during compassion meditation in experts vs. novices», *NeuroImage*, 47, 2009, pp. 1038-1046.

25. Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. y Davidson, R. J., «Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise», *PLoS ONE*, 3, 2008, pp. e1897; Lutz, A., Greischar, L., Perlman, D. M. y Davidson, R. J., «BOLD signal in insula is differentially related to cardiac function during compassion meditation in experts vs. novices», *NeuroImage*, 47, 2009, pp. 1038-1046.

26. Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. y Davidson, R. J., «Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise», *PLoS ONE*, 3, 2008, pp. e1897.

27. Lutz, A., Greischar, L., Perlman, D. M. y Davidson, R. J., «BOLD signal in insula is differentially related to cardiac function during compassion meditation in experts vs. novices», *NeuroImage*, 47, 2009, pp. 1038-1046.

28. Pace, T. W. W., Negi, L. T., Adame, D. D., Cole, S. P., Sivilli, T. I., Brown, T. D. y otros, «Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress», *Psychoneuroendocrinology*,34, 2009, pp. 87-98.

29. Pace, T. W. W., Negi, L. T., Sivilli, T. I., Issa, M. J., Cole, S. P., Adame, D. D. y otros, «Innate immune, neuroendocrine and behavioral responses to psychosocial stress do not predict subsequent compassion meditation practice time», *Psychoneuroendocrinology*, 35, 2010, pp. 310-315.

30. Lydiard, R. B., «The role of GABA in anxiety disorder», *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (Sup. 3), 2003, pp. 21-27.

31. Auerbach, J., Geller, V., Lezer, S., Shinwell, E., Belmaker, R. H. y Levin, J., «Dopamine D4 receptor (D4DR) and serotonin transporter promoter (5-HTTLPR) polymorphisms in the determination of temperament in 2-month-old infants», *Molecular Psychiatry*, 4, 1999, pp. 369-373.

32. Pezawas, L., Meyer-Lindenberg, A., Drabant, E. M., Verchinski, B. A., Munoz, K. E., Kolachana, B. S. y otros, «5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: A genetic susceptibility mechanism for depression», *Nature Neuroscience*, 8, 2005, pp. 828-834.

33. Hariri, A. R., Mattay, B. S., Tessitore, A., Fera, F., Smith, W. T. y Weinberger, D. R., «Extroamphetamine modulates the response of the human amygdala», *Neurosystems Pharmacology*, 27, 2002, pp. 1036-1040.

34. Lakatos, K., Nemoda, Z., Birkas, E., Ronai, Z., Kovacs, E., Ney, K. y otros, «Association of D4 dopamine receptor gene and serotonin transporter promoter polymorphism with infants' response to novelty», *Molecular Psychiatry*, 8, 2003, pp. 90-98.

35. Por ejemplo: Anisman, H., Zaharia, M. D., Meany, M. J. y Merali, Z., «Do earlylife events permanently alter behavioral and hormonal responses to stressors?», *International Journal of Developmental Neuroscience*, 16, 1998, pp. 149-164; Caldji, C., Francis, D., Sharma, S., Plotzky, P. M. y Meany, M. J., «The effects of early rearing environment on the development of GABAA and central benzodiazepine receptor levels and novelty-induced fearfulness in the rat», *Neuropsychopharmacology*, 22, 2000, pp. 219-229; Cicchetti, D. y Rogosch, F. A., «The impact of child maltreatment and psychopathology on neuroendocrine functioning», *Development and Psychopathology*, 13, 2001, pp. 783-804.

36. Kolb, B., Gibb, R. y Gorny, G., «Cortical plasticity and the development of behavior after early frontal cortical injury», *Developmental Neuropsychology*, 18, 2001, pp. 423-444.

37. Por ejemplo: Olson, S. L. y Sameroff, A. J., (comp.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems*, Cambridge University Press, Nueva York, 2009.

Apéndice I. Instrumentos de autoinforme habituales

1. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J., «An inventory for measuring depression», *Archives of General Psychiatry*, 4, 1961, pp. 561-571.

2. Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K., *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 1996.

3. Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A., «Development and validation of brief measure of positive and negative affect: The PANAS scales», *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1988, pp. 1063-1070.

4. Bagby, R. M., Parker, J. D. A. y Taylor, G. J., « The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and crossvalidation of the factor structure», *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 1994a, pp. 23-32; Bagby, R. M., Parker, J. D. A. y Taylor, G. J., « The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II: Convergent, discriminant, and concurrent validity», *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 1994b, pp. 33-40.

5. Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. y otros, «Development and validation of a measure of emotional intelligence», *Personality and Individual Differences*, 25, 1998, pp. 167-177.

6. Salovey, P. y Mayer, J. D., «Emotional intelligence», *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 1990, pp. 185-211.

7. Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P., «Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale», en J. W. Pennebaker (comp.), *Emotion, disclosure and health*, Washington, American Psychological Association, 1995, pp. 125-154.

8. Hofmann, S. G. y Kashdan, T. B., «The Affective Style Questionnaire: Development and psychometric properties», *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 2010, pp. 255-263.

9. Gross, J. J. y John, O. P., «Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing», *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 2003, pp. 348-362.

10. Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T. y otros, «Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential acceptance», *Behavior Therapy*, 42, 2011, pp. 676-688.

11. Gratz, K. L. y Roemer, L., «Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale», *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 2004, pp. 41-54.

12. Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S., «Rumination reconsidered: A psychometric analysis», *Cognitive Therapy and Research*, 27, 2003, pp. 247-259.

13. Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D., «Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire», *Behaviour Research and Therapy*, 28, 1990, pp. 487-495.

LICENCIA LIMITADA DE DUPLICACIÓN

Solamente aquel personal cualificado en cuestiones de salud mental debe usar los materiales ofrecidos.

El editor otorga al comprador del presente libro el derecho no atribuible de reproducción de todos los materiales cuyo permiso se cede específicamente en las notas al pie. Esta licencia se limita a usted, comprador, para su uso personal o el uso con sus clientes. Esta licencia no otorga ningún derecho de reproducción para su venta, redistribución, puesta a disposición electrónica o cualquier otro propósito (incluyendo, pero no limitado, a libros, panfletos, artículos, vídeo o audio, blogs, páginas de intercambio de documentos, páginas de Internet o intranet, y copias o presentaciones para conferencias, *workshops*, *webinars*, o terapias de grupo, tenga o no un coste). Para obtener el permiso de reproducción del presente material para este u otro propósito debe ponerse en contacto con el Departamento de Cesiones de Guilford Publications.

La emoción en psicoterapia
Stefan G. Hofmann

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal).

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita reproducir algún fragmento de esta obra.

Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

Título original: *Emotion in Therapy*

Publicado originalmente en inglés, en 2016, por The Guilford Press, una división de Guilford Publications, Inc., Nueva York, EE. UU. Esta edición ha sido publicada por acuerdo con International Editors' Co.

© del diseño de la portada, Planeta Arte & Diseño

© de la ilustración de la portada, Theromb – Shutterstock

© The Guilford Press, 2016. Todos los derechos reservados

© de la traducción, Montserrat Asensio Fernández, 2018

© de todas las ediciones en castellano,

Espasa Libros, S. L. U., 2018

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona (España)

www.planetadelibros.com

Primera edición en libro electrónico (epub): junio de 2018

ISBN: 978-84-493-3480-1 (epub)

Conversión a libro electrónico: Newcomlab, S. L. L.

www.newcomlab.com