



Facultad de Psicología

Trabajo Fin de Máster

**Modalidad 1: revisión sistemática
con propuesta aplicada**

Autor/a del TFM

Procesos Transdiagnósticos

Asociados a los Trastornos

Emocionales: Evitación

Experiencial y Regulación

Emocional

Alicia Souto Outeiral

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Año 2025

Trabajo Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela
para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Índice

Índice.....	1
Resumen.....	5
Abstract.....	7
Introducción	9
Perspectiva centrada en diagnósticos específicos.....	10
Perspectiva transdiagnóstica.....	12
Variablestransdiagnósticas.....	12
Evitación experiencial como variable transdiagnóstica	14
Regulación emocional como proceso transdiagnóstico.....	18
Interacción entre regulación emocional y evitación experiencial.....	27
Justificación y objetivos.....	28
Método.....	29
Estrategia de Búsqueda y Criterios de Selección.....	31
Elegibilidad del Estudio: Criterios de Inclusión y Exclusión.....	31
Extracción y codificación de datos.....	31
Evaluación de riesgo de sesgo.....	32
Evaluación de la calidad de la evidencia	32
Resultados.....	34
Selección de estudios.....	34
Síntesis de resultados.....	36
<i>Evitación Experiencial como proceso transdiagnóstico.....</i>	36
<i>Regulación emocional como proceso transdiagnóstico</i>	39
<i>Interacción entre EA y ER.....</i>	42
Discusión	47
Evitación experiencial como proceso transdiagnóstico.....	47
Regulación emocional como proceso transdiagnóstico.....	49
Interacción entre evitación experiencial y regulación emocional.....	51
Propuesta Aplicada.....	54
Protocolo Unificado de Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales	54
Terapia de Aceptación y Compromiso.....	55

Activación Conductual.....	56
Evaluación.....	56
Intervención.....	58
Conclusiones	70
Referencias Bibliográficas.....	71
Índice de Tablas	81
Índice de Figuras.....	82
Apéndice: Listado de Acrónimos.....	83

Resumen

Antecedentes: Los trastornos emocionales son altamente prevalentes y comórbidos entre sí, causando un notable sufrimiento y consumo de recursos. Por ello, se ha incrementado el interés en investigar su etiología y mantenimiento, con el fin de poder desarrollar tratamientos eficaces para dichos trastornos. En este marco, la perspectiva transdiagnóstica ha permitido focalizar la atención sobre el papel que desempeñan diferentes procesos transdiagnósticos respecto a la psicopatología

Objetivo: La presente revisión busca corroborar la influencia de dos variables transdiagnósticas, la evitación experiencial y la (des)regulación emocional, sobre el desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos emocionales. Además, también se examina la relación entre estas variables y su asociación con la sintomatología emocional.

Diseño: Se utilizaron tres bases de datos para identificar los artículos entre 2013 y 2025, seleccionándose 25 publicaciones.

Resultados: Se corrobora que tanto la evitación experiencial como la (des)regulación emocional influyen en la etiología y/o mantenimiento de los trastornos emocionales. También se expone que existe una interacción entre ambas variables, sin alcanzarse un consenso claro sobre cómo se da.

Conclusión: Ambas variables desempeñan un papel en la etiología y/o mantenimiento de los trastornos emocionales, aunque es preciso seguir investigando la influencia de otras variables transdiagnósticas para poder desarrollar tratamientos óptimos.

Palabras clave: trastorno emocional, transdiagnóstico, evitación experiencial, (des)regulación emocional

Abstract

Background: Emotional disorders are highly prevalent and comorbid with each other, causing remarkable suffering and resource consumption. Therefore, there has been an increased interest in investigating their etiology and maintenance, in order to develop effective treatments for these disorders. In this framework, the transdiagnostic perspective has allowed the study of the role played by different transdiagnostic processes related to psychopathology.

Objective: The present review seeks to corroborate the influence of two transdiagnostic variables, experiential avoidance and emotion (dys)regulation, on the development and/or maintenance of emotional disorders. In addition, the relationship between these variables and their association with emotional symptomatology is also examined.

Design: Three databases were used to identify articles between 2012 and 2025, selecting 25 publications.

Results: It is corroborated that both experiential avoidance and emotion (dys)regulation influence the etiology and/or maintenance of emotional disorders. It is also shown that there is a relationship between both variables, without reaching a clear consensus on how this occurs.

Conclusion: Both variables play a role in the etiology and/or maintenance of emotional disorders, although the influence of other transdiagnostic variables needs to be further investigated in order to develop optimal treatments.

Keywords: emotional disorder, transdiagnostic, experiential avoidance, emotional (dys)regulation

Introducción

El sufrimiento y la angustia emocional son inherentes a la condición humana desde el principio de su existencia. Sin embargo, la forma en la que el malestar emocional es concebido y explicado ha ido variando a lo largo de la historia, según la influencia del modelo dominante de la época.

Actualmente, al hacer referencia a los problemas de índole emocional, estos se pueden conceptualizar como diferentes trastornos de ansiedad y/o trastornos depresivos, dependiendo de las características clínicas y teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del manual de clasificación de la época, como el DSM. En esta línea, se estima que el 5% de la población global adulta experimenta un trastorno depresivo (World Health Organization [WHO], 2023), mientras que aproximadamente un 4% padece un trastorno de ansiedad, con una tendencia ascendente en las últimas décadas (WHO, 2023).

Con todo, estos trastornos no se presentan de manera aislada; multitud de trabajos señalan la alta comorbilidad (presencia de criterios suficientes para dos o más diagnósticos en un individuo) que existe entre los trastornos de ansiedad y de depresión. En este sentido, el nivel de coocurrencia de dichos trastornos oscila del 50% al 81% (Brown et al., 2001), es decir, más de la mitad de los individuos diagnosticados de un trastorno de ansiedad o depresión van a presentar otro de manera comórbida.

La alta tasa de comorbilidad entre trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo y la dificultad para establecer los límites entre unos y otros ha llevado a los investigadores a plantear que es más adecuado considerarlos una categoría más amplia en vez de categorías separadas. Así, esta gran categoría se conoce como “trastornos emocionales”, y se caracterizan por la experiencia frecuente e intensa de emociones negativas. Esta vivencia es provocada por la existencia de una reacción aversiva a la propia experiencia emocional, impulsada por la disminución del sentido de control del individuo y una evaluación negativa de la emoción. En este tipo de trastornos, el individuo lleva a cabo esfuerzos para atenuar, escapar o evitar la experiencia emocional, ya sea anticipándose o en respuesta al inicio de un estado emocional negativo (Bullis et al., 2019).

De este modo, se considera que los trastornos emocionales están conformados por los trastornos ansiosos y los depresivos, siendo estos trastornos: de ansiedad generalizada, de

ansiedad social, de pánico, trastorno por agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, y, finalmente, trastorno depresivo mayor y los derivados de este (Barlow, 2011).

Por otro lado, es necesario considerar el impacto a nivel personal, social, económico y sanitario que supone la alta prevalencia de los trastornos emocionales. En referencia a la índole personal y social, los pacientes con un trastorno de ansiedad y otro depresivo comórbido comienzan con la sintomatología a una edad más temprana, presentan mayor gravedad de los síntomas y una mayor cronicidad. Además, tienen más probabilidad de cometer suicidio, presentan un mayor deterioro en el funcionamiento y tienen una peor calidad de vida en general (Lenze et al., 2005).

En referencia al impacto sanitario y económico, se estima que el 49.2% de los casos de Atención Primaria son debidos a los trastornos emocionales, los cuales presentan también una frecuente asociación con diversas enfermedades crónicas. De esta manera, dichos trastornos generan los mayores costes (hasta un 50%) y carga entre los trastornos mentales, constituyéndose como la primera causa de discapacidad. (Ruíz-Rodríguez et al., 2017).

Por tanto, se puede inferir que los trastornos emocionales constituyen un importante problema clínico y social, debido, por un lado, al incremento de su prevalencia y, por el otro, al impacto que provocan sus consecuencias negativas. Estos efectos se dan a nivel personal (peor calidad de vida), a nivel social y laboral (mayores tasas de suicidio y de incapacidad), y para el desarrollo de la economía global (gran empleo de recursos en atención sanitaria y elevados costes).

Con el fin de justificar la selección de las variables y contextualizar el enfoque del presente estudio, resulta de relevancia exponer brevemente la trayectoria de las dos corrientes más influyentes para la comprensión de la psicopatología: la perspectiva centrada en diagnósticos específicos y la perspectiva transdiagnóstica. Además, es necesario poner el foco sobre sus respectivos modelos de clasificación: el enfoque categorial y el dimensional.

Perspectiva centrada en diagnósticos específicos

En las últimas décadas se han intentado clasificar y agrupar los diferentes problemas de salud mental con el fin de establecer una concepción organizada, clara y delimitada de los trastornos mentales, para favorecer la comunicación entre clínicos y la fiabilidad diagnóstica

(Lemos, 2008). A partir de esta premisa, surge el debate acerca de la validez de los dos sistemas nosológicos actuales: por un lado, el enfoque categorial y, por el otro, el enfoque dimensional.

El enfoque categorial se deriva del modelo biomédico, el cual asume como principio fundamental que un trastorno mental es una enfermedad. Siguiendo esta base, las alteraciones psicopatológicas se producirían porque existen anormalidades biológicas subyacentes, es decir, alteraciones cerebrales a nivel estructural o funcional (Lemos, 2008).

Esta orientación biologicista y de nosología categorial conforma la perspectiva centrada en diagnósticos específicos, donde cada trastorno mental constituye una entidad clínica discreta y homogénea. En este sentido, las características clínicas (sintomatología) son concretas y únicas a dicho trastorno, además de presentar una etiología, un curso, un pronóstico y un tratamiento específicos (Belloch et al., 2008). Esta perspectiva se vio reflejada en el DSM-III, que mantiene una posición meramente atórica y descriptiva de síntomas. Define las categorías diagnósticas según los criterios de inclusión y los criterios de exclusión, de modo que cada trastorno mental se diferencia cualitativamente de los demás y de la sintomatología “no clínica”; es decir, cada categoría se conforma a partir de la presencia o ausencia de síntomas (Regier et al., 2013).

En esta línea, según la perspectiva centrada en diagnósticos específicos, existen factores de riesgo específicos para cada trastorno mental, por lo que las intervenciones están diseñadas de manera concreta para cada problema emocional. Esta especificidad da lugar a que se disponga de una amplia gama de diferentes intervenciones para cada trastorno de ansiedad o depresión, con semejantes resultados (Estévez et al., 2015).

Pese a proporcionar una nomenclatura universal y común a la hora de describir los síntomas que facilita la comunicación entre clínicos y científicos, el modelo categorial de la perspectiva centrada en diagnósticos específicos presenta limitaciones importantes. Para empezar, existe una gran evidencia que señala la alta comorbilidad que se da entre trastornos mentales, lo que se constituye como la regla en psicopatología y no la excepción (Kessler y cols., 1994).

Además, existe una elevada tasa de diagnósticos que se etiquetan como “trastorno no especificado”, cuando esta debería ser una categoría residual (Sandín 2013), lo que refuerza la

idea de imprecisión en las categorías diagnósticas a la hora de describir la sintomatología de los pacientes (Reed y Ayuso-Mateos, 2011).

Por otro lado, como explica Jones (2012), los límites de los trastornos mentales son irresolubles, puesto que una persona con un trastorno puede experimentar características clínicas diferentes a otra con el mismo diagnóstico, por lo que las categorías no son del todo homogéneas. En este sentido, como muchos de los problemas de índole emocional no se ajustan a la categoría diagnóstica concreta, resulta complicado aplicar los modelos teóricos e intervenciones diseñadas específicamente para cada trastorno. Asimismo, al existir multitud de tratamientos para cada trastorno, la toma de decisiones en la práctica clínica es difícil (Craske, 2012).

Perspectiva transdiagnóstica

Todas estas limitaciones llevaron a muchos investigadores a focalizar su atención en una forma diferente de entender la psicopatología, proponiendo así el enfoque dimensional. En este enfoque se rechaza la conceptualización categorial de los trastornos psicológicos propia del modelo médico y se entiende que la clasificación de la conducta anormal debe formularse en términos dimensionales (p. ej., neuroticismo) en las que se sitúan a los individuos (Belloch et al., 2008). Por tanto, existe un continuo donde la conducta anormal (psicopatología) se diferencia cuantitativamente de la conducta normal, según el grado de intensidad, lo que permite clasificar también a aquellos individuos con características subclínicas que no encajan en las categorías del DSM (Eysenk, 1983).

La incorporación del enfoque dimensional en la comprensión de la psicopatología impulsó el surgimiento de la perspectiva transdiagnóstica. Desde esta perspectiva, se hipotetiza que existen factores subyacentes asociados al desarrollo y mantenimiento de diferentes problemas emocionales, constituyéndose como factores transdiagnósticos a los diferentes trastornos emocionales (Nolen-Hoekseman y Watkins, 2011). Algunos sistemas de clasificación dimensionales desarrollados desde esta perspectiva son el RDoC y el HiToP (Boettcher et al., 2020).

Por otro lado, esta aproximación supondría un cambio a la hora de desarrollar las intervenciones, puesto que no se aplicarían tratamientos concretos para diagnósticos específicos, sino que las intervenciones estarían enfocadas en modificar aquellos procesos

comunes a los diferentes trastornos. De este modo, un mismo modelo de terapia resultaría accesible para un amplio rango de diagnósticos, sin necesidad de considerar la información específica de cada uno de estos para que el tratamiento sea efectivo (Mansell et al., 2009).

Asimismo, a partir de la aproximación transdiagnóstica se han desarrollado protocolos de intervención validados empíricamente que pueden ser empleados con diferentes trastornos emocionales, lo que concede diversas ventajas. Para empezar, la existencia de estos protocolos facilita la toma de decisión clínica respecto a la elección de la intervención psicológica, ya que limita el número de posibles intervenciones validadas. En segundo lugar, se favorece la implementación del tratamiento transdiagnóstico en grupos heterogéneos, es decir, en grupos conformados por personas con diferentes trastornos emocionales, lo que permite reducir los costes y facilitar el acceso al tratamiento psicológico en el ámbito de la salud pública (Clark y Taylor, 2009). Finalmente, puesto que el tratamiento transdiagnóstico va dirigido a los procesos subyacentes que generan diferentes manifestaciones emocionales (p. ej., ansiedad, tristeza, ira, etc.), puede servir de ayuda a los pacientes en el manejo de otros problemas comórbidos al diagnóstico principal. Por tanto, esta aproximación podría resultar prometedora en la prevención de recaídas e, incluso, en la prevención de los problemas emocionales (McEvoy et al., 2009).

Con todo, la aproximación centrada en diagnósticos específicos y la perspectiva transdiagnóstica no son excluyentes entre sí, sino que pueden complementarse mediante un modelo híbrido. En este sentido, primero se valoran las características o rasgos principales mediante términos categoriales (cualitativos) y después se diferencian cuantitativamente dichos rasgos a través de dimensiones, representando así diversos grados de relevancia clínica (Mansell et al., 2009).

Teniendo en cuenta las limitaciones de la perspectiva centrada en diagnósticos específicos y las ventajas de la perspectiva transdiagnóstica, el presente trabajo se centra en el estudio de variables transdiagnósticas que pueden estar ejerciendo un papel subyacente en la etiología y mantenimiento de los diferentes trastornos emocionales.

Variables transdiagnósticas

En los últimos años, la perspectiva transdiagnóstica ha adquirido mayor interés debido a la creciente evidencia científica centrada en conocer y analizar las variables o procesos

explicativos comunes que subyacen a los diferentes trastornos emocionales. De acuerdo con Mansell et al. (2009), para que las variables puedan ser consideradas “transdiagnósticas”, deben cumplir los siguientes criterios: ser medibles tanto en muestras clínicas como no clínicas, ir más allá de los límites diagnósticos, y participar en el desarrollo y mantenimiento de varias clases de trastornos. En este sentido, los expertos se han focalizado en desarrollar intervenciones transdiagnósticas con el fin de abordar explícitamente cada una de las variables compartidas en la terapia y facilitar, así, el cambio transversal en diferentes trastornos emocionales. Teniendo en cuenta lo anterior, revisiones como las de Harvey et al. (2004) y Clark y Taylor (2009) han intentado identificar las variables transdiagnósticas a los trastornos emocionales (aunque la lista de ellas continúa expandiéndose a medida que se investiga en este ámbito). Algunas de estas variables son: evitación experiencial, pensamiento negativo repetitivo, regulación, emocional, creencias metacognitivas, sesgo atencional, perfeccionismo, intolerancia a la incertidumbre, afecto negativo, etc... (Schaeuffelle et al., 2020).

El presente trabajo se centrará en dos de las variables señaladas: la evitación experiencial y la regulación emocional. Estas variables han sido seleccionadas porque existen numerosos estudios (e.g., Harvey et al., 2004) que las presentan como factores de vulnerabilidad general a la psicopatología, por lo que es probable que puedan desempeñar un papel relevante en la etiología y mantenimiento de los diferentes problemas emocionales. En este sentido, resulta de interés analizar en profundidad este rol para poder alcanzar un mayor entendimiento de estos procesos, de su relación con la psicopatología y de los propios trastornos emocionales.

Evitación experiencial como variable transdiagnóstica

Siguiendo la definición elaborada por Hayes et al. (1996), la evitación experiencial consta de dos partes relacionadas entre sí: por un lado, hace referencia a la resistencia de la persona a mantenerse en contacto con sus experiencias internas aversivas (incluyendo sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos y predisposiciones conductuales); y por el otro, a las acciones que lleva a cabo dicha persona para alterar la forma o frecuencia de estas experiencias, y los contextos que las ocasionan.

Debido a que la resistencia hacia las propias experiencias y las acciones que se ejecutan para evitarlas dependen en gran parte del contexto donde se originan, existen diferentes estrategias de evitación dentro de las situaciones estresantes. Así, la evitación experiencial

abarca desde estrategias cognitivas como la distracción, la rumiación, la reevaluación cognitiva o la supresión de pensamiento, hasta la evitación conductual y la huida (Chambers et al., 2009). Los ejemplos clásicos de estrategias de evitación conductual más perjudiciales incluyen el consumo excesivo de alcohol, el uso de drogas o el comportamiento sexual de alto riesgo (Hayes et al. 1996).

Una vez descrito el constructo de evitación experiencial, surge la siguiente pregunta, ¿por qué las personas emplean la evitación experiencial como estrategia de afrontamiento? Para dar respuesta a esta cuestión, se parte de una perspectiva evolutiva sobre la funcionalidad de esta variable para el ser humano, destacando dos aspectos.

En primer lugar, la evitación experiencial como estrategia de afrontamiento no es un proceso innato, sino que se adquiere y refuerza socialmente (Hayes y Wilson, 1994) a partir de la consideración de determinadas emociones como “buenas” o “malas”. Así, los individuos automatizan este proceso como respuesta a emociones concretas (generalmente negativas), lo que les puede privar de la oportunidad de aprender habilidades importantes para regular y expresar emociones (Malicki y Ostaszewski, 2014).

En segundo lugar, los seres humanos están evolutivamente motivados a evitar el afecto negativo, ya que evitando esas señales de peligro tienen más posibilidades de eludir un daño físico real. Así, cuando un individuo vivencia momentos de dolor y sufrimiento, experimenta un espectro de emociones desagradables, por lo que busca la forma de evitar ese malestar emocional. En este contexto, el empleo de las estrategias de evitación experiencial puede tener un valor adaptativo para la persona, puesto que a través de este proceso se facilita la evasión de experimentar eventos internos desagradables (Hayes et al., 1996).

Sin embargo, aunque parece que esforzarse por esconder o inhibir pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales desagradables puede aliviar la angustia a corto plazo y ser adaptativo para el individuo, paradójicamente, esos esfuerzos exacerban la frecuencia y malestar de estas propias experiencias durante periodos de tiempo más largos (Campbell-Sills et al., 2006), además de generar una sensación de inautenticidad y desconexión con uno mismo (John y Gross, 2004).

Por ello, la evitación experiencial se convierte en un proceso desadaptativo (y peligroso) porque se aplica de manera rígida e inflexible, de modo que se dedica gran tiempo, esfuerzo y

energía en gestionar, controlar o luchar contra estos eventos privados no deseados. Al evitar experiencias, la persona se distancia de esas condiciones de vida que son relevantes para ella, impidiendo que se lleven a cabo cambios que podrían y deberían ocurrir. A su vez, la lucha contra estas experiencias dificulta el avance hacia metas valoradas, disminuye el contacto con los eventos internos presentes y, por tanto, produce un deterioro en el funcionamiento en las diferentes áreas de la vida. Como consecuencia, el malestar psicológico y emocional se incrementa, quedando la persona atrapada en un ciclo de evitación (Kashdan et al., 2006). En este sentido, la evitación emocional crónica interfiere con el placer de la persona de estar completamente inmersa en cualquier actividad, lo que resulta en que esta experimente cada vez menos sucesos positivos y las emociones positivas se presenten más atenuadas (Gross y John, 2003).

Teniendo en cuenta lo anterior, se plantea que, tanto la resistencia a mantener el contacto con las experiencias internas evaluadas negativamente, como los intentos crónicos de alterar la forma de estas o los contextos en las que surgen, pueden contribuir de manera más significativa al desarrollo de la psicopatología que el contenido (intensidad, frecuencia, valencia negativa...) en sí mismo de las experiencias emocionales internas (Hayes et al., 1999).

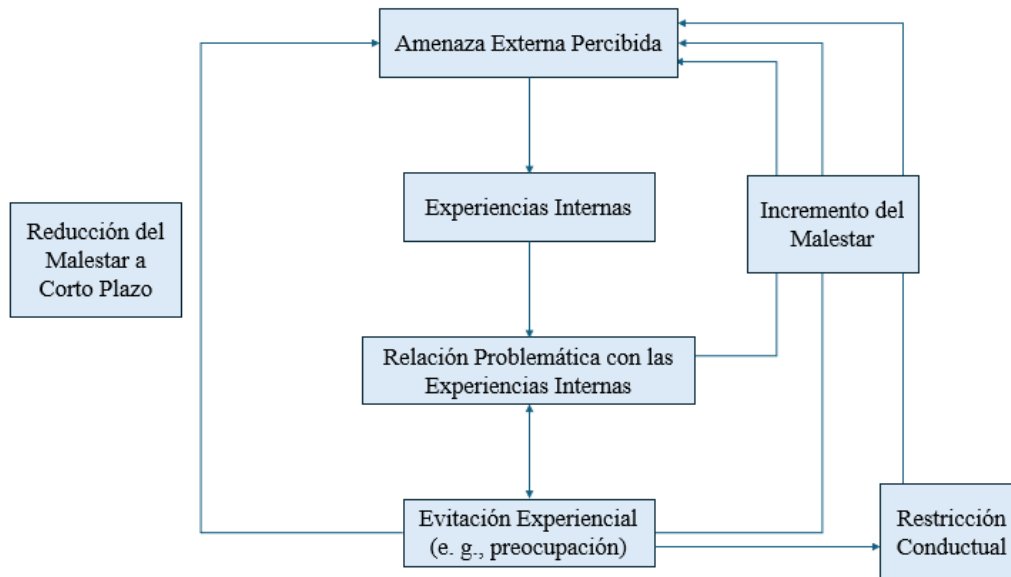
Una vez descrita esta variable y los mecanismos por los que actúa resulta relevante exponer brevemente los modelos y estudios que la han sustentado como un proceso importante en la psicopatología. Siguiendo los supuestos del Modelo de Evitación de la Preocupación de Borkovec (1994) para el TAG, Hayes et al., (1996) publican una revisión de gran repercusión para el ámbito académico, donde se describen el constructo de evitación experiencial y se recaba toda la información disponible hasta el momento acerca de esta variable y su relación con la diferente psicopatología, así como con las terapias que se focalizan en su intervención.

De acuerdo con estos autores, la psicopatología es el resultado de intentos fallidos de controlar o reducir las experiencias internas desagradables. Esta conceptualización se basa en que los seres humanos aprenden relaciones bidireccionales entre estímulos. Una vez que los individuos emparejan un estímulo externo con una respuesta interna, pueden tener la misma reacción emocional ante pensamientos sobre ese estímulo en concreto. Como consecuencia, con el transcurso del tiempo, estos pensamientos acerca del estímulo externo y la reacción emocional se convierten en señales de amenaza para la persona, por lo que esta lleva a cabo esfuerzos para evitar tanto el suceso desagradable como la representación simbólica de este

(Hayes, et al., 1996). En esta línea, las estrategias de evitación deliberada que emplea la persona suelen ser verbales e implican el elemento evitado. Por ejemplo, al pensar “No voy a pensar sobre consumir heroína hoy”, el propio pensamiento incluye la representación simbólica de consumir heroína, por lo que el elemento evitado puede, en realidad, volverse más accesible y tener más probabilidades de influir en la cognición y en el comportamiento posteriores (Wenzlaff y Wegner, 2000).

Además, incluso aunque las estrategias de evitación fuesen efectivas, pueden provocar problemas secundarios. Por un lado, pueden desembocar en que la persona lleve a cabo un estilo de vida severamente restringido, como realizar esfuerzos agorafóbicos para prevenir los ataques de pánico. Por el otro, estas estrategias evitativas pueden ocasionar una incapacidad para adaptarse a los cambios, como puede ser procesar la muerte de un ser querido o adaptarse a los cambios de etapa vitales (Hayes et al., 1996).

En esta línea, Roemer y Orislo (2005) partiendo del Modelo de Evitación de la Preocupación de Borkovec (1994) y de lo postulado por Hayes et al. (1996), proponen el Modelo Basado en la Aceptación para el TAG. Este modelo incluye cuatro componentes: las experiencias internas, la relación problemática con estas experiencias internas, la evitación experiencial y la conducta restrictiva (Figura 1). Estos autores sugieren que los individuos con TAG reaccionan más negativamente hacia sus propias experiencias internas y, además, las consideran permanentes, por lo que emplean la evitación experiencial como estrategia para eludirlas. Esta evitación reduce el malestar a corto plazo; sin embargo, a largo plazo, se refuerza la restricción conductual, puesto que el individuo se involucra menos en actividades que considera valiosas (ya sea participando con menos frecuencia o estando menos consciente durante su vivencia). A su vez, esta restricción resulta en un aumento del malestar, lo que puede desencadenar en más experiencias internas negativas, perpetuándose así el ciclo (Behar et al., 2009).

Figura 1*Modelo Basado en la Aceptación (Roemer y Orsillo, 2005)*

Considerando lo anterior, se infiere que el uso de la evitación experiencial como patrón rígido e inflexible de comportamiento lleva a episodios más frecuentes e intensos de sufrimiento psicológico e interferencia con las actividades de la vida significativas (Kashdan, et al., 2006).

En esta línea, estudios de laboratorio han demostrado que la evitación experiencial amplifica la sintomatología ansiosa, tanto en individuos con historial de trastornos relacionados con la ansiedad como sin ella (Chawla y Ostafin, 2007), por lo que no es simplemente un concomitante o consecuencia de la patología relacionada con la ansiedad, sino que es una vulnerabilidad psicopatológica para la patología de ansiedad. Asimismo, en relación con la depresión, los enfoques teóricos sugieren que la evitación experiencial altera la experiencia emocional de un individuo, aumentando así el malestar psicológico y exacerbando los síntomas depresivos, incluso con niveles subclínicos (Hayes et al., 2004).

Teniendo en cuenta lo expuesto, al considerarse la evitación experiencial un factor de vulnerabilidad transdiagnóstico y, por ende, común a diversos trastornos, ha aumentado el interés en idear intervenciones que la tengan como objetivo de análisis y modificación, desde una perspectiva transdiagnóstica. En este contexto, los investigadores han desarrollado terapias centradas en dos aspectos. Por un lado, en la aceptación incondicional por parte de la persona de sus experiencias negativas sin que esta realice esfuerzos por controlarlas, donde destaca la Terapia de Aceptación e Compromiso (ACT; Hayes et al., 1999); y, por el otro, intervenciones

centradas en la experimentación de las situaciones de la vida con una mayor conciencia (Chawla y Ostafin, 2007), las cuales incluyen el entrenamiento en habilidades de atención plena o “mindfulness”, como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Teasdale et al., 1995).

Por otro lado, con el fin de conocer en qué medida un individuo emplea la evitación experiencial como estrategia de afrontamiento habitual, se han ido elaborando instrumentos capaces de medir este constructo de manera óptima. Dentro de los cuestionarios validados empíricamente, dos son los más empleados: el AAQ-II (Bond et al., 2011) y el MEAQ (Gámez et al, 2011).

Regulación emocional como proceso transdiagnóstico

Para alcanzar a entender en qué consiste la regulación emocional como proceso, resulta relevante revisar brevemente en qué consiste una “emoción”. Desde una perspectiva funcionalista, las emociones habitualmente son respuestas adaptativas a los problemas a los que se enfrentan las personas, de modo que traducen la información en una experiencia interna (incluso sin que el individuo sea consciente) para ayudar a identificar y alcanzar las metas, a la vez que se interactúa con el entorno. (Gross & Thompson, 2007).

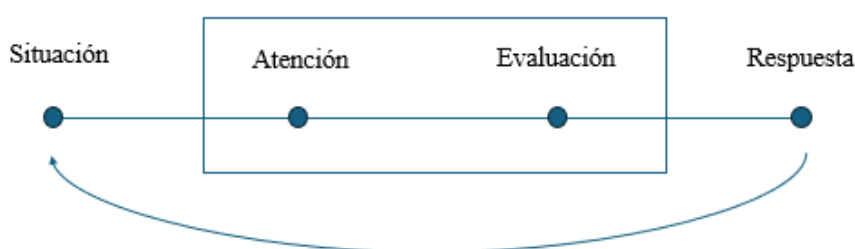
Con todo, aunque las emociones habitualmente resultan útiles, también pueden resultar perjudiciales. Las emociones se vuelven problemáticas cuando no son elegidas correctamente u ocurren en un contexto inapropiado, son demasiadas intensas, o cuando presentan una duración demasiado larga. En esos momentos, un individuo puede intentar influir o alterar las respuestas emocionales que se están desarrollando (Werner y Gross, 2009).

En esta línea y con el fin de alcanzar un acuerdo, los investigadores han establecido las características definitorias de una respuesta emocional prototípica, aunque no se dan necesariamente en cada una de las emociones. Estas características son las siguientes: (1) existe un desencadenante interno o externo que activa la emoción, (2) este desencadenante es atendido y (3) evaluado (según su familiaridad, valencia y relación con los objetivos del momento), (4) se produce una respuesta emocional elaborada (que implica un conjunto coordinado de respuestas experienciales, conductuales y fisiológicos) y, (5) dicha respuesta emocional es maleable, es decir, no sigue necesariamente un curso fijo e inevitable. Este último aspecto de la emoción es el más crucial para que se dé la regulación emocional (Werner y Gross, 2009).

Estas características centrales de la emoción se enfatizan en diferentes teorías y se describen en el Modelo Modal de la emoción, actualizado por Gross y Thompson (2007). En la Figura 2 se esquematiza el modelo desde que se da la situación desencadenante hasta la respuesta emocional provocada. Asimismo, las respuestas emocionales a menudo cambian la situación que les dio lugar inicialmente, por lo que el modelo muestra cómo la respuesta retroalimenta (y modifica) la situación (Gross y Thompson, 2007).

Figura 2

Modelo Modal de la Emoción, actualizado por Gross y Thompson (2007)



Una vez expuesto en qué consiste una emoción y los pasos que mantiene una respuesta emocional prototípica, es necesario realizar el análisis de la variable objeto de este estudio, la regulación emocional. Para ello, se realizará un breve recorrido de los modelos que más han influido a la hora de explicar este proceso y su relación con la psicopatología.

Al igual que en el caso de la “emoción”, existen multitud de definiciones de diversos autores para explicar la regulación emocional. Destaca la definición elaborada por Thompson (1994), donde la regulación emocional “consiste en los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características intensivas y temporales, para lograr los objetivos de una persona”. Así, para que la persona lleve a cabo la regulación emocional, es necesario que realice tanto un proceso de auto-control emocional como unas evaluaciones cognitivas de la experiencia emocional. Estas evaluaciones, en conjunto con los objetivos emocionales de la persona en ese contexto, facilitan la respuesta emocional y su manejo (Thompson y Goodman, 2009).

Con el fin de conceptualizar y organizar el abrumador número de procesos implicados en la regulación emocional, Gross (1998) ha propuesto un modelo temporal de regulación emocional, el cual distingue estrategias en función del momento en el que tienen su impacto principal en el proceso generador de respuestas. Este momento puede ser antes de la respuesta

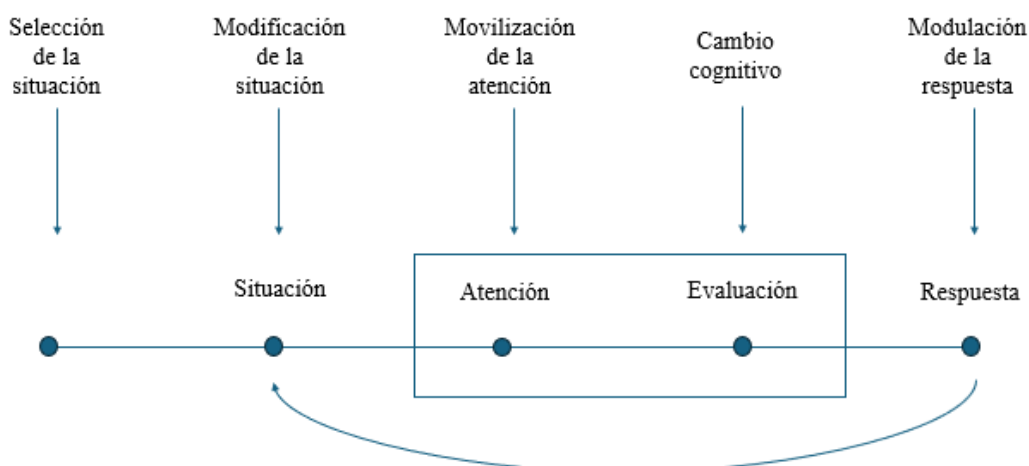
(centradas en el antecedente) o después de esta (estrategias centradas en la respuesta) (Werner y Gross, 2009).

De este modo, Gross (1998) emplea la línea temporal de la respuesta emocional, esquematizada en su Modelo Modal, para ubicar en ella los cinco grupos de estrategias específicas (Figura 3) de regulación emocional (Werner y Gross, 2009). El primer proceso del modelo es la **selección de la situación**, la cual hace referencia a la elección de entrar o no en una situación potencialmente elicitadora de la emoción. Concretamente, implica decidir acercarse o evitar a ciertas personas, lugares o actividades para regular la emoción. Una vez que se ha seleccionado una, tiene lugar el proceso de **modificación de la situación** para modificar su impacto emocional. Es necesario tener en cuenta que las situaciones presentan muchos aspectos diferentes, por lo que se da la **movilización de la atención** para elegir los aspectos en los que uno quiere focalizarse. Por ello, cuando la persona ya se ha centrado en un aspecto particular de la situación, se produce el **cambio cognitivo**, el cual se refiere a cambiar la forma en la que se construye el significado de la situación. Estos primeros cuatro grupos de estrategias de regulación emocional se inician antes de que se produzca la respuesta emocional y, por tanto, están centradas en el antecedente (Werner y Gross, 2009).

En contraste, la **modulación de la respuesta** alude a los intentos de influir en las tendencias de respuesta emocional (p. ej., gestos faciales) una vez que han sido provocadas, por lo que es una estrategia de regulación emocional centrada en la respuesta (Werner y Gross, 2009).

Figura 3

Modelo del proceso de la regulación emocional de Gross (1998)



Así, en el intento de gestionar las emociones no deseadas, cada una de estas familias de estrategias de regulación emocional pueden ser utilizadas de manera adaptativa o desadaptativa, según el contexto y los objetivos del individuo (Werner y Gross, 2009).

La regulación emocional es desadaptativa cuando no cambia la respuesta emocional de la forma deseada o cuando los beneficios de los cambios emocionales a corto plazo perjudican a la persona a largo plazo (Werner y Gross, 2009). En este sentido, la regulación emocional ineficaz puede ocurrir de muchas maneras. Pueden surgir dificultades cuando las emociones son demasiado intensas, cuando las estrategias de regulación emocional aún no se han desarrollado, o cuando dichas estrategias se implementan de forma inapropiada, inflexible e insensible al contexto, sin estar alineadas con los objetivos personales a largo plazo (Werner y Gross, 2009).

Otra fuente de dificultad se da cuando las personas no permiten que su respuesta emocional primaria continúe su curso, sino que la suprimen y resisten (p. ej., pensar “No está bien que me sienta enfadado con mi madre enferma”), generándose una respuesta emocional secundaria desadaptativa (p. ej., culpa) (Werner y Gross, 2009). Mennin et al. (2005) señalan que la creación de las respuestas secundarias proviene de emociones que son experimentadas como generadoras de ansiedad, lo que se refleja en procesos atencionales rígidos, falta de aceptación y la activación de creencias negativas sobre las emociones.

Se infiere, por tanto, que para que la regulación emocional resulte adaptativa requiere una modulación flexible y sensible al contexto de la emoción para cumplir con los objetivos a largo plazo (Barrett et al., 2001). Para ello, dicha regulación, generalmente involucra los siguientes pasos (Werner y Gross, 2009): (1) no reaccionar inmediatamente, sino hacer una pausa para controlar selectivamente el comportamiento, (2) reconocer la emoción que se experimenta, (3) decidir el grado de controlabilidad sobre la emoción y la situación, y, finalmente, (4) actuar en línea con los objetivos personales a largo plazo.

En esta línea, el modelo integrador de Gratz y Roemer (2004) sugiere que, para procesar y gestionar eficazmente las respuestas emocionales, se debe: (1) poseer conciencia emocional, (2) tener comprensión, (3) aceptar las emociones sin juicio, (4) inhibir los impulsos congruentes con el estado de ánimo, (5) involucrarse en un comportamiento eficaz dirigido a metas, y (6) ser capaz de acceder y aplicar estrategias de regulación emocional a través de contextos y

estados de ánimo. Desde esta perspectiva, un déficit en cada una de las seis habilidades mencionadas constituye una desregulación emocional (Berman et al., 2018), al igual que el empleo de estrategias desadaptativas para el afrontamiento, aunque la capacidad del individuo de ejecutarlas permanezca intacta (Cicchetti et al., 1995).

Una vez consideradas las formas en las que la regulación emocional puede ser desadaptativa para los individuos, surge la necesidad de analizar el papel que desempeña dicha regulación respecto a la psicopatología. Al inicio del presente estudio se hacía referencia a los diferentes trastornos de ansiedad y del estado de ánimo como “trastornos emocionales”. Teniendo en cuenta esta etiqueta, estos trastornos se definen principalmente en base a emociones perturbadoras y, en consecuencia, pueden percibirse como el resultado de las dificultades en la regulación de dichas emociones (Campbell-Sills y Barlow, 2007). Diversos teóricos argumentan que las personas que no pueden manejar de manera efectiva sus respuestas emocionales a los eventos cotidianos, experimentan períodos más largos y severos de malestar emocional, pudiendo evolucionar hacia diagnósticos de trastornos depresivos y/o ansiosos (Mennin et al., 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Por el contrario, los modelos teóricos asocian la regulación emocional exitosa con buenos resultados en la salud, así como con la mejora en las relaciones, el rendimiento académico y el laboral (John and Gross, 2004).

Asimismo, a lo largo de los años, diferentes modelos teóricos (Mennin y Farach, 2007) proponen diversas estrategias individuales de regulación emocional como factores protectores o factores de riesgo de la psicopatología. Dentro de los factores protectores, tres estrategias son consideradas adaptativas en una variedad de contextos: la reevaluación, la resolución de problemas y el mindfulness. La reevaluación consiste en generar interpretaciones benignas o positivas de una situación estresante como una forma de reducir el malestar (Gross, 1998). El influyente modelo de regulación emocional de Gross (1998), anteriormente expuesto, destaca que el empleo de la reevaluación para el manejo de emociones está asociado con niveles más elevados de afecto positivo y menores de afecto negativo, además de menor presencia de síntomas depresivos y mayor autoestima, satisfacción con la vida y bienestar (Gross y John, 2003). De hecho, se considera que los procesos de evaluación desadaptativos están en el núcleo de la depresión y la ansiedad, según varios modelos (Salkovskis, 1998) y, por ende, las terapias cognitivo-conductuales para la depresión y la ansiedad se centran en enseñar habilidades de reevaluación (Beck et al., 1979).

Otra estrategia de regulación emocional habitualmente adaptativa es la resolución de problemas. Las respuestas de resolución de problemas son intentos conscientes de cambiar una situación estresante o contener sus consecuencias y, aunque no son intentos directos de regular las emociones, pueden tener efectos beneficiosos sobre estas al modificar o eliminar estresores. De este modo, una baja orientación hacia la resolución de problemas o habilidades deficientes en este ámbito se han asociado con depresión (Billings y Moos, 1981) y ansiedad (Chang et al., 2004), entre otros. Por ello, el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas es un componente esencial de las terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de estos trastornos (Beck et al., 1979).

Más recientemente, ha habido un interés creciente en el papel de la atención plena o “mindfulness” para la regulación emocional adaptativa (Gratz y Roemer, 2004); concretamente, en el componente de aceptación y no crítica de las emociones. En este sentido, la atención plena ha sido conceptualizada como una conciencia no elaborativa, no crítica y centrada en el presente, en el cual los pensamientos, sentimientos y sensaciones se aceptan tal y cómo son (Segal et al., 2002). La investigación ha demostrado que los bajos niveles de aceptación están presentes en muchos trastornos, por lo que se ha integrado a diferentes terapias psicológicas, como en la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 2004).

Respecto a los factores de riesgo para el desarrollo de la psicopatología, destacan varias estrategias de regulación emocional desadaptativas: la supresión, la rumiación, la evitación y la distracción. Siguiendo el modelo de Gross (1998), la supresión se refiere a los esfuerzos por inhibir la expresión emocional y su conducta y, aunque teóricamente se emplea para intentar disminuir la experiencia emocional, paradójicamente parece aumentar la excitación fisiológica y las emociones negativas en personas saludables (Gross y John, 2003) y en personas con ansiedad (Amstadter, 2008). Además, la supresión habitual de emociones positivas puede tener consecuencias interpersonales, en tanto que disminuye la afiliación y cercanía (Werner y Gross, 2009). La supresión es una forma especial de evitación experiencial que tiene propiedades y consecuencias únicas. Mientras que la evitación experiencial puede ocurrir en cualquier momento anterior o durante el despliegue de una respuesta emocional, la supresión se refiere a los esfuerzos por evitar una vez que ya ha comenzado la respuesta emocional (Salters-Pedneault et al., 2009).

Relacionada con la supresión, Gross (1998) incluye también, dentro del modelo, la evitación como estrategia desadaptativa. La evitación puede dividirse en una parte cognitiva y en una parte conductual. La evitación cognitiva se refiere propiamente a la evitación experiencial, que se entendía como la resistencia de un individuo a experimentar eventos internos desagradables. Cabe recordar que son los esfuerzos por escapar de estos sucesos los que acaban por provocar el incremento de malestar emocional, paradójicamente (Hayes et al., 2004).

La evitación de la experiencia puede darse, entre otros, por medio de la distracción, que consiste en redirigir la atención a aspectos no emocionales de la situación o “desconectarse” mentalmente de esta por completo (Rothbart y Sheese, 2007). A priori, la distracción puede tratarse de una táctica adaptativa cuando se emplea en contextos y condiciones específicas, sin embargo, cuando la distracción es automática y crónica, impide la capacidad de habituarse a un estímulo temido y aprender que algunos de estos son neutrales o no amenazantes (Werner y Gross, 2009).

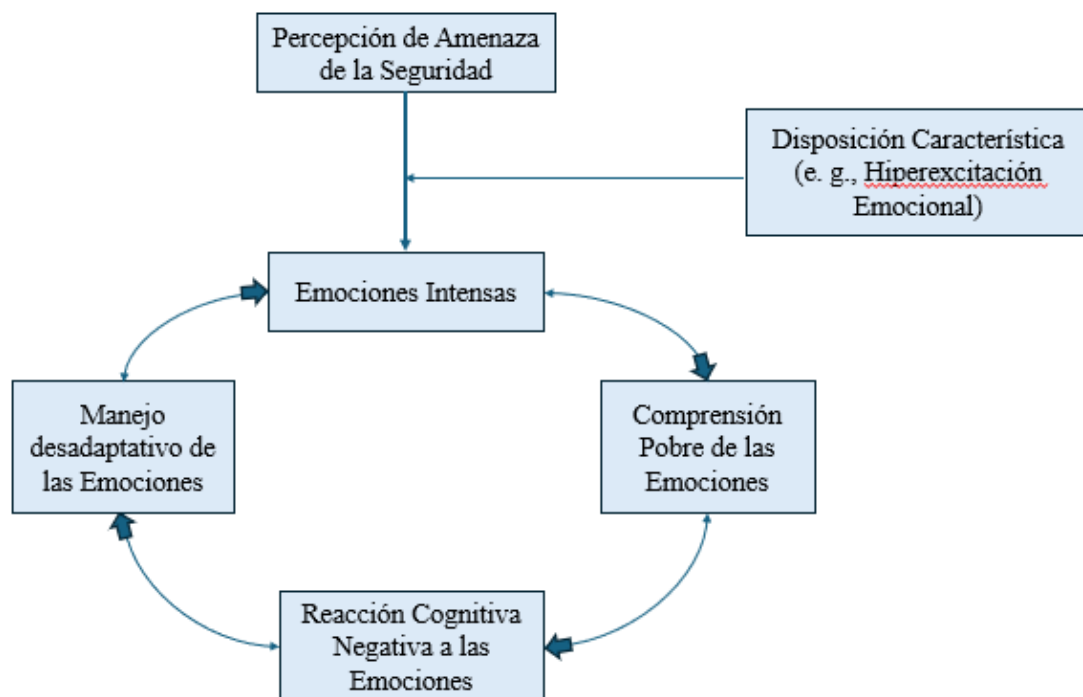
Finalmente, en lugar de evitar o suprimir pensamientos y estados de ánimo negativos, algunas personas se enfocan repetidamente en sus experiencias, con sus causas y consecuencias (Nolen-Hoeksema et al., 2008), lo que se conoce como rumiación. La rumiación implica atender y evaluar los pensamientos y sentimientos asociados con eventos pasados; más específicamente, involucra un enfoque atencional repetitivo sobre las emociones asociadas con eventos negativos, además de una evaluación negativa de sus consecuencias. A menudo, las personas piensan que la rumiación es positiva porque les ayuda a entender y resolver problemas (Papageorgiou y Wells, 2003); sin embargo, está negativamente relacionada con la resolución de problemas, ya que interfiere en el proceso y puede llegar a atrapar a las personas en la indecisión (Ward et al., 2003). Además, la rumiación sobre eventos negativos se ha asociado también con niveles elevados de emoción negativa (Vassilopoulos, 2008).

En esta línea, la preocupación, que es similar a la rumiación, pero orientada al futuro para la anticipación de eventos negativos, también es un enfoque atencional problemático en los trastornos de ansiedad. Así, cuando la atención se centra en posibles amenazas futuras, puede tener el efecto de aumentar la ansiedad y disminuir el procesamiento de las emociones negativas, según lo explicado por Brokovec et al., (1994).

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, empezó a aumentar el interés en conocer los procesos subyacentes y coordinados por los que la regulación emocional se implica en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos. Por ello, al igual que los investigadores formularon modelos teóricos para el TAG implicando la evitación experiencial, Mennin et al. (2005) postularon la desregulación emocional como el elemento central de su modelo, el Modelo de Desregulación Emocional (EDM; Mennin et al., 2005), constituido por cuatro componentes principales (ver Figura 4): la hiperexcitación emocional, la pobre comprensión emocional, las actitudes negativas hacia las emociones y el empleo de estrategias desadaptativas. Según estos autores, las personas con TAG presentan un bajo umbral para experimentar emociones, por lo que las vivencian de forma intensa, rápida y frecuente. A la vez, estos individuos presentan déficits para describir y acceder a información útil transmitida por las emociones, lo que les lleva a presentar una actitud negativa hacia estas. En respuesta, realizan intentos fallidos o desadaptativos de minimizar las emociones o de sobrecontrolarlas, generándose una expresión inapropiada de la emoción. Esta sucesión también ocurre en sentido contrario, de modo que las estrategias desadaptativas de regulación emocional elegidas conducen a un aumento de la emoción negativa, dando lugar a un ciclo bidireccional de disfunción emocional y afecto negativo (Mennin et al., 2005).

Figura 4

Modelo de Desregulación Emocional de Mennin et al. (2005)



Tomando en consideración la cantidad de evidencia que propone la (des)regulación emocional como factor de vulnerabilidad de la diferente psicopatología emocional, se han elaborado intervenciones que emplean enfoques transdiagnósticos. En esta línea, Barlow et al. (2011), desarrollaron el Protocolo de Tratamiento Unificado (UP), el cual tiene como objetivo conocer los mecanismos por los que el proceso de regulación emocional se hace desadaptativo a través de los trastornos emocionales, para intervenir sobre estos mecanismos

Otra intervención que ha mostrado ser de utilidad para esta variable es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes y Strosahl, 2004). Asimismo, terapias basadas en el mindfulness también pueden considerarse útiles en cuanto que promueven la aceptación incondicional de las emociones experimentadas (Segal et al., 2002).

Por otro lado, se han desarrollado diversos instrumentos asociados a la (des)regulación emocional, según el objetivo a medir en cuanto a esta variable. En este sentido, Gratz y Roemer (2004) elaboraron la escala Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) con el fin de medir las seis dimensiones propias de la desregulación emocional, siendo estas: la no aceptación de las respuestas emocionales, las dificultades para involucrarse en comportamientos dirigidos a metas y para controlar los impulsos, la falta de conciencia de las emociones y de claridad emocional, y el acceso limitado a estrategias para una regulación emocional eficaz.

Otro instrumento ampliamente utilizado es el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ; Gross y John, 2003), eficaz para verificar las diferencias individuales en el uso sistemático de estrategias de regulación. Este cuestionario se centra en dos modalidades de estrategias de regulación emocional, la reevaluación cognitiva y la supresión emocional. Otros cuestionarios pueden ir dirigidos a otras estrategias, como el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Meyer et al., 1990) para medir la preocupación o el Ruminative Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991) para la rumiación.

Interacción entre regulación emocional y evitación experiencial

Si bien modelos como el de Gross (1998) presentan la evitación experiencial como una estrategia dentro de la regulación emocional, otros autores le otorgan un rol más individualista y relevante. En este caso, Boulanger et al. (2009) postulan que es más adecuado concebir la evitación experiencial como una *función* de la regulación emocional por presentar características distintas e inusuales, las cuales aportan un mayor valor clínico que la mayoría

de los estilos de afrontamiento y estrategias de regulación emocional descritos y medidos en la literatura psicológica. De este modo, numerosos estudios han puesto en manifiesto que, en realidad, la evitación experiencial es la responsable de mediar el impacto de diversas estrategias de regulación emocional (e.g., Tull y Gratz, 2008), así como de mediar los efectos de factores estresantes biológicos (p. ej., dolor físico o lesiones), factores temperamentales (p. ej., alta reactividad emocional), y factores estresantes psicosociales.

Por tanto, un enfoque funcional y contextual del constructo de evitación experiencial ayuda a explicar, desde un punto de vista teórico, su distintividad como concepto psicológico en comparación con las estrategias de regulación emocional definidas de manera más topográfica (Boulanger et al., 2009)

Por otro lado, considerando que existen otras variables o procesos implicados en el desarrollo y mantenimientos de los trastornos emocionales, como la intolerancia a la incertidumbre, el neuroticismo o la metacognición, es probable que tanto la evitación experiencial como la regulación emocional interactúen con estas. Por ello, resulta de interés, para enriquecer el conocimiento sobre estas variables y dichos trastornos, conocer cómo se dan estos mecanismos de interacción en futuras investigaciones.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, ambas variables resultan estar estrechamente relacionadas, hasta el punto de que la evitación experiencial parece desempeñar un rol mediador entre las estrategias de regulación emocional y la diferente psicopatología. Esta interacción puede tener implicaciones futuras importantes a la hora de diseñar intervenciones transdiagnósticas, puesto que al trabajar con ellas de manera conjunta se podrían obtener resultados más eficaces que trabajando con ellas individualmente.

Así, en el presente trabajo se planteará y describirá la relación e interacción entre las dos variables objeto de estudio: la evitación experiencial y la regulación emocional. Ambas variables proceden de modelos teóricos diferentes, aunque ya han sido explicadas y comparadas conjuntamente en la literatura psicológica existente, como en el caso del modelo de Gross (1998), anteriormente descrito.

Justificación y objetivos

Los trastornos emocionales constituyen actualmente un problema a nivel mundial por su alta prevalencia, por ser muy comórbidos y por llegar a ser incapacitantes en un significativo porcentaje de población. Por ello, se considera que causan un gran sufrimiento a nivel personal y social, consumiendo muchos recursos del sistema y provocando una peor calidad de vida en los individuos.

A partir de esta situación, resulta relevante investigar sobre dichos trastornos para poder comprender su etiología y mantenimiento, de manera que se puedan desarrollar intervenciones destinadas a su tratamiento y a su prevención. En esta línea, surge la perspectiva transdiagnóstica, y con ella el interés en el estudio de los procesos subyacentes implicados en los diferentes trastornos emocionales.

Tomando en consideración las necesidades expuestas anteriormente, a continuación, se formularán los objetivos del presente trabajo de revisión bibliográfica. El primer objetivo general consiste en corroborar la influencia de la evitación experiencial y la regulación emocional sobre la etiología y/o mantenimiento de los trastornos emocionales.

Derivado de este primer objetivo general, se plantean dos objetivos específicos:

- 1- Comprobar si existe una asociación y relación de causalidad entre la evitación experiencial y/o la regulación emocional y los trastornos emocionales.
- 2- Comprobar si la intervención sobre la evitación experiencial y/o sobre la regulación emocional da lugar a una mejoría de los trastornos emocionales.

Por otro lado, considerando que ambas variables están estrechamente relacionadas y es probable que se produzca una interacción entre ellas, con unas consecuencias, el segundo objetivo general propuesto consiste en examinar la relación entre la evitación experiencial y las estrategias de regulación emocional, y su relación con la sintomatología emocional.

Método

Estrategia de Búsqueda y Criterios de Selección

El siguiente apartado recoge los criterios metodológicos empleados para la realización de la presente revisión sistemática, cuya temática se centra en conocer el papel que desempeñan dos variables transdiagnósticas en la etiología y mantenimiento de los trastornos emocionales. A continuación, se describe el proceso de búsqueda bibliográfica y de selección de artículos que tuvo lugar para su elaboración, siguiendo las instrucciones establecidas en la declaración PRISMA (Page et al., 2021).

Con el fin de realizar la revisión de manera óptima, fue necesario identificar y seleccionar toda aquella información relevante al tema abordado. Para ello, se usaron diversas bases de datos especializadas en el ámbito de la investigación, concretamente en las ciencias de la salud (incluido el campo de la Psicología), siendo estas Web of Science (WoS), Scopus y PsycInfo. Así, mediante la búsqueda en cada una de ellas se obtuvieron los estudios empíricos necesarios, con fecha de publicación hasta el 31 de enero de 2025. El proceso de revisión de dichos estudios fue llevado a cabo por un único revisor.

Se establecieron diferentes descriptores en función de la variable objeto de estudio. Para la evitación experiencial se emplearon las siguientes palabras clave: (“experiential avoidance”) AND (“transdiagnostic factor”) AND (“emotional disorder” OR “depression” OR “anxiety”); para la regulación emocional: (“emotion* regulation”) AND (“transdiagnostic factor”) AND (“emotional disorder” OR “depression” OR “anxiety disorder”); y, finalmente para la relación entre ambas y con la psicopatología: (“experiential avoidance”) AND (emotion* regulation) AND (“transdiagnostic”) AND (“emotional disorder” OR “depression” OR “anxiety disorder”).

Elegibilidad del Estudio: Criterios de Inclusión y Exclusión

Una vez seleccionadas las palabras clave para cada constructo, se inició la búsqueda sistemática en las bases de datos mencionadas. Se obtuvieron numerosos estudios sobre la temática, por lo que fue necesario establecer los criterios de inclusión y de exclusión.

Los criterios de inclusión que se han seguido para la selección de estudios son: (1) el artículo debe estar publicado en español o inglés, (2) la muestra ha de estar formada por pacientes de ≥ 17 años, (3) los artículos deben de haber sido publicados en los últimos 15 años

(4) los artículos deben poseer el acceso a la lectura completa del texto, (5) los artículos deben tener un título y/o el resumen acordes con los objetivos de esta revisión, (6) los artículos deben emplear medidas psicométricas o entrevistas validadas para medir las variables objeto de estudio, y, por último, (7) deben de tratarse de Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA) o de Estudios No Aleatorizados (ENA).

Por otro lado, han sido excluidos de la revisión: (1) los estudios cualitativos, estudios de casos únicos, tesis doctorales o tesinas, resúmenes para congresos, revisiones sistemáticas y metaanálisis (2), publicaciones que pretenden validar un instrumento de evaluación, (3) aquellas que consisten en describir constructos o protocolos de evaluación o de tratamiento, (4) artículos cuya muestra no fuera exclusivamente de población adulta, y (5) aquellos artículos que la muestra haya sido seleccionada en base al diagnóstico de un trastorno diferente a los trastornos emocionales (trastorno depresivo mayor y demás trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico u agorafobia).

Extracción y codificación de datos

La extracción de datos para la presente revisión se realizó por medio del gestor de referencias bibliográficas Zotero. El proceso consistió en traspasar las referencias bibliográficas de cada base de datos directamente a este gestor, donde se eliminaron las publicaciones duplicadas, así como se procedió a eliminar los artículos según el título y su relación con la temática. A continuación, con los títulos restantes, se realizó una lectura de sus resúmenes para limitar la selección de publicaciones a un número reducido de lecturas de texto completo. De este modo, se diseñó un Protocolo de Registro (mediante una hoja de Word) en que se recogió la información de los artículos resultantes sometidos a análisis, de acuerdo con el Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (Cumpston et al., 2024). La información incluyó: las características descriptivas de los estudios y los participantes (autor, año de publicación, tamaño muestral, edad, sexo, presencia de sintomatología de algún trastorno emocional, herramientas diagnósticas empleadas para determinar la presencia de psicopatología y de medición de las variables de interés); las características de las intervenciones (tipo de intervención administrada en cada grupo experimental o control, terapias enfocadas en el tratamientos de una o ambas variables de interés); y la evaluación y resultados (momentos de

evaluación, instrumentos de valoración empleados para la psicopatología y las variables de interés, variables de resultado y principales resultados).

Evaluación de riesgo de sesgo

La presente revisión incluye diferentes tipos de estudios (tanto los Ensayos Controlados Aleatorizados o ECAs, como los Estudios No Aleatorizados o ENAs) debido a la dificultad que supone medir las variables transdiagnósticas de interés y a la necesidad de emplear estudios que muestren su correlación con la psicopatología. Por ello, para la evaluación del riesgo de sesgo para los artículos se utilizó: por un lado, la herramienta del Manual Cochrane para ECAs, RoB 2 (Sterne et al., 2019), y por el otro, la herramienta ROBINS-1 (Sterne et al., 2022) para ENAs.

El RoB 2 es una herramienta de valoración compuesta por cinco dominios (proceso de aleatorización, desviación de la intervención prevista, falta de datos sobre resultados, medida del resultado, selección de los resultados reportados) con sus correspondientes subescalas, a los que se les asigna una categoría de tres posibles: “alto riesgo”, “bajo riesgo” o “algún riesgo”. Los 5 dominios se integran de manera combinada, culminando en la generación de una puntuación global que refleja el nivel de riesgo de sesgo.

La herramienta ROBINS-1 está destinada a ENAs de intervenciones y está compuesta por 7 dominios (confusión, selección de participantes, clasificación errónea de intervenciones, desviación de las intervenciones planteadas, datos faltantes, medición de resultados y reporte selectivo de resultados) durante los tres momentos temporales distintos (pre-intervención, intervención y post-intervención). Además, las opciones para cada dominio según el riesgo de sesgo son cuatro: bajo, moderado, serio y crítico, con la opción adicional “sin información”.

Evaluación de la calidad de la evidencia

Se utilizó el Sistema GRADE (Sanabria et al., 2015) para la evaluación de la calidad de la literatura científica en revisiones sistemáticas y guías clínicas. Además, con el fin de determinar la evaluación calidad metodológica final, se tuvieron en cuenta las limitaciones potenciales del estudio en el diseño y ejecución, los resultados inconsistentes e imprecisos, la ausencia de evidencia directa y el sesgo de publicación.

Resultados

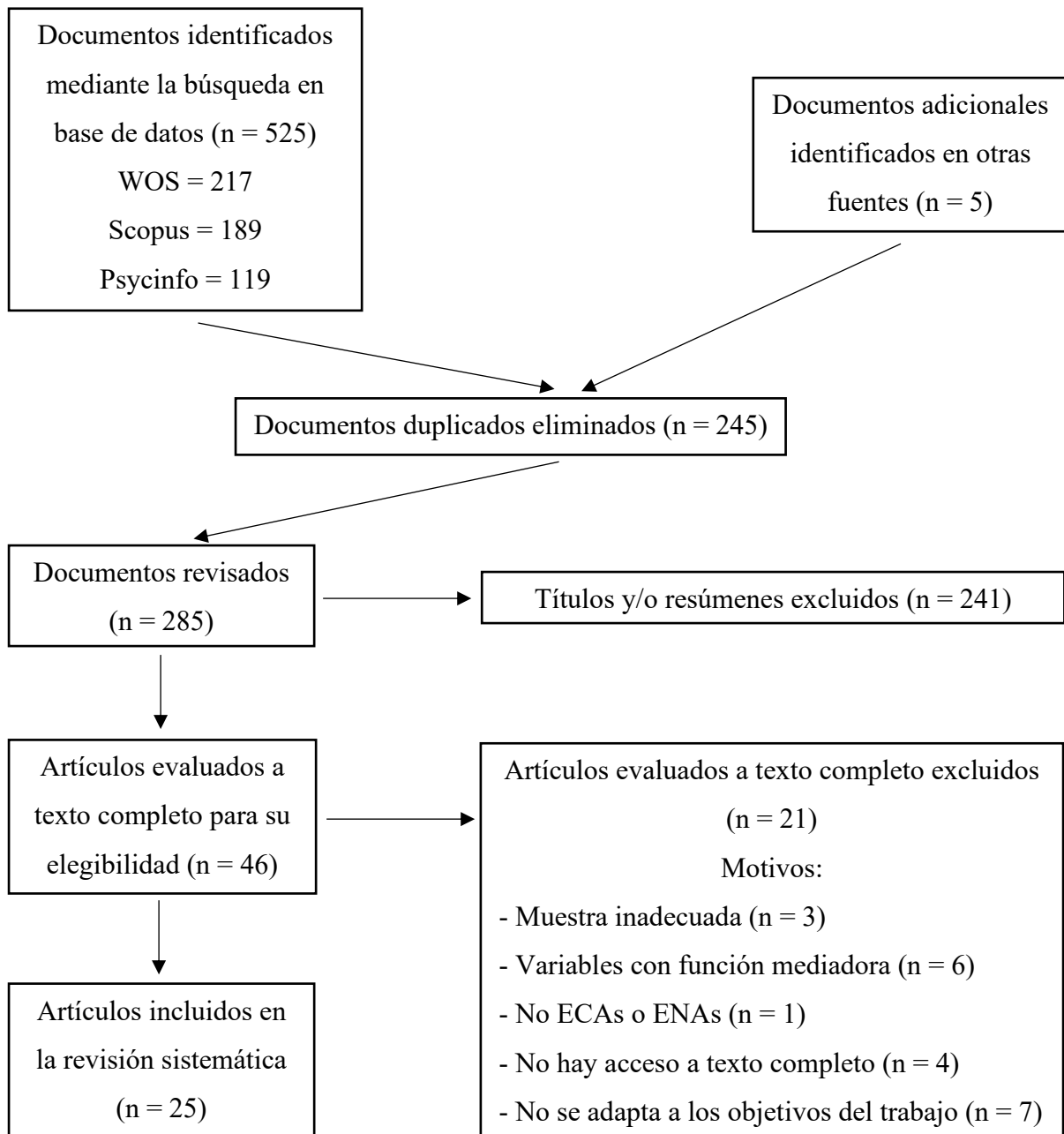
Selección de estudios

Para la búsqueda de cada variable se obtuvieron un amplio número de publicaciones, por lo que se aplicaron una serie de filtros en función de los criterios de inclusión y exclusión para limitar la búsqueda. A continuación, se procedió a realizar una revisión de las publicaciones restantes y a seleccionar aquellas con título y/o resumen acorde a la temática del trabajo con el fin de seleccionar los artículos más adecuados para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

Así, de la búsqueda inicial se obtuvieron el total de 525 publicaciones en las distintas bases de datos, eliminándose 245 duplicados, por lo que se procedió al cribado de los 285 restantes. Se analizaron los títulos y resúmenes y se descartaron 241 publicaciones, permaneciendo 46 para la lectura de texto completo. De entre estas, se excluyeron 21 por diversos motivos: emplear una muestra inadecuada (por un escaso número de participantes o por un colectivo muy concreto), abordar las variables de interés como modeladoras o mediadoras de la relación entre otras, tratarse de estudios diferentes a ECAs o ENAs, no permitir el acceso al texto completo o por no adaptarse a los objetivos del trabajo. Por ello, finalmente se incluyeron 25 publicaciones en la presente revisión sistemática.

Figura 5

Diagrama de flujo sobre el proceso de búsqueda y selección de estudios



Síntesis de resultados

La presente revisión tiene como objetivo corroborar y examinar la influencia de la Evitación Experiencial (Experiential Avoidance en inglés, EA) y la Regulación Emocional (Emotion Regulation en inglés, ER) sobre el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales, así como describir la interacción de ambos procesos entre sí. Para ello, se procedió al análisis de un total de 25 artículos publicados desde el 2012 hasta la actualidad. A continuación, se exponen los resultados de estos artículos.

Evitación Experiencial como proceso transdiagnóstico

Se analizaron un total de nueve artículos centrados en el papel que desempeña la evitación experiencial como proceso transdiagnóstico de los diferentes trastornos emocionales.

De este total, las publicaciones se pueden dividir en dos grupos: los artículos que ponen el foco en determinar si existe una correlación y/o causalidad entre la evitación experiencial y los trastornos emocionales; y, aquellos que intentan corroborar si la práctica clínica apoya el rol propuesto para la EA respecto a los trastornos emocionales, ya sea mediante estudios que buscan correlaciones o los que buscan causalidad.

A continuación, se realiza un análisis más detenido de los resultados de estos tres grupos de publicaciones.

– Estudios correlacionales y de causalidad

Entre las nueve publicaciones que analizan el papel de la EA sobre los trastornos emocionales, seis son de corte transversal (Ådnøy et al., 2023; Den Ouden et al., 2020; Fernández et al., 2018; Lee SW et al., 2025; Levin et al., 2014; Sierra y Ortiz, 2022), y uno de corte longitudinal (Spinhoven et al., 2014) teniendo por objetivo determinar si existe una correlación y/o causalidad significativa entre la EA y dichos trastornos, es decir, si se establece algún tipo de asociación y/o predictividad entre ellos.

Así, Ådnøy et al. (2023) se centraron en determinar asociaciones entre la sintomatología ansiosa y depresiva con una serie de variables, la Metacognición, el Mindfulness y la EA. Los resultados indicaron asociaciones entre todos los factores y con la sintomatología emocional, sobre todo en el caso de la EA. En esta línea, Fernández et al. (2018) parten de otra relación

entre la EA con la sintomatología ansiosa y depresiva, añadiendo la variable Activación al estudio. Encontraron que el malestar clínico se asociaba con el incremento de la EA únicamente en el caso de que tuviese lugar una reducción en las respuestas de Activación por parte del individuo.

En cambio, De Ouden et al. (2020) intentaron relacionar el comportamiento obsesivo transdiagnóstico con la EA, teniendo también en cuenta el papel del malestar psicológico. Estos autores hallaron que la EA tiene un efecto indirecto sobre la compulsividad, estando mediada por el malestar psicológico, por lo que la EA por sí sola no provocaría el comportamiento compulsivo. Paradójicamente, también encontraron que elevados niveles de EA producen mayor malestar psicológico, por lo que esta relación positiva explicaría la influencia indirecta de la EA sobre la conducta compulsiva.

El trabajo Lee SW et al. (2025), pone el foco en pacientes con un trastorno depresivo mayor o con un trastorno obsesivo-compulsivo, comparando estos dos grupos con uno control sano. Además, trabaja con tres posibles variables transdiagnósticas: EA, Fusión Cognitiva y Fusión Pensamiento-Activación. Los resultados pusieron de manifiesto que los dos grupos clínicos mostraban puntuaciones más elevadas de las variables que el grupo sano, existiendo una correlación entre las tres variables con la sintomatología depresiva y obsesiva en todos los grupos.

Por otro lado, Levin et al. (2014) analizaron la relación de la inflexibilidad psicológica (siendo la evitación experiencial su componente principal) con personas que presentan trastornos emocionales en el momento actual o que los presentaron en algún punto de sus vidas. Los autores hallaron diferentes asociaciones: mayores puntuaciones de inflexibilidad cognitiva se relacionaba con dichos trastornos y los alimentarios, ya sea en la actualidad o en el pasado; y, la inflexibilidad cognitiva se relacionaba con padecer un trastorno comórbido depresivo, de ansiedad o por consumo de sustancias en comparación con tener sólo uno de estos diagnósticos. En este sentido, Sierra y Ortiz (2022) intentaron cuantificar la contribución de los componentes de la inflexibilidad cognitiva en la sintomatología emocional y su asociación con el riesgo de suicidio. Los resultados indicaron que solo la EA, la fusión cognitiva y el pensamiento negativo repetitivo mostraron ser significativos como factores de riesgo transdiagnósticos para la sintomatología emocional, relacionándose únicamente la EA y la obediencia social con el riesgo elevado de cometer suicidio.

Un único artículo pone el foco en determinar si la EA es un factor de causalidad de la sintomatología emocional. Spinhoven et al. (2014) contempla una variedad de trastornos emocionales agrupados en dos categorías: trastornos de angustia (distimia, trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad generalizada) e trastornos de miedo (fobia social, trastorno de pánico con y sin agorafobia y agorafobia sin trastorno de pánico). Los resultados se obtuvieron a través de dos mediciones de las variables de interés con una diferencia temporal de dos años, poniendo de manifiesto lo siguiente: la EA actúa como un factor predictivo para el desarrollo de los trastornos emocionales en individuos que aún no los padecen y, los niveles de esta variable influyen en el curso y/o recuperación de aquellas personas que ya los sufren.

– Evidencia de la práctica clínica

Un total de tres publicaciones (Eustis et al., 2020; Li et al., 2023) se centran en investigar si la evidencia clínica sustenta el rol propuesto para la EA. Para ello, se analiza si las terapias en las que se aborda dicha variable resultan eficaces para el tratamiento de los trastornos emocionales y/o si los cambios que se producen en la EA a lo largo del tratamiento se asocian o predicen cambios en la sintomatología de los trastornos.

Para empezar, Eustis et al. (2020) ponen el foco en comprobar el grado en que se producen cambios en la EA a lo largo de una Terapia Cognitivo-Conductual, y en qué medida dichos cambios se asocian, preceden y predicen reducciones en la sintomatología ansiosa. En este estudio se realizan cinco mediciones de la EA y de los síntomas de ansiedad: una antes del tratamiento, tres durante el mismo, y una después de finalizarlo. Los resultados mostraron que se producen reducciones significativas en la variable a lo largo del tratamiento, y que dichos cambios se asocian, preceden y predicen reducciones en los síntomas de ansiedad.

Por otro lado, Li et al. (2023) investigan la eficacia del programa Intervención Mindfulness de Autoayuda basada en Internet para el Malestar Emocional (iMIED) en la mejora de Mindfulness y la reducción de la EA. El estudio incluía un grupo de tratamiento con iMIED y un grupo control que solo recibía el tratamiento habitual (TAU), habiendo diferentes mediciones para ambos grupos: semanalmente en el caso del Mindfulness y cada dos y tres semanas en el caso de la EA, además de la medición del malestar pre y post test. Los resultados obtenidos pusieron en manifiesto la eficacia del programa en la mejora del Mindfulness y en la reducción de ansiedad, depresión, malestar emocional y la EA, respecto al TAU. También

se halló que la mejora en mindfulness durante las primeras semanas llevaba a la reducción de la EA en la quinta semana, lo que resultaba en la disminución de la sintomatología emocional al finalizar la intervención.

De este modo, los resultados expuestos apoyan el supuesto de que los tratamientos que se encargan de intervenir sobre la EA pueden reducir la sintomatología emocional y, por tanto, se corrobora el rol transdiagnóstico de esta variable en la etiología y mantenimiento de los trastornos emocionales.

Regulación emocional como proceso transdiagnóstico

Se analizaron un total de siete publicaciones centradas en el papel que desempeña la regulación emocional como proceso de vulnerabilidad transdiagnóstica ante los diferentes trastornos emocionales.

Ese total, al igual que en el caso de la evitación experiencial, puede ser dividido en dos grupos: los artículos que ponen el foco en determinar si existe una correlación y/o causalidad entre la regulación emocional y los trastornos emocionales; y, los que intentan corroborar si la práctica clínica apoya el rol propuesto para la ER respecto a los trastornos emocionales, ya sea mediante estudios que buscan correlaciones o los que buscan causalidad.

A continuación, se profundiza más en la explicación de los resultados de estos tres grupos de publicaciones.

– Estudios correlacionales y de causalidad

Entre las siete publicaciones que analizan el papel de la ER sobre los trastornos emocionales, cuatro son de corte transversal (Anderson et al., 2021; Berman et al., 2018; D'Avanzato et al., 2013; Lukas et al., 2018) y uno de corte longitudinal (Sahib et al., 2024), teniendo por objetivo determinar si existe una correlación y/o causalidad significativa entre la ER y dichos trastornos, es decir, si se establece algún tipo de asociación y/o predictividad entre ellos.

Así, el estudio de Anderson et al. (2021) intenta desarrollar un modelo multidimensional de medición de la ER, así como evaluar distintas asociaciones entre aspectos de la ER y cinco subgrupos de los trastornos emocionales, con el fin de determinar la

contribución creciente de ER en la predicción de dicha sintomatología, más allá de la variable Neuroticismo. Los resultados obtenidos indicaron que el modelo que mejor se ajustaba para la medición de la ER incluía cuatro dimensiones: Respuestas Problemáticas, Pobre Reconocimiento/Claridad, Pensamiento Negativo y Supresión/Inhibición Emocional. En este sentido, las dimensiones de Pensamiento Negativo y de las Respuestas Problemáticas predijeron de forma creciente la sintomatología depresiva, mientras que la dimensión Supresión/Inhibición Emocional predijo tanto los síntomas de ansiedad social como de depresión. Además, las asociaciones entre el Neuroticismo y los subgrupos de trastornos emocionales fueron similares independientemente de si las dimensiones de ER se mantenían constantes, lo que parecería indicar que dichas dimensiones se asociarían con la gravedad y la expresión de una serie de síntomas de los trastornos emocionales.

Por otro lado, Berman et al. (2018), exploraron la relación entre las dificultades en ER y las características del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y las creencias obsesivas, encontrando una asociación específica entre dichas dificultades, la dimensión de pensamientos inaceptables dentro del TOC y las creencias obsesivas, incluso después de controlar los síntomas depresivos comórbidos.

El trabajo de D'Avanzato et al., (2013) se centra en investigar el tipo de estrategias de ER empleadas según cuatro grupos: un grupo de ansiedad social, uno de trastorno depresivo mayor, uno de TDM en remisión completa y un grupo control sano. Los resultados pusieron de manifiesto que los dos grupos clínicos mostraban un uso frecuente de rumiación (sobre todo el grupo del trastorno depresivo mayor) y de supresión (más usado en el grupo de ansiedad social), así como menor empleo de reevaluación, en comparación con el grupo sano. Además, el grupo de remisión total del TDM mostró: por un lado, mayores niveles de rumiación que el de control sano, por lo que esta estrategia puede ser un factor de desarrollo y mantenimiento de la depresión; y por el otro, no obtuvo puntuaciones diferentes con el grupo sano en el uso de reevaluación, por lo que la dificultad en el empleo de esta estrategia puede estar ligada a la depresión.

Finalmente, Lukas et al. (2018) llevaron a cabo dos estudios en una misma publicación con el fin de comparar las habilidades de ER en individuos con diferentes trastornos emocionales diagnosticados e individuos sanos. Los resultados obtenidos indicaron que, en ambos estudios, los participantes de la muestra clínica informaron menos habilidades

específicas y generales de ER que los participantes de la muestra de población no clínica. Además, los subgrupos de la muestra clínica en los dos estudios difirieron significativamente con respecto a las habilidades específicas y generales de ER, de modo que: por un lado, los subgrupos diagnosticados de depresión obtuvieron las puntuaciones más bajas en habilidades de ER, sobre todo el subgrupo de episodios depresivos recurrentes; y por el otro, los subgrupos diagnosticados con fobia específica o con trastorno adaptativo obtuvieron mayores puntuaciones de habilidades de ER respecto a los individuos sanos.

Un único artículo pone el foco en determinar si la ER es un factor de causalidad de la sintomatología emocional. Sahib et al. (2024) examinan la relación entre la intolerancia a la incertidumbre, las estrategias de ER y las subsecuentes dificultades emocionales. Los autores obtuvieron los siguientes resultados: mayores niveles de intolerancia a la incertidumbre predecían significativamente elevados niveles de ER desadaptativa; las estrategias adaptativas de ER (y, sorprendentemente, la supresión de pensamiento) predecían menores niveles de ansiedad y/o depresión, mientras que la estrategia desadaptativa de rumiación predecía mayores niveles de ansiedad y depresión; y, por último, tanto la rumiación como la supresión de pensamiento sirvieron como mediadores significativos de la relación entre intolerancia a la incertidumbre y la sintomatología ansiosa y depresiva. Por tanto, se confirma el papel de causalidad de las estrategias desadaptativas respecto a los trastornos de índole emocional.

- Evidencia de la práctica clínica

Finalmente, dos artículos (Khakpoor et al., 2019; Wirtz et al., 2014) se centran en investigar si la evidencia clínica sustenta el rol propuesto para la Regulación Emocional. Para ello, se analiza si las terapias en las que se aborda dicha variable resultan eficaces para el tratamiento de los trastornos emocionales y/o si los cambios que se producen en la RE a lo largo del tratamiento se asocian o predicen cambios en la sintomatología de los trastornos.

Por un lado, el estudio de Khakpoor et al. (2019) pone el foco en examinar el papel de la ER como medidor de los resultados del Protocolo Unificado (UP) en la mejora de los trastornos emocionales. Con esta finalidad, se emplearon dos grupos, uno control y otro objeto de tratamiento. La intervención se dividió en ocho módulos en los que se trabajaban diferentes estrategias de ER. Los resultados obtenidos pusieron en manifiesto la eficacia del UP, puesto que la mejora en dichas estrategias reducía la sintomatología emocional.

Por el otro, Wirtz et al. (2014) tienen como objetivo comprobar la mejoría en sintomatología depresiva, ansiosa y emocional general aplicando de manera satisfactoria habilidades de ER, aprendidas a través de una terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Para ello, realizaron sucesivas mediciones a los participantes durante las ocho semanas que dura el tratamiento, con cuatro mediciones de las variables de interés en las primeras tres semanas. Los resultados obtenidos indicaron que la aplicación satisfactoria de habilidades de ER se asociaba transversalmente con niveles más bajos de sintomatología y gravedad depresiva, ansiosa y emocional general, en todos los momentos de evaluación, lo que apoyó la importancia transdiagnóstica de las habilidades de ER general. Asimismo, un aumento en la aplicación exitosa de habilidades durante el tratamiento se asoció con una disminución en la sintomatología y gravedad depresiva y emocional general, pero no en la sintomatología y gravedad ansiosa, por lo que las habilidades de ER generales pueden ser más importantes en un contexto de depresión que de ansiedad. Por último, encontraron que la aplicación satisfactoria de las habilidades de ER precedía cambios en la sintomatología y gravedad depresiva posterior, pero no en la ansiosa ni en la emocional general.

A modo de conclusión, los resultados expuestos apoyan el supuesto de que los tratamientos que se encargan de intervenir sobre la ER pueden reducir la sintomatología emocional y, por tanto, se corrobora su rol transdiagnóstico en la etiología y mantenimiento de los trastornos emocionales.

Interacción entre EA y ER

Según lo expuesto anteriormente, el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales no se explica por la influencia de un único proceso transdiagnóstico, sino que existe una interacción entre diferentes factores subyacentes. Por ello, la comunidad científica ha puesto el foco en identificar estos procesos transdiagnósticos, así como investigar el modo en el que se relacionan entre ellos y la propia sintomatología emocional. Respecto a esto, en la actualidad existen investigaciones que intentan explicar la relación, entre sí o de manera aislada, de las variables de interés del presente trabajo (Evitación Experiencial y Regulación Emocional) con los trastornos emocionales. Así, se analizaron un total de nueve publicaciones, divididas en dos grupos: los artículos que ponen el foco en determinar si existe una correlación entre la evitación experiencial, la regulación y los trastornos emocionales, y los que intentan corroborar si la práctica clínica apoya los papeles propuestos para la EA y la ER en torno a los

trastornos emocionales, ya sea mediante estudios que buscan correlaciones o los que buscan causalidad.

– Estudios correlacionales

Un total de cinco publicaciones (Abasi et al., 2021; Im y Kahler, 2020; Mohammadkhani et al., 2016; Orouji et al., 2022; Yaztappeh et al., 2023) analizan el papel de la EA y la ER sobre los trastornos emocionales empleando un corte transversal, y tienen por objetivo determinar si existe una correlación significativa entre la EA, la ER y dichos trastornos, es decir, si se establece algún tipo de asociación entre ellos.

El trabajo de Abasi et al. (2021) se centra en analizar el rol que desempeñan las estrategias de ER consideradas “positivas” con relación a los déficits generales en ER y a la EA en personas que padecen sintomatología emocional clínica. Las estrategias “positivas” estarían conformadas por las siguientes dos: la atenuación emocional positiva, definida como la tendencia a responder a los estados de ánimo positivos utilizando estrategias mentales para reducir la intensidad y la duración de dichos estados (Feldman et al., 2008); y la rumiación positiva, entendida como la tendencia a responder a los estados afectivos positivos con pensamientos recurrentes sobre las cualidades positivas de uno mismo, la experiencia afectiva positiva y las circunstancias favorables de la propia vida (Feldman, Joormann, y Johnson, 2008). De esta manera, encontraron que tanto la ER como la EA mostraron efectos directos significativos en la sintomatología emocional. En esta línea, tanto la estrategia de atenuación de emociones positivas como la de rumiación positiva parecen tener un papel mediador en la relación entre los déficits en ER y la EA con los síntomas emocionales clínicos. En cuanto a las comparaciones entre grupos, el grupo de participantes que presentaban un trastorno depresivo mayor comórbido con un trastorno de ansiedad generalizada obtuvo las puntuaciones más altas en atenuación emocional positiva y el grupo no clínico las más bajas. Por el contrario, los participantes no clínicos obtuvieron las puntuaciones más altas en rumiación positiva, mientras que el grupo comórbido obtuvo las más bajas. Estos resultados sugieren que la estrategia de atenuación positiva está asociada con la psicopatología y podría considerarse, con mayor evidencia, un factor transdiagnóstico, mientras que la rumiación positiva podría actuar como una estrategia adaptativa de ER.

Por su parte, Im y Kahler (2020) analizaron la relación entre tres procesos transdiagnósticos (EA, rumiación y desregulación emocional) y la gravedad sintomática de cinco trastornos emocionales: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico. Los resultados obtenidos indicaron que los tres procesos transdiagnósticos correlacionaron significativamente con la sintomatología emocional, aunque solo la EA y la rumiación demostraron ser el mejor modelo de ajuste en los cinco trastornos, sobre todo la EA. En este contexto, la EA se asoció más intensamente a la gravedad sintomática del GAD y TDM, y con menos intensidad a la de la FS. Sorprendentemente, el modelo de desregulación emocional no se ajustó bien a los datos.

Mohammadkhani et al. (2016) intentaron evaluar si la regulación emocional presenta un papel mediador en la relación entre el neuroticismo, la EA y los síntomas de ansiedad y depresión. Los autores hallaron que tanto el neuroticismo como EA predecían la sintomatología depresiva y ansiosa independientemente, y resultaron mediados por los efectos de las dificultades en ER y la preocupación, presentando todos los factores asociaciones significativas con la sintomatología emocional.

En cambio, el estudio de Orouji et al., 2022 pone el foco en examinar el posible rol mediador de la inflexibilidad psicológica entre la regulación emocional y los problemas de sueño y sintomatología emocional clínica. Los resultados obtenidos indicaron que existe una correlación positiva y significativa entre ED, los problemas de sueño y los trastornos emocionales. En esta línea, la inflexibilidad psicológica tuvo un papel mediador en la relación entre ED y los problemas de sueño en los participantes con trastornos emocionales, por lo que la variable de interés juega un rol importante en el desarrollo, mantenimiento y exacerbación de los problemas psicológicos. También se indicaba que la ED tuvo una relación indirecta con la sintomatología emocional al relacionarse positivamente con la inflexibilidad psicológica.

Finalmente, la investigación llevada a cabo por Yaztappeh et al. (2023) se centró en buscar asociaciones significativas entre los trastornos emocionales y el neuroticismo, la ER, la EA y los pensamientos negativos repetitivos. Los resultados pusieron en manifiesto que el neuroticismo se asociaba significativamente con la ER negativa, la EA, el pensamiento repetitivo y los trastornos emocionales; sin embargo, no se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la EA y los trastornos emocionales, ni entre la ER y estos,

lo que sugiere la importancia de tener en cuenta factores de personalidad en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales.

– Evidencia de la práctica clínica

Finalmente, cuatro artículos (Fernández et al., 2022; Khakpoor et al., 2019; Rodríguez et al., 2025; Schaeuffele et al., 2022) se centran en investigar si la evidencia clínica sustenta el rol propuesto para la Evitación Experiencial y la Regulación Emocional. Para ello, se analiza si las terapias en las que se abordan dichas variables resultan eficaces para el tratamiento de los trastornos emocionales y/o si los cambios que se producen en la EA y la RE a lo largo del tratamiento se asocian o predicen cambios en la sintomatología de los trastornos.

Para empezar, Fernández et al. (2022) buscan examinar la eficacia de tres terapias cognitivo-conductuales (la Activación Conductual, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Transdiagnóstica Cognitivo Conductual) respecto a las manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión, analizando el papel que desempeñan diversas variables: la EA, la ER, la Fusión Cognitiva y la Activación. Se realizaron dos mediciones de las variables a los tres y seis meses, además de antes de las intervenciones y post-test, comparándose los resultados con un grupo control. Los autores concluyeron que todas las terapias resultaron eficaces en la reducción de sintomatología clínica ansiosa y depresiva, sobre todo la Activación Conductual. En este sentido, todas las variables de interés resultaron ser factores influyentes en el mantenimiento de los síntomas, encontrándose que la reducción de sintomatología emocional fue mayor en la condición que produjo efectos mayores y más prolongados sobre la Activación, es decir, en la Activación Conductual.

Por su parte, el trabajo llevado a cabo por Khakpoor et al. (2019) se centra en investigar los factores transdiagnósticos (ER, intolerancia a la incertidumbre y EA) como posibles mecanismos de cambio en la sintomatología emocional en el Protocolo Unificado (UP) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales. Los autores concluyeron que el UP pudo reducir significativamente la ansiedad y depresión en el grupo en el que se intervino, en comparación al grupo control. Además, el UP abordó eficazmente la EA, ER e intolerancia a la incertidumbre, encontrando una conexión de causalidad entre la mejora en los factores transdiagnósticos y la reducción de ansiedad y depresión en los individuos con trastornos emocionales.

En esta línea, Rodríguez et al. (2025) examinan también la utilidad clínica del UP, esta vez focalizándose en la hipótesis de que las dificultades en la ER y en la EA desempeñan un rol en la sintomatología ansiosa. Los resultados obtenidos ponen en manifiesto que, entre el pre y el post tratamiento, la sintomatología ansiosa y las dificultades de regulación emocional disminuyeron significativamente, sin encontrarse cambios significativos en la evitación experiencial. Por otro lado, un análisis preliminar mostró una relación entre las reducciones en la evitación experiencial, la mejoría en la regulación emocional y la reducción de los síntomas ansiosos. Además, se encontró que una mejoría en la EA se asociaba con una mejoría en la subescala de aceptación emocional de la regulación emocional.

Por último, Schaeuffele et al. (2022) también ponen el foco sobre el análisis de posibles procesos transdiagnósticos (el mindfulness, la flexibilidad cognitiva, la sensibilidad a la ansiedad y la evitación experiencial) para el UP, examinando hasta qué punto median los efectos del tratamiento, tanto de forma aislada como en un modelo de mediadores múltiples que tiene en cuenta su interrelación. Así, los resultados obtenidos indicaron que el UP produjo cambios significativos en todos los procesos transdiagnósticos a lo largo del tiempo, en comparación con el grupo de la lista de espera. Además, en modelos mediadores separados se encontraron efectos mediadores significativos para mindfulness, flexibilidad cognitiva, activación conductual y EA, mientras que, cuando se combinaron todos los mediadores en un modelo de mediadores múltiples, los efectos indirectos de mindfulness y flexibilidad cognitiva resultaron significativos, por lo que estos dos últimos procesos se destacaron como el objetivo de tratamiento transdiagnóstico.

Discusión

A la luz de lo expuesto anteriormente, y teniendo en cuenta los objetivos de la presente revisión, se puede concluir que tanto la evitación experiencial como la regulación emocional en su conjunto, influyen en la etiología y/o mantenimiento de los trastornos emocionales. Los estudios muestran que existe una correlación, e incluso, causalidad entre estas variables y los trastornos emocionales, del mismo modo que los tratamientos eficaces y validados sustentaron su rol en dicha psicopatología. Por otro lado, gracias a las publicaciones en las que se incluyen las dos variables y se contempla su interacción, se infiere que también puede darse una relación entre ellas. Estos resultados, en su totalidad, resultan de especial interés para generar un mayor conocimiento y comprensión de los mecanismos que subyacen a los trastornos emocionales, así como para el desarrollo de nuevas vías de investigación.

A continuación, se procede a realizar un análisis más detallado de los tres subapartados en los que se agrupan los resultados.

Evitación experiencial como proceso transdiagnóstico

Con el fin de explicar los resultados obtenidos, se hace una distinción, de nuevo, entre: los estudios que apoyan la existencia de una correlación y/o causalidad entre la evitación experiencial y los trastornos emocionales y, aquellas investigaciones que aportan evidencia clínica para sustentar el papel de esta variable.

Para empezar, se considera que la evitación experiencial se relaciona, precede y/o predice a la sintomatología emocional según diferentes estudios (Hayes et al., 2004; Chawla y Ostafin, 2007). Dicha explicación se basa en la idea de que la evitación experiencial conduce al desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos emocionales por dos motivos fundamentales: por un lado, porque la resistencia a aceptar las experiencias internas desagradables provoca que el individuo concentre sus esfuerzos en la evitación de dichas experiencias e impide que se adapte a las demandas de la situación; y, por otro lado, porque el empleo de la evitación experiencial como mecanismo de afrontamiento habitual resulta ineficaz a largo plazo porque puede impedir la vivencia activa de las actividades que antes resultaban placenteras y, en caso extremo, favorecer el aislamiento social. Así, el hecho de no ser capaz de adaptarse a las demandas contextuales junto con la elección de estrategias de afrontamiento inadecuadas,

pueden provocar el desarrollo de sintomatología psicológica vinculada a los trastornos emocionales.

Con todo, cabe destacar que la relación entre la evitación experiencial y los distintos trastornos emocionales presentó alguna disparidad según el diagnóstico. Conviene recordar que la categoría de “trastornos emocionales” incluye una gran cantidad de trastornos.

Así, en lo que se refiere a las correlaciones positivas, Ådnøy et al. (2023) encuentran que la evitación experiencial es la variable que mayor se vincula con los síntomas ansiosos y depresivos (entre otras variables como el mindfulness y la metacognición), mientras que Lee SW et al. (2025), obtienen resultados semejantes con respecto a la sintomatología depresiva, obsesiva y la evitación experiencial. En este sentido, Fernández et al. (2018) añaden la variable Activación Conductual como un factor relacionado con la evitación experiencial, y exponen la posibilidad de que la reducción de dicha activación y el aumento de la evitación experiencial se asocie con la sintomatología emocional. De este modo, la activación conductual podría constituir una condición transdiagnóstica clave para la reducción de la evitación experiencial, puesto que, a través de este proceso, se invita al individuo a implicarse en actividades basadas en sus metas y valores, favoreciéndose así el contacto con sus experiencias.

En referencia al desarrollo y mantenimiento de la compulsividad transdiagnóstica (entendida como la presencia de compulsividad en la diferente psicopatología emocional), Den Ouden et al. (2020) explicaron el proceso mediante el cual la evitación experiencial desempeña un papel indirecto sobre esta sintomatología, de modo que el incremento de dicha evitación exacerbaría el malestar psicológico, y este, a su vez, provocaría un efecto directo sobre la aparición y aumento de dicha compulsividad. Por ello, se infiere que la EA por sí sola no causa los síntomas compulsivos, sino que contribuye a la conformación del estado de malestar psicológico del individuo, como señaló previamente Hayes et al., (2004) en su estudio.

Por otro lado, con relación a los componentes de la inflexibilidad psicológica, dos estudios analizaron su rol en la psicopatología emocional. Por un lado, Levin et al (2014) hallaron que esta variable se asociaba más intensamente con personas que padecían un abanico de trastornos (emocionales o alimentarios) en la actualidad o en algún punto vital, así como con aquellas que presentaban trastornos de manera comórbida (emocionales y/o de consumo de sustancias). En esta línea, Sierra y Ortiz (2022) encontraron que, dentro de los componentes

de inflexibilidad psicológica, la evitación experiencial actúa como factor de riesgo transdiagnóstico para la sintomatología emocional, y se relaciona con un mayor riesgo de suicidio.

Respecto a la relación de causalidad, en su estudio longitudinal, Spinhoven et al. (2014) pusieron de manifiesto que, efectivamente, la evitación experiencial puede ser conceptualizada como un factor predictivo y causal transdiagnóstico relevante, afectando tanto al desarrollo como al curso de la comorbilidad de los trastornos emocionales.

Cambiando el foco hacia las investigaciones que ponen a prueba la relevancia clínica de la evitación experiencial, los resultados de ambos estudios (Eustis et al., 2020; Li et al., 2023) expusieron que las intervenciones cognitivo-conductuales que se centran en intervenir sobre esta variable resultan eficaces para reducir la sintomatología de los trastornos emocionales. Estos resultados permiten concluir, entonces, que la evitación experiencial desempeña un papel esencial en su desarrollo y/o mantenimiento.

Regulación emocional como proceso transdiagnóstico

Una vez más, con el fin de exponer los resultados obtenidos, se distinguen los artículos que indican correlación y/o causalidad entre la regulación y los trastornos emocionales, y aquellas investigaciones que aportan evidencia clínica para sustentar el papel de dicha variable. De acuerdo con lo expuesto anteriormente, la regulación emocional conduce al desarrollo y/o mantenimiento de los trastornos emocionales porque existen déficits en sus respectivas habilidades o las estrategias resultan desadaptativas porque se emplean de manera generalizada y/o a largo plazo, causando un gran malestar emocional (Werner y Gross, 2009).

En este sentido y respecto a las correlaciones, Anderson et al. (2021) desarrollaron un modelo multidimensional de medición de la regulación emocional, constituido por cuatro dimensiones: Respuestas Problemáticas, Pobre Reconocimiento/Claridad, Pensamiento Negativo y Supresión/Inhibición Emocional. Según lo esperado, tres dimensiones se asociaron significativamente con la sintomatología depresiva, la de Respuestas Problemáticas, Pensamiento Negativo y Supresión /Inhibición, relacionándose esta última también con la ansiedad social. Además, todas las dimensiones se asociaron con la gravedad y expresión sintomática de la patología emocional, estando en línea por lo comentado por el modelo de Gross (1998).

Continuando con estudios enfocados en la relación entre las habilidades de ER y la psicopatología, D'Avanzato et al. (2013) obtuvieron que las estrategias desadaptativas de ER de rumiación y supresión eran empleadas más frecuentemente por personas con sintomatología depresiva y ansiosa, respectivamente, mientras que utilizaban en menor medida la estrategia adaptativa de reevaluación. Además, estos autores obtuvieron dos resultados de gran interés: por un lado, las personas con TDM en remisión emplean más la rumiación que aquellas sin patología anterior, lo que podría significar que esta estrategia funciona como factor de desarrollo y mantenimiento de la depresión; y por el otro, estos individuos hacen uso en igual medida de la reevaluación que las personas sanas, por lo que el déficit en el uso de esta estrategia puede estar ligada al propio TDM. En esta misma línea, Lukas et al. (2018) encontraron que las personas con depresión (sobre todo que sufren episodios depresivos recurrentes) tenían peores habilidades de ER, mientras que aquellas diagnosticadas de fobia específica o trastorno adaptativo tenían más habilidades de ER que personas sanas (aunque este resultado puede estar supeditado a sesgo).

Por otro lado, Berman et al. (2018), exploraron la relación entre las dificultades en ER y las características del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y las creencias obsesivas, encontrando que existe una asociación específica entre dichas dificultades, la dimensión de pensamientos inaceptables dentro del TOC y las creencias obsesivas, incluso después de controlar los síntomas depresivos comórbidos.

En referencia a la relación de causalidad, Sahib et al. (2024) destacan la intolerancia a la incertidumbre como factor relevante entre la ER y la psicopatología emocional. De este modo, los autores proponen que un contexto donde los individuos sufren una elevada intolerancia a la incertidumbre podría causar un desajuste en ellos, provocando el empleo de estrategias de ER desadaptativas (rumiación y supresión), predictoras, a su vez, de ansiedad y depresión. Por tanto, estas estrategias funcionarían como mediadoras entre la intolerancia a la incertidumbre y la sintomatología depresiva y ansiosa. En cambio, las estrategias adaptativas actuarían como factor protector del desarrollo de la psicopatología emocional, como indicaron previamente (Gross y John, 2003) en su estudio.

Teniendo en cuenta estos resultados y según lo expuesto anteriormente por el modelo de Gross (1998), parece que las estrategias de supresión y rumiación están más involucradas en la etiología y curso de la psicopatología emocional, mientras que la estrategia de

reevaluación actúa como un factor protector de la misma. Además, la rumiación se asoció más estrechamente con la recurrencia de síntomas depresivos; en cambio, la supresión se asoció en mayor medida con síntomas ansiosos.

Para finalizar, con respecto a los estudios que ponen de manifiesto la relevancia clínica de esta variable, tanto el trabajo de Khakpoor et al. (2019) como el de Wirtz et al. (2014), parecen inferir que el entrenamiento en habilidades de ER resulta clave para la reducción de sintomatología y gravedad emocional transdiagnóstica. En este sentido, Khakpoor et al. (2019) obtienen esta mejoría mediante el Protocolo Unificado, mientras que Wirtz et al. (2014) emplean una terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno depresivo mayor, con la cual concluyen, adicionalmente, que las habilidades de ER generales pueden ser más importantes en un contexto de depresión que de ansiedad, como también indicaron Lukas et al. (2018) en su trabajo. Estos autores explican que, en un contexto de depresión, las habilidades de ER generales son especialmente útiles porque ayudan a hacer frente a los estados negativos del individuo y a aumentar sus emociones positivas (disminuyendo la anhedonia); mientras que, en un contexto de ansiedad, resulta más favorable la mejora de las habilidades específicas de ER que son particularmente eficaces para el afrontamiento de dicha ansiedad.

Estos resultados permiten concluir, entonces, que la regulación emocional también desempeña un papel esencial en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales, aunque de modo diferente según el tipo de sintomatología emocional.

Interacción entre evitación experiencial y regulación emocional

Los resultados de los estudios que analizan la interacción entre ambas variables pusieron de manifiesto que, efectivamente, existe una relación entre ellas y con el desarrollo y/o mantenimiento de la psicopatología; sin embargo, no se ha alcanzado un consenso sobre el modo en el que tiene lugar esta interacción, por lo que requiere de más investigación.

Respecto a los tratamientos destinados al abordaje de estas variables, se infiere que resultan eficaces las terapias cognitivo-conductuales transdiagnósticas, como el Protocolo Unificado de Barlow, la Terapia de Aceptación y Compromiso, y la de Activación Conductual. Destaca, especialmente, la eficacia de esta última por focalizarse en aumentar la Activación, una variable clave en la disminución de la EA, según lo postulado anteriormente por Fernández et al. (2018). En esta línea, siguiendo los resultados del estudio de Rodríguez et al. (2025), el

mindfulness también puede desempeñar un papel diferenciador en la eficacia del programa del UP, puesto que resulta de gran utilidad para trabajar la aceptación emocional (un aspecto de la ER), y, para disminuir la EA (ambos constructos mostraron estar estrechamente relacionados).

En cuanto al rol de cada variable, cuando se consideraron las dos variables de interés en un mismo modelo, Im y Kahler (2020) encontraron que la EA, especialmente, y la rumiación, presentaban mayor relevancia para el ajuste del modelo de los distintos trastornos emocionales y únicamente la EA se asociaba en mayor medida con los síntomas de gravedad del GAD y TDM. Por tanto, según estos autores, la evitación experiencial es el proceso que más se relaciona con la psicopatología, destacando también la rumiación dentro de desregulación emocional (emotion dysregulation en inglés, ED).

Finalmente, con relación a la interacción de ambas variables, los resultados muestran diferentes interpretaciones. Por un lado, Orouji et al. (2022) ponen de manifiesto que la EA actúa como mediadora de las dificultades en ER y los trastornos emocionales, como también sugieren diferentes estudios (e.g., Tull y Gratz, 2008). Según estos autores, los individuos que presentan estas dificultades en ER tenderían a emplear en mayor medida la evitación experiencial como estrategia de afrontamiento, lo que llevaría al incremento de la sintomatología emocional (Aldao et al., 2010).

En cambio, Mohammadkhani et al. (2016) consideran que es la desregulación emocional la variable que desempeña un papel mediador entre la EA (y neuroticismo) y los trastornos emocionales. Según estos autores, las personas con mayores niveles de EA presentan un umbral bajo para tolerar las emociones negativas, por lo que, con el fin de evitar o disminuir la experiencia de la emoción negativa, adoptan una serie de estrategias de ER desadaptativas. Este proceso conduce a un alivio temporal, pero genera un refuerzo negativo a largo plazo que causa la repetición de la conducta desadaptativa.

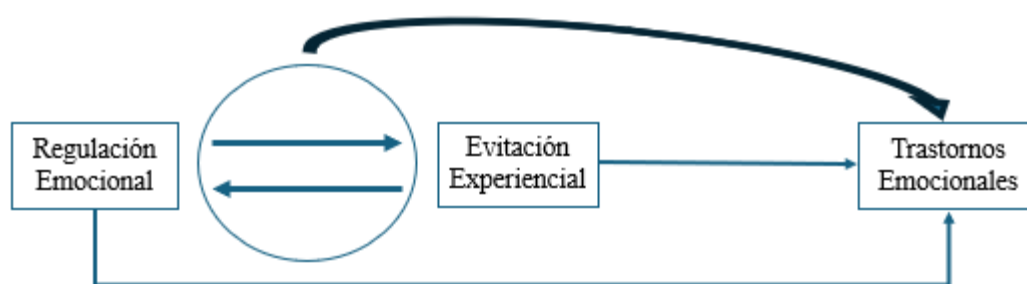
En esta línea, Abasi et al. (2021) indican que existen determinadas estrategias “positivas”, como la atenuación emocional positiva, que pueden mediar entre los déficits en regulación emocional y evitación experiencial, y los trastornos emocionales. En este contexto, los individuos responderían a las emociones positivas de la misma forma que lo hacen ante las emociones negativas (Spitzer et al., 2006), con dificultades en ER (p. ej., con déficits en el control de los impulsos, en la aceptación de emociones negativas o en la claridad emocional).

Por otro lado, Yaztappéh et al. (2023) exponen la necesidad de tener en cuenta factores de personalidad en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales, puesto que en su investigación encontraron que el neuroticismo resultaba clave para que las variables influyesen en el desarrollo y/o curso de la psicopatología emocional.

En conclusión, y teniendo en cuenta estos resultados, parece que ambas variables se influyen mutuamente, en una relación bidireccional que, a su vez, puede influir en la psicopatología emocional. De este modo, la exacerbación de una variable puede suponer el empeoramiento de la otra, y a su vez, la aparición y/o agravamiento de la sintomatología emocional. A continuación, se presenta un gráfico integrador de los resultados obtenidos (Figura 6) en los trabajos de Orouji et al. (2022) y de Mohammadkhani et al. (2016).

Figura 6

Gráfico integrador de la influencia de las variables en los trastornos emocionales



Fortalezas, limitaciones y futuras líneas de investigación

La presente revisión presenta una serie de fortalezas y limitaciones, por lo que, a continuación, se lleva a cabo un análisis para contextualizar los resultados obtenidos.

En cuanto a los puntos fuertes, la revisión está conformada por un amplio número de publicaciones, lo que permite realizar un análisis más detallado sobre esta temática y su evidencia. Además, se trabaja con publicaciones relativamente recientes, puesto que la más antigua se remonta al 2013, con el trabajo de D'Avanzato et al. (2013).

Lo que se refiere a las limitaciones, destaca el hecho de que muchos estudios son de corte transversal y pocos de corte longitudinal, lo que impide conocer del todo el alcance de los resultados a largo plazo, así como limita la causalidad de cada una de ellas respecto a la psicopatología. En relación con los participantes de las muestras, cabe mencionar que se encontró bastante homogeneidad, ya que en la mayoría de los estudios se aprecia una mayor participación de mujeres que de hombres, lo que es necesario considerar por las diferencias

entre sexos. Además, otro aspecto a destacar es que en la evaluación de algunos estudios se emplean medidas de autoinforme, más susceptibles a sesgos.

Por otro lado y, para finalizar, se proponen algunas recomendaciones para las futuras investigaciones que continúen con el estudio de los trastornos emocionales desde este ámbito.

De acuerdo con las limitaciones señaladas, resultaría de gran utilidad empírica realizar más estudios con muestras aleatorizadas y con seguimiento a lo largo de los años, con el fin de obtener resultados más generalizables y de mayor predictividad. Además, conviene procurar muestras que sean representativas de la población, tanto en cuestión de sexo como en edad. En lo que se refiere a los instrumentos de evaluación, siempre que sea posible se recomienda el empleo de instrumentos menos sujetos a sesgos y de mayor validez. En esta línea, en el caso de la regulación emocional, sería óptimo disponer de un instrumento de evaluación más sensible a este constructo respecto a los trastornos emocionales, así como de un cuestionario destinado a medir únicamente el proceso de la evitación experiencial.

En cuanto a los objetivos de las futuras investigaciones, resulta de gran interés y utilidad clínica conocer, de modo específico, cómo es la interacción entre la evitación experiencial y la regulación emocional, puesto que todavía no existe un consenso delimitado entre autores.

En esta línea, también resulta de relevancia conocer el impacto de terceras variables (como factores psicológicos o de personalidad) sobre estas variables y su interacción e influencia en los trastornos mentales. En este sentido, también conviene investigar si existe un factor latente de orden superior que presente un poder predictivo similar a estos procesos transdiagnósticos por separado, de modo que se pudiera proporcionar una explicación más parsimoniosa para la predicción del inicio, mantenimiento y recaída de dichos trastornos.

Finalmente, de cara a la optimización de los tratamientos de la práctica clínica, sería conveniente examinar tanto los mecanismos que subyacen a la mejora de la sintomatología emocional, como los componentes de las terapias efectivas que influyen directamente sobre las variables de interés. Además, con el fin de poder reducir la prevalencia y comorbilidad de los trastornos emocionales, resultaría de gran interés diseñar programas de intervención focalizados en la prevención de dichos trastornos, disminuyendo su impacto total a nivel sanitario, económico, social y personal.

Propuesta Aplicada

Al inicio del presente trabajo se hizo referencia a las elevadas tasas de prevalencia de los trastornos emocionales y a la alta comorbilidad que se da entre ellos, así como se expusieron las consecuencias negativas que provocan a nivel global. A partir de esta problemática, la perspectiva transdiagnóstica ha ganado interés entre los académicos y la práctica clínica, puesto que los protocolos de intervención derivados de dicha aproximación han mostrado ser más parsimoniosos y eficaces que las intervenciones derivadas de la perspectiva centrada en diagnósticos específicos. En esta línea, cada intervención transdiagnóstica tiene como objetivo el abordaje de uno o varios procesos psicológicos determinados, por lo que los componentes que la conforman difieren de una intervención a otra.

A continuación, se procede a la formulación de una propuesta de intervención propia y enmarcada en el contexto transdiagnóstico de la presente revisión. Considerando los resultados obtenidos, esta intervención tiene como objetivo reducir la sintomatología emocional en pacientes adultos que presentan uno o más trastornos emocionales, aplicando dicha intervención en formato individual y/o grupal en régimen ambulatorio.

Así, la propuesta de intervención pondrá el foco sobre dos procesos psicológicos, la evitación experiencial y la regulación emocional, puesto que ambos elementos mostraron un poder explicativo significativo en la etiología y mantenimiento de los trastornos emocionales. De este modo, para el abordaje de estas variables se toma como base el Protocolo Unificado, además de otros elementos propios de la Terapia de Aceptación y Compromiso y de la Activación Conductual, puesto que también mostraron ser eficaces, en concreto, para disminuir la evitación experiencial. A continuación, se explican brevemente sus principales características.

Protocolo Unificado de Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (UP; Barlow, 2011)

El UP es un programa enmarcado en el Modelo de Proceso de Gross (1998) y que va en línea con el modelo multidimensional de Gratz y Roemer (2004), anteriormente explicados. Se aplica sobre una amplia gama de trastornos; concretamente, en aquellos trastornos donde la desregulación emocional desempeña un papel relevante, y gracias a su carácter flexible, puede aplicarse en formato individual, grupal o a través de Internet. Así, parte de la hipótesis de que

los individuos con dichos trastornos comparten una tendencia a experimentar afecto negativo con mayor frecuencia e intensidad, perciben estas experiencias como más aversivas y, en consecuencia, muestran reacciones desadaptativas. Ante estas dificultades, el UP adopta un enfoque cognitivo-conductual para desarrollar habilidades de ER adaptativas (reevaluación, aceptación) y reducir las desadaptativas (supresión, evitación). En este sentido, el programa enseña y promueve la conciencia y la aceptación de las experiencias emocionales, la capacidad de modular con flexibilidad la intensidad y la duración de las experiencias emocionales, y la voluntad de experimentar emociones en la vida cotidiana (Schaeuffele et al., 2020).

Generalmente, esta terapia se estructura en ocho módulos (aunque se adapta a las necesidades de los pacientes), distribuidos a lo largo de 12-16 sesiones: incremento de motivación (sesión 1), psicoeducación y socialización con el tratamiento (sesiones 2-3), comprensión y conciencia de emociones (sesiones 4-5), reevaluación cognitiva (sesiones 5-6), conductas impulsadas por emociones y evitación de emociones (sesiones 7-8), conciencia y tolerancia de sensaciones físicas (sesión 9), exposición de emociones (sesiones 10-14), y prevención de recaídas (sesión 15) (Carlucci et al., 2021).

Existe una numerosa evidencia empírica de la efectividad del UP para el tratamiento de los trastornos emocionales, destacando el metaanálisis desarrollado Carlucci et al. (2021).

Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes et al., 1999)

La ACT es una terapia conductual que surge a partir de la siguiente premisa: los seres humanos realizan esfuerzos por cambiar o eliminar las experiencias que les resultan desagradables, lo que conduce a incrementar su malestar y a evitar actividades, contribuyendo, en última instancia, al desarrollo de trastornos. La ACT pretende reducir los esfuerzos por controlar/eliminar las experiencias no deseadas a través de la modificación de los contextos en los que se producen, en lugar de la forma o frecuencia de estas. Este cambio se consigue mediante estrategias de atención plena, metáforas y paradojas, con lo que se busca incrementar la flexibilidad cognitiva (entendida como la capacidad de tomar contacto con la experiencia del presente y, teniendo en cuenta las posibilidades del momento, persistir o cambiar el comportamiento para perseguir los objetivos y valores personales), y, en consecuencia, reducir la evitación experiencial. Esta terapia se estructura en un protocolo de 12 sesiones aproximadamente, trabajándose seis componentes psicológicos: la difusión cognitiva

(distanciamiento flexible del significado literal de las cogniciones), la conciencia del yo como contexto, el contacto con el momento presente, la aceptación de las experiencias privadas, la claridad de los valores personales y el cambio conductual consistente con dichos valores (Hayes et al., 2006).

En cuanto al formato de aplicación, esta terapia puede aplicarse de manera individual, grupal y en formato online (Twohig y Levin, 2017), contando con numerosos estudios que sustentan su eficacia, como en la revisión elaborada por Twohig y Levin (2017).

Activación Conductual (Behavioral Activation en inglés, BA; Martell et al., 2001)

La BA es un enfoque psicosocial estructurado y breve que pretende aliviar la depresión y prevenir futuras recaídas centrándose directamente en el cambio de comportamiento. El BA se basa en la premisa de que los problemas en la vida de las personas vulnerables, y sus respuestas conductuales a dichos problemas, reducen su capacidad de experimentar una recompensa positiva de su entorno. El objetivo del tratamiento es aumentar sistemáticamente la activación de forma que ayude a los individuos a experimentar un mayor contacto con las fuentes de recompensa de su vida y a resolver los problemas vitales. Los procedimientos de tratamiento se centran directamente en la activación y en los procesos que la inhiben, como las conductas de escape y evitación y el pensamiento rumiativo, para aumentar las experiencias placenteras o productivas y mejorar el contexto vital (Dimidjian et al., 2008).

El tratamiento no sigue un formato obligatorio sesión por sesión; sin embargo, mantiene un curso general a lo largo del tiempo, con las siguientes técnicas: 1) la programación y estructuración de actividades, 2) la solución de problemas, 3) el reforzamiento positivo directo, 4) el desvanecimiento, 5) el entrenamiento en habilidades sociales, y 6) métodos para facilitar un contacto directo con la experiencia (Barraca, 2016).

La BA cuenta con una creciente evidencia empírica de su eficacia; de hecho, nuevos datos sugieren que el AB puede ser más ampliamente elegida debido a que es más parsimoniosa que la terapia cognitivo-conductual, aunque a menudo se incluye como un componente de esta (Huguet et al., 2018).

Evaluación

Antes de empezar con la intervención, resulta imprescindible realizar una evaluación exhaustiva del paciente. En general, este proceso cuenta con los siguientes objetivos: identificar y describir la problemática por el que el paciente acude a consulta (ej.: tipo de sintomatología que presenta, frecuencia, intensidad y duración de la misma; factores que precipitan o agravan los síntomas...), explorar otras variables de interés relacionadas con el problema (ej.: estrategias de afrontamiento, apoyo social percibido, calidad de vida percibida...) y conocer las expectativas del paciente respecto a la terapia, su motivación para el cambio y sus metas.

Para realizar esta evaluación de manera óptima, se lleva a cabo una entrevista semi-estructurada de una sesión de una hora de duración. La entrevista constituye un instrumento de gran utilidad porque permite, por un lado, iniciar y establecer una relación terapéutica positiva y, por el otro, reunir la información más relevante acerca de los ámbitos de vida del paciente, su problemática, sus estrategias de afrontamiento, su contexto social, su motivación y sus recursos y limitaciones.

Una vez que se obtienen unas líneas generales de la problemática, resulta conveniente complementar la información de la entrevista con aspectos más específicos; en este caso, referidos a las dificultades en regulación emocional y la evitación experiencial como estrategia de afrontamiento general. Así, se proponen el empleo de los siguientes instrumentos estandarizados de evaluación psicológica:

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond y Snaith, 1983), adaptada al español por Herrero et al. (2003). Es una escala autoaplicada, destinada a población adulta, consta de 14 ítems en formato de respuesta tipo Likert. Evalúa síntomas de ansiedad y depresión. La escala completa presenta un buen coeficiente de consistencia interna (α de Cronbach de .90), siendo de .84 para la subescala de depresión y .85 para la subescala de ansiedad.

Acceptance and Action Questionnaire- II (AAQ-II; Bond et al., 2011), adaptado al español por Ruiz et al. (2016). Es un cuestionario autoaplicado destinado a población adulta, consta de 7 ítems en formato de respuesta tipo Likert. Evalúa evitación experiencial e inflexibilidad psicológica. Presenta un buen coeficiente de consistencia interna (α de Cronbach entre .75 y .93).

Difficulties Emotion Regulation Scale (Gratz y Roemer, 2004), adaptado al español por Hervás y Jódar (2008), está compuesta por 28 ítems con una escala Likert de 1 a 5. Evalúa las dificultades de regulación emocional a través de una puntuación total sobre 140 puntos (a mayor puntuación, peor regulación emocional) y a través de 5 subescalas: atención-desatención, claridad-confusión, aceptación-rechazo, funcionamiento-interferencia, y regulación-descontrol. Todas las subescalas, así como la puntuación total del DERS, cuentan con indicadores de buena consistencia (Puntuación total: $\alpha = .81$; Atención: $\alpha = .78$; Claridad $\alpha = .80$; Aceptación $\alpha = .91$; Funcionamiento $\alpha = .88$ y Regulación $\alpha = .89$).

Cuestionario de Salud 36-item Short Form Health Survey (SF-36; Ware et al., 1993); adaptado al español por Vilagut et al. (1995). Es un cuestionario autoaplicado destinado a población adolescente, adulta y anciana, consta de 36 ítems. Evalúa aspectos relacionados con funcionamiento y la calidad de vida. Presenta un coeficiente de consistencia interna satisfactorio (α de Cronbach $> .70$).

Para valorar la eficacia de la intervención, se realizará la entrevista y se aplicarán los instrumentos de medida, de nuevo, una vez transcurridos 4 y 12 meses de su finalización, con el fin de comparar los resultados pre-postrataiento.

Intervención

El proceso de evaluación permite establecer los objetivos a conseguir mediante la terapia y las vías más adecuadas para lograrlos. Así, en este protocolo, el objetivo principal es reducir/eliminar la sintomatología de índole emocional (generalmente síntomas ansiosos o depresivos) a través del abordaje de la evitación experiencial y la regulación emocional, puesto que desempeñan un papel relevante en el mantenimiento del trastorno emocional.

Para ello, el protocolo se estructura en 9 módulos, que se desarrollan entre 16 y 20 sesiones aproximadamente. Estas sesiones tendrán una frecuencia semanal, así como una duración de 90 minutos. Además, todas las sesiones comparten la misma estructura: empieza con la revisión de tareas asignadas en sesiones anteriores, sigue con el contenido específico de la sesión y acaba con un ejercicio de mindfulness y la asignación de tareas para casa.

En adicional, se realizarán cuatro sesiones de seguimiento: la primera después de un mes de finalizar el tratamiento, la segunda a los tres meses, la tercera a los seis meses y la última a los 12 meses. En la tabla 3 se presenta una síntesis del protocolo de intervención.

Tabla 1

Intervención Transdiagnóstica focalizada en la EA y ER

Módulos	Técnicas	Mindfulness
1: Mejora de la motivación (2 sesiones)		
- Socializar al paciente con el proceso terapéutico. - Formular el caso. - Aumentar la motivación. - Establecer en conjunto los objetivos de la terapia.	- Psicoeducación - Entrevista motivacional - Debate	Mindfulness guiado centrado en la atención plena a los sonidos.
Módulo 2: Comprensión de las emociones (2 sesiones)		
- Comprender de modo más flexible las emociones y su función adaptativa. - Lograr mayor conciencia emocional. - Detectar antecedentes y consecuencias de la emoción.	- Psicoeducación sobre las emociones - Autorregistro de experiencias emocionales	Mindfulness guiado centrado en la atención a las sensaciones corporales.
Módulo 3: Conciencia plena de la emoción (2 sesiones)		
- Entender los beneficios de observar arbitrariamente las emociones. - Practicar la toma de conciencia emocional centrada en el presente. - Aplicar estas habilidades a las emociones del día a día.	- Psicoeducación sobre las reacciones a las emociones. - Mindfulness: “conciencia emocional sin juzgar centrada en el presente” y “anclaje en el presente”. - Autorregistro emocional.	Mindfulness guiado centrado en movimientos corporales.
Módulo 4: Flexibilidad cognitiva (2 sesiones)		
- Comprender relación pensamientos y emociones. - Identificar distorsiones cognitivas. - Emplear la reevaluación	- Psicoeducación sobre relación recíproca entre pensamientos y emociones. - Reestructuración cognitiva.	Mindfulness guiado centrado en atención plena a los pensamientos.
Módulo 5: Evitación emocional y conductas impulsadas por la emoción (3 sesiones)		

<ul style="list-style-type: none"> - Identificar conductas disfuncionales en el afrontamiento de la emoción y conductas evitadas. - Comprender que, con la evitación, paradójicamente se incrementa la intensidad y duración de la emoción - Evaluar la utilidad de las formas de evitación y desarrollar alternativas de acción adaptativas. - Establecer valores personales. - Incrementar la aceptación y el contacto con el momento presente. - Distinguir los pensamientos del “yo”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación sobre los efectos de la evitación a corto y largo plazo. - Preguntas abiertas - Metáforas - Paradojas - Mindfulness 	<p>Mindfulness guiado centrado en la tolerancia al malestar (se recupera una emoción vivida desagradable y posteriormente se comparten las sensaciones).</p>
<p>Módulo 6: Activación Conductual (3 sesiones)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Establecer valores personales. - Planificar actividades: realizar jerarquía de actividad según la dificultad. - Identificar dificultades: control y manejo de antecedentes y consecuentes. - Aprender habilidades sociales y de solución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación. - Activación simple e incremento de actividades agradables. - Control de estímulos. - Manejo de contingencias - Centrarse en la experiencia sensorial actual / Desviación de atención a otra actividad. - Entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas. 	<p>Mindfulness guiado centrado en atención plena a la respiración.</p>
<p>Módulo 7: Comprensión y confrontación de las sensaciones físicas (1 sesión)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar sensaciones físicas derivadas de las emociones perturbadoras y comprender su efecto sobre la experiencia emocional. - Exponerse a dichas sensaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelado - Exposición interoceptiva - Práctica en casa 	<p>Mindfulness guiado centrado en la atención a las sensaciones corporales.</p>
<p>Módulo 8: Exposición de la emoción (3 sesiones)</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar una jerarquía de exposición a la emoción. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exposición en imaginación. - Exposición en vivo. 	<p>Mindfulness guiado centrado en la</p>

- Afrontar emociones fuertes repetidamente.	- Análisis de dificultades y estrategias empleadas. - Reestructuración cognitiva.	búsqueda de sensaciones agradables.
Módulo 9: Reconocimiento de logros y mirada hacia el futuro (1 sesión)		
- Asegurar el mantenimiento de los cambios logrados - Minimizar el riesgo de recaída a largo plazo	- Evaluación de logros y dificultades. - Prevención se recaídas	Mindfulness guiado centrado en el agradecimiento y la compasión.

A continuación, se proporciona una descripción detallada de cada uno de los módulos que componen el proceso de intervención.

- Módulo 1: Mejora de la motivación y establecimiento de objetivos

Los objetivos de este módulo son: socializar al paciente con el proceso terapéutico, formular el caso, aumentar la motivación y establecer en conjunto los objetivos de la terapia. Se dedicarán aproximadamente dos sesiones.

Para empezar, el terapeuta explica al paciente cómo la información obtenida en la evaluación fue integrada y organizada para la formulación de una hipótesis explicativa del caso (enmarcado en la temática de la presente revisión). Procede a exponerle las causas que pudieron dar lugar y estar manteniendo la sintomatología emocional; en este caso, la dificultad en regular las emociones y el empleo de evitación experiencial como estrategia de afrontamiento general.

Así, se le proporciona al paciente una breve explicación sobre la importancia de aprender a identificar, manejar y controlar las emociones desencadenadas por un estímulo/situación desagradable, así como las consecuencias negativas de intentar evadir el malestar emocional a través de la evitación experiencial constante. Se introduce también la idea de la conciencia emocional sin juzgar y se hace una breve psicoeducación acerca de la atención plena.

A continuación, se le informa que estos aspectos son los que más se van a trabajar en la terapia y se le advierte de posibles dificultades y la necesidad de su compromiso para el cambio. De este modo, sobre los principios de la entrevista motivacional, el terapeuta expone la importancia de llevar a cabo cambios, por lo que alienta al paciente a describir los pros y contras

de cambiar o de mantenerse igual, así como los costes y beneficios. El terapeuta ayuda a sopesar las ventajas e inconvenientes mediante preguntas abiertas, debates y la escucha refleja. Una vez que el paciente se compromete con el tratamiento, ambos proceden a establecer en conjunto los objetivos de la terapia, que deben ser realistas, claros y concretos.

- **Módulo 2: Comprensión de las emociones**

Los objetivos de este módulo son: comprender de modo más flexible las emociones y su función adaptativa, lograr mayor conciencia emocional y detectar antecedentes y consecuencias de la emoción. Se dedicarán aproximadamente dos sesiones.

Se comienza con una psicoeducación acerca de las emociones y su funcionalidad adaptativa para la supervivencia y la vida plena., distinguiendo las emociones primarias de las secundarias, derivadas de la evaluación de las anteriores. A continuación, se explica la diferencia entre ansiedad, miedo y estrés, importante para que aprendan a identificar correctamente sus estados emocionales y adquieran conciencia de las emociones. En este contexto, el terapeuta explica el triple sistema de respuesta de la emoción (cognitivo, fisiológico y conductual) y su interacción. Se insiste en la función del cuerpo a la hora de expresar, pero también para regular las emociones y se habla de acciones corporales que permiten regular las emociones, como el ejercicio físico o la respiración.

Además, se describe el modelo Antecedente-Emoción-Conducta, con el fin de que el paciente pueda detectar los desencadenantes y consecuentes de sus emociones, para que pueda analizar los estímulos que anteceden a las emociones y sus respuestas antes estas, a corto y largo plazo. Es aquí donde se explica el papel de la evitación como alivio inmediato, pero mantenedora del malestar emocional, puesto que al evitar no aprende a tolerar la emoción negativa, que de por sí seguiría su curso hasta desaparecer.

- **Módulo 3: Conciencia plena de la emoción**

Los objetivos de este módulo son: entender los beneficios de observar las emociones centradas en el presente sin juzgarlas y practicar su toma de conciencia. Se le dedicarán aproximadamente dos sesiones.

El terapeuta explica que a veces las personas experimentan emociones que no saben de dónde salen, por lo que resultan confusas o fuera de control. Por ello, se intenta aplicar lo

instruido en el Módulo 2 sobre la interacción entre pensamientos, sensaciones y conductas, aprendiendo a identificar las emociones primarias y sus desencadenantes. Por ejemplo, si el paciente se siente triste (emoción primaria) y piensa “no debería sentirme así, soy un inútil”, esta rumiación genera emociones secundarias de desesperación y desprecio propio, las cuales mantienen y empeoran su malestar emocional.

Para aprender la habilidad de distinguir esta reacción negativa, no objetiva y no centrada en el presente, se realizan ejercicios experienciales de mindfulness al final de cada sesión de todos los módulos (15-20 min.), con complejidad progresiva. Un ejercicio puede ser aplicar conciencia plena a lo que está ocurriendo en ese momento dentro de sí mismo (pensamientos, sensaciones, tendencias de acción) en un contexto neutro; mientras que otro ejercicio puede darse durante una experiencia emocional que despierte fuertes emociones (p. ej., una canción).

También, se le enseña al paciente a asociar una señal (como puede ser una respiración profunda) con la focalización de su atención en el momento presente, para que la emplee en instantes de malestar emocional. Una vez que redirija su atención, debe realizar un rápido “chequeo de tres puntos”, observando la experiencia emocional con objetividad y aceptación, preguntándose: “¿Qué emoción estoy experimentando ahora?”, “¿Qué estoy haciendo o siento deseos de hacer ahora?”, “¿Cuáles son mis pensamientos y sensaciones físicas ahora?”. Así, el paciente debe identificar cualquier reacción disfuncional y reemplazarla por respuestas más adaptativas.

- **Módulo 4: Flexibilidad cognitiva**

Los objetivos de este módulo son: comprender la relación entre pensamiento y emociones, identificar las distorsiones cognitivas y aprender a pensar de modo más flexible. Se dedicarán aproximadamente dos sesiones.

El terapeuta ayuda al paciente a entender cómo su manera de interpretar las situaciones influye sobre sus reacciones emocionales y estas, a su vez, sobre sus interpretaciones. Por ello, es necesario que identifique sus pensamientos automáticos y negativos, derivados de las creencias nucleares sobre sí mismo, como “Soy un fracaso” o “Soy vulnerable”. De este modo, el terapeuta realiza psicoeducación acerca de las “trampas del pensamiento”, destacando la sobreestimación de probabilidades (p. ej.: “No me van a volver a contratar”) y la catastrofización (p. ej., “Me quedaré solo y sin amigos”). Asimismo, se buscan interpretaciones

alternativas más flexibles que generen un mayor bienestar y fomenten tanto la reevaluación cognitiva como la flexibilidad del pensamiento, a través de técnicas como la “flecha descendente”.

- **Módulo 5: Evitación emocional y conductas impulsadas por la emoción**

Los objetivos de este módulo son: identificar conductas disfuncionales en el afrontamiento de la emoción y conductas evitadas; comprender que, con la evitación, paradójicamente se incrementa la intensidad y duración de la emoción; evaluar la utilidad de las formas de evitación y desarrollar alternativas de acción adaptativas; establecer valores personales; incrementar la aceptación y el contacto con el momento presente; y, distinguir los pensamientos del “yo”. Se dedicarán aproximadamente tres sesiones.

Para empezar, se analiza con el paciente las consecuencias negativas y la utilidad del afrontamiento evitativo de la emoción: 1) al impedirse experimentarla de pleno, la emoción no se resuelve naturalmente y el malestar emocional se mantiene, además de que los esfuerzos por resistirla, posibilita que se exacerbe; 2) no descubre que sus expectativas negativas no se cumplen, es decir, no se produce la extinción; y 3) no aprende estrategias de regulación emocional más adaptativas. En este contexto, el terapeuta explica las distintas estrategias de evitación (conductual, sutil, cognitiva, uso de señales de seguridad y conductas de escape) al paciente, con el fin de que identifique cuáles son las que recurre con más frecuencia, y así, poder identificar alternativas de respuesta que ayuden a aproximarse a las emociones temidas (en vez de evitarlas o escapar de ellas)

Al evaluar las consecuencias y utilidad de su conducta evitativa, el terapeuta también encamina la terapia hacia la identificación de los valores vitales para el paciente, a través de preguntas como: “¿Qué quieres que represente tu vida?”, “Si sólo tuvieras hoy para vivir, ¿cómo pasarías el día?”. La clarificación de los valores puede ser un factor importante de motivación, puesto que es más probable que las personas se pongan en contacto con acontecimientos privados no deseados cuando están relacionados con la vivencia de sus valores.

En línea con esto, es necesario trabajar la difusión cognitiva, es decir, el distanciamiento de uno mismo con los pensamientos que tiene, lo contrario a la fusión cognitiva. La fusión con los pensamientos puede volverse problemática cuando la persona se cree plenamente los

pensamientos que pasan por su mente. Así, el terapeuta empleará metáforas y paradojas para enseñar al paciente a experimentar los contenidos privados por lo que realmente son (p. ej., los pensamientos como pensamientos, las sensaciones como sensaciones), no por lo que ellos mismos anuncian ser. El paciente puede pensar “Soy un plátano” y pensar o decir esas palabras no lo convierte en uno. Otro propósito es mostrar cómo los pensamientos, sentimientos, evaluaciones y otros acontecimientos privados no causan el comportamiento, aunque pueda parecer que sí lo hacen. Esto se puede demostrar mediante un ejercicio que consiste en tocar la pared mientras se piensa “No puedo levantarme y tocar la pared”.

Por otro lado, se le recuerda al paciente, de nuevo, que la fusión con los contenidos del pasado o el futuro impide vivir en el momento presente, o el lugar donde se vive. Por ello, mediante ejercicios de aceptación y de atención plena, los pensamientos y las emociones son llevadas al mismo nivel, donde el contenido se experimenta en el “aquí y ahora” y desde la misma perspectiva del “yo”. El mindfulness resulta de utilidad para que el paciente preste atención al presente sin realizar una evaluación, juicio de valor o la supresión del contenido que se está experimentando, simplemente dejando que los acontecimientos privados vayan y vengan, sentándose con ellos y percibiéndolos tal y como son en cada momento. Estos ejercicios de aceptación y atención plena enseñan nuevas habilidades y caminos para relacionarse con el mundo por fuera y dentro de la piel al crear un “espacio” entre la persona experimentando y el contenido siendo experimentado. En este sentido, se emplean ejercicios del “yo” como contexto para crear este espacio entre el observador y lo observado, el pensador y el pensamiento, etc. Por ejemplo, se le anima al paciente a visualizarse como una pantalla donde se proyectan miles de experiencias (pensamientos, recuerdos, sentimientos...). A la pantalla no le importa el contenido de la proyección, sino que se limita a ser el portador que proporciona un lugar y espacio para esas experiencias. Dando la bienvenida a estas experiencias, se evita la lucha contra ellas o su resistencia, por lo que no hay esfuerzos o la necesidad de regular la experiencia para que sea otra cosa distinta de lo que es. Cuando las personas aprenden a distinguir entre los acontecimientos privados y el contexto en el que se producen, se da un paso importante en el desarrollo de la flexibilidad psicológica a largo plazo.

- **Módulo 6: Activación Conductual**

De forma general, la Activación Conductual tiene como objetivo crear una vida con significado y propósito, y esto lo logra a través del contacto con fuentes establecidas y diversas

de refuerzo positivo. Así, los objetivos de este módulo son: establecer valores personales; planificar actividades y realizar una jerarquía según la dificultad; identificar las dificultades; y, aprender habilidades sociales y de solución de problemas. Para este módulo, se dedican aproximadamente 3 sesiones.

Para empezar, el terapeuta evalúa las áreas vitales significativas del paciente, mediante preguntas: “¿Cómo han sido sus acciones de consistentes con este valor en la última semana?”, “¿Qué tipo de persona le gustaría ser en esta área?”, “¿Qué objetivos inmediatos y concretos podrían definirse en relación con esta área?” etc. Una vez establecidos los valores y objetivos, el terapeuta le explica la función de la activación en el tratamiento: implicarse con objetivos y actividades relevantes de su vida cotidiana favorece que mantenga el contacto con las experiencias de su vida y con sus fuentes de refuerzo; es decir, la activación actúa como una condición moduladora del sufrimiento humano y permite no caer en la “trampa” de la evitación experiencial.

Para favorecer la Activación, se diseña una jerarquía de actividades ordenadas en términos de dificultad, empezando por las más simples. En este sentido, el paciente debe cubrir una hoja de registro de las actividades, indicando la actividad, fecha, obstáculos previsibles, soluciones para estos, y los resultados. Además, es relevante incluir actividades agradables, con el fin de que incremente su realización y aumente la probabilidad de éxito.

Según los resultados de esta hoja de registro, se realiza una evaluación funcional, con la que el paciente debe identificar los antecedentes de la acción, los repertorios conductuales y las consecuencias. Teniendo en cuenta las dificultades que pudieron surgir, el terapeuta puede llevar a cabo técnicas como: el control de estímulos (p. ej., si el paciente se olvidó de realizar la actividad, puede colocar un post-it en un lugar estratégico); el entrenamiento en la planificación del tiempo, en habilidades sociales y/o en solución de problemas; la identificación de rumiaciones y preocupaciones durante la acción, con el fin de afrontarlos mediante la focalización en la experiencia sensorial actual o la desviación de la atención hacia otra actividad; y, finalmente, el manejo de contingencias (usar refuerzos, castigos, etc. para aumentar la probabilidad de que se realice la actividad deseada).

- **Módulo 7: Comprensión y confrontación de las sensaciones físicas**

Los objetivos de este módulo son: identificar sensaciones físicas derivadas de las emociones perturbadoras y comprender su efecto sobre la experiencia emocional; y, exponerse a dichas sensaciones para aumentar la tolerancia a ellas. Se dedica aproximadamente una sesión.

El terapeuta ayuda al paciente a identificar qué sensaciones físicas forman parte de sus experiencias emocionales perturbadoras y a comprender que, si las interpreta como peligrosas o intolerables, estas se intensifican y prolongan. En cambio, si las considera normales y no piensa que puedan interferir en su desempeño, disminuirán hasta desaparecer. Por ello, con el fin de incrementar su tolerancia a estas sensaciones, debe exponerse repetidamente a ellas. Algunos ejercicios de exposición interoceptiva son: hiperventilación, respiración a través de una pajita, dar vueltas sobre sí mismo... El terapeuta puede actuar como modelo de los ejercicios para que después sea el paciente sea el que determine cuáles son los ejercicios que le generan sensaciones parecidas a las que experimenta típicamente en momentos de malestar emocional. Después, se le pide que registre estas sensaciones, describiéndolas e indicando su intensidad, grado de malestar y semejanza con las sensaciones típicas. Así, se le pide que complemente los ejercicios que resultaron útiles varias veces al día, durante las próximas semanas, esperando que el malestar disminuya con la exposición repetida y que compruebe que sus sensaciones somáticas no son tan peligrosas como creía.

- **Módulo 8: Exposición a la emoción**

Los objetivos de este módulo son: entender el propósito de exponerse a las emociones, desarrollar una jerarquía de exposición a la emoción, y afrontar repetidamente emociones fuertes que resultan difíciles de tolerar.

En este módulo se ponen en práctica los conceptos aprendidos a lo largo del tratamiento (tanto dentro como fuera de las sesiones), mediante exposiciones a experiencias emocionales relacionadas con los síntomas del paciente. Las exposiciones a la emoción pueden implicar afrontar situaciones o actividades que desencadenan fuertes emociones previamente evitadas, pero el foco está en provocar dichas emociones, no las situaciones en sí mismas. De este modo, las señales interoceptivas identificadas en el módulo anterior son integradas en este. Las exposiciones a la emoción sirven para reemplazar las interpretaciones acerca de la peligrosidad de las situaciones por otras más adaptables, revertir la evitación y escape emocional, y, sobre

todo, extinguir las reacciones de aversión a las experiencias emocionales intensas. Así, el paciente y terapeuta diseñan conjuntamente la jerarquía de actividades de exposición a las emociones, con un registro donde se describe la conducta a realizar y se indica el grado de malestar que le causa y las conductas de evitación empleadas.

En este contexto, primero se realizan exposiciones en la imaginación durante las sesiones: el terapeuta debe observar el uso de cualquier estrategia de evitación (sea conscientemente o no) y ayudar al paciente con cualquier interpretación automática negativa, de modo que la reemplace por otra más apropiada, mediante la reestructuración cognitiva o la técnica de flecha descendente.

Una vez superados los ítems de la exposición en imaginación sin dificultades, se procede a la exposición en vivo. Si es posible, se realiza durante la sesión; de lo contrario, se le pide que cubra la hoja de registro de la práctica de exposición emocional y se analiza los resultados posteriormente en la sesión.

- **Módulo 9: Reconocimiento de logros y mirada hacia el futuro**

Los objetivos del módulo final son: asegurar el mantenimiento de los cambios logrados y minimizar el riesgo de recaída a largo plazo.

En esta sesión final del tratamiento se repasan los principales conceptos, enfatizando las estrategias aprendidas para el afrontamiento de las emociones y la necesidad de practicarlas regularmente. Además, se revisa el progreso y los logros del paciente, reforzándolo positivamente por cada uno de ellos.

Por otro lado, se lleva a cabo un análisis de las dificultades o problemas que hayan podido surgir, como la falta de adhesión, la falta de comprensión de los objetivos del tratamiento o de los principios, metas irreales, etc.

Finalmente, con el objetivo de afrontar futuros hechos estresantes y momentos donde reaparezcan los síntomas, se analizan posibles situaciones de riesgo (p. ej., percepción de síntomas físicos desagradables) y se elabora un plan de acción antes las mismas. De este modo, se exponen las estrategias específicas aprendidas que resultaron más efectivas para el paciente.

Conclusiones

Los trastornos emocionales son altamente prevalentes y comórbidos entre sí, produciendo un gran sufrimiento y consumo de recursos. Desde la psicología, la perspectiva transdiagnóstica ha permitido identificar los factores subyacentes al origen y/o curso de dichos trastornos, desarrollando intervenciones que se centran en el abordaje de estos factores.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente revisión, tanto la evitación experiencial como la (des)regulación emocional son variables que desempeñan un rol relevante en la etiología y/o mantenimiento de los trastornos emocionales. Ambas variables constituyen respuestas de afrontamiento ante la anticipación o la vivencia de experiencias internas desagradables, ocasionadas por sucesos externos y/o internos. Dichas respuestas se vuelven desadaptativas cuando se consolidan como un patrón rígido, inflexible y generalizado, pudiendo aliviar el malestar emocional a corto plazo, pero exacerbándolo a medio/largo plazo.

En esta línea, los resultados pusieron de manifiesto la efectividad de varias intervenciones psicológicas para el abordaje de estas variables, donde se trabaja, especialmente los siguientes aspectos: la toma de contacto con las emociones propias y las experiencias internas/externas que resultan desagradables, la atención plena y aceptación emocional, y, finalmente, la activación conductual. Destacan, así, el Protocolo Unificado de Barlow et al. (2011), la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes et al. (1999) y la Activación Conductual de Martell, et al. (2001).

Por otro lado, los resultados mostraron que ambas variables interaccionan entre sí, de modo que una puede mediar el papel de la otra en la relación entre ellas y los trastornos emocionales. En este sentido, también se hallaron otras variables transdiagnósticas que ejercen influencia sobre la evitación experiencial y/o la (des)regulación emocional, afectando a su efecto sobre los trastornos emocionales. Este hecho expone la necesidad de seguir investigando en este ámbito, con el fin de lograr un mayor grado de comprensión de los factores subyacentes a los trastornos emocionales y, en consecuencia, poder desarrollar tratamientos transdiagnósticos óptimos.

Referencias Bibliográficas

- Abasi, I., Shams, G., Pascual-Vera³, B., Milosevic, I., Bitarafan, M., Ghanadanzadeh, S., y Talebi Moghaddam, M. (2021). Positive emotion regulation strategies as mediators in depression and generalized anxiety disorder symptoms: A transdiagnostic framework investigation. *Current Psychology*, 1-8.
- Ådnøy, T., Solem, S., Hagen, R., y Havnen, A. (2023). An empirical investigation of the associations between metacognition, mindfulness experiential avoidance, depression, and anxiety. *BMC psychology*, 11(1), 281.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 211–221.
- Anderson, G. N., Tung, E. S., Brown, T. A., y Rosellini, A. J. (2021). Facets of emotion regulation and emotional disorder symptom dimensions: Differential associations and incremental validity in a large clinical sample. *Behavior therapy*, 52(4), 917-931.
- Barlow, D. H. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Workbook*. Oxford University Press.
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165).
- Barrett, L. F., Gross, J. J., Christensen, T. C., y Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15(6), 713–724.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G., DeRubeis, R. J., y Hollon, S. D. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Publications.
- Behar, E., DiMarco, I.D., Hekler, E.B., Mohlman, J. y Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023. Doi: 10.1016/j.janxdis.2009.07.006
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Mcgraw Hill.
- Berman, N. C., Shaw, A. M., y Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation in patients with obsessive compulsive disorder: Unique effects for those with “taboo thoughts”. *Cognitive therapy and research*, 42, 674-685.

- Billings, A. G., y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of behavioral medicine*, 4(2), 139-157.
- Boettcher, H., Correa, J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Rosellini, A. J., Brown, T. A., Kennedy, K., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2020). Dimensional Assessment of Emotional Disorder Outcomes in Transdiagnostic Treatment: A Clinical Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 442-453. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.11.001>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Boulanger, J., Hayes, S., y Pistorello, J. (2009). Experiential avoidance as a Functional Contextual Concept. En A. M. Kring y D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 107-136). The Guilford Press.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. En G. C. L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worry: Perspectives on theory, assessment, and treatment*. Sussex, England: Wiley.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R., y Mancill, R.B. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol*. 2001;110(4):585-99. Doi: 10.1037//0021-843x.110.4.585.
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 26(2). <https://doi-org.ezbusc.usc.gal/10.1111/cpsp.12278>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav. Res. Ther.* 44, 1251-1263. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.001
- Campbell-Sills, L., y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford Press.
- Carlucci, L., Saggino, A. y Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 87, 101999.

- Chambers, R., Gullone, E., y Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29(6), 560-572.
- Chang, E. C., Downey, C. A., y Salata, J. L. (2004). Social Problem Solving and Positive Psychological Functioning: Looking at the Positive Side of Problem Solving.
- Chawla, N., y Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of clinical psychology*, 63(9), 871-890.
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., y Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 7, 1-10.
- Clark, D. A., y Talyor, S. (2009). The Transdiagnostic Perspective on Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Depression: New Wine for Old Wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 60-66
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29, 749-753
- D'Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., y Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 968-980.
- Den Ouden, L., Tiego, J., Lee, R. S., Albertella, L., Greenwood, L., Fontenelle, L., Yücel, M., y Segrave, R. (2020). The role of experiential avoidance in transdiagnostic compulsive behavior: a structural model analysis. *Addictive Behaviors*, 108, 106464.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., Herman-Dunn, R., y Barlow, D. H. (2008). Behavioral activation for depression. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*, 4, 328-364.
- Estévez, A., Ramos, J., y Salguero, J. M. (2015). *Tratamiento transdiagnóstico de los desórdenes emocionales*. Síntesis.
- Eustis, E. H., Cardona, N., Nauphal, M., Sauer-Zavala, S., Rosellini, A. J., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2020). Experiential avoidance as a mechanism of change across cognitive-behavioral therapy in a sample of participants with heterogeneous anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 275-286.
- Eysenck, H. J. (1983). Prefacio. En H. J. Eysenck (Ed.). *Manual de psicología anormal* (2a. ed.). México: Manual Moderno (Publicación original: 1973).
- Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., González-Fernández, S., y Cuesta, M. (2023). Is activation the active ingredient of transdiagnostic therapies? A

- randomized clinical trial of behavioral activation, acceptance and commitment therapy, and transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for emotional disorders. *Behavior modification*, 47(1), 3-45.
- Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., y Pérez-Álvarez, M. (2018). Activation vs. experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An empirical study. *Frontiers in psychology*, 9, 1618.
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., y Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological assessment*, 23(3), 692.
- Gratz, K. L., y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). New York: Guilford Press.
- Harvey, A. G., Watkins, E. R., Mansell, W., y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., y Bergan, J. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553–578.

- Hayes, S. C., y Wilson, K. G. (1994). Acceptance and commitment therapy: Altering the verbal support for experiential avoidance. *The Behavior Analyst, 17*(2), 289-303.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152.
- Huguet, A., Miller, A., Kisely, S., Rao, S., Saadat, N., y McGrath, P. J. (2018). A systematic review and meta-analysis on the efficacy of Internet-delivered behavioral activation. *Journal of affective disorders, 235*, 27-38.
- Im, S., y Kahler, J. (2022). Evaluating the empirical evidence for three transdiagnostic mechanisms in anxiety and mood disorders. *The Journal of general psychology, 149*(2), 232-257.
- John, O. P., y Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality, 72*(6), 1301-1334.
- Jones, K. D. (2012). Dimensional and cross-cutting assessment in the DSM-5. *Journal of Counseling & Development, 90*(4), 481-487.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behav. Res. Ther. 44*, 1301–1320. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.003
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry, 51*(1), 8-19.
- Khakpoor, S., Bytamar, J. M., y Saed, O. (2019). Reductions in transdiagnostic factors as the potential mechanisms of change in treatment outcomes in the Unified Protocol: a randomized clinical trial. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome, 22*(3), 379.
- Khakpoor, S., Saed, O., y Armani Kian, A. (2019). Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: double-blind randomized clinical trial. *Trends in psychiatry and psychotherapy, 41*(3), 227-236.

- Lee, S. W., Lee, S. J., y Choi, M. (2025). Psychological Inflexibility, Cognitive Fusion, and Thought–Action Fusion as a Transdiagnostic Construct: Direct Comparisons Among Major Depressive Disorder, Obsessive–Compulsive Disorder, and Healthy Controls. *Psychiatry Investigation*, 22(1), 93.
- Lemos, S. (2008). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos. (Eds.). *Manual de psicopatología* (pp. 93-118). McGraw Hill.
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Mohlman, J., Shear, M. K., Dew, M. A., Schulz, R., Miller, M. D., Tracey, B., y Reynolds, C. F. (2005). Generalized anxiety disorder in late life - Lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 77–80. <https://doi-org.ezbusc.usc.gal/10.1176/appi.ajgp.13.1.77>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., y Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of contextual behavioral science*, 3(3), 155-163.
- Li, Y., Zhang, A. J., Meng, Y., Hofmann, S. G., Zhou, A. Y., y Liu, X. (2023). A randomized controlled trial of an online self-help mindfulness intervention for emotional distress: Serial mediating effects of mindfulness and experiential avoidance. *Mindfulness*, 14(3), 510-523.
- Lukas, C. A., Ebert, D. D., Fuentes, H. T., Caspar, F., y Berking, M. (2018). Deficits in general emotion regulation skills—Evidence of a transdiagnostic factor. *Journal of clinical psychology*, 74(6), 1017-1033.
- Malicki, S., y Ostaszewski, P. (2014). Experiential avoidance as a functional dimension of a transdiagnostic approach to psychopathology. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 23(2), 61-71.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(1), 6-19
- McEvoy, P. M., Nathan, P., y Norton, P.J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 23(1), 20-33
- Mennin, D. S., y Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329–352.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., y Turk, C. L. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1281–1310.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1281–1310.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *28*, 487–495
- Mohammadkhani, P., Abasi, I., Pourshahbaz, A., Mohammadi, A., y Fatehi, M. (2016). The role of neuroticism and experiential avoidance in predicting anxiety and depression symptoms: Mediating effect of emotion regulation. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, *10*(3), e5047.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 504–511.
- Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and distress following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 105–121.
- Nolen-Hoeksema, S., y Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on psychological science*, *6*(6), 589-609.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, *3*(5), 400-424.
- Orouji, F., Abdi, R., y Chalabianloo, G. (2022). Mediating role of psychological inflexibility as transdiagnostic factor in the relationship between emotional dysregulation and sleep problems with symptoms of emotional disorders. *Frontiers in Psychology*, *13*, 800041.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., y Brennan, S. E. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española De Cardiología*, *74*(9), 790–799.
- Papageorgiou, C., y Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, *27*, 261-273.

- Reed, G. M., y Ayuso-Mateos, J. L. (2011). Hacia una clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 4(3), 113-116.
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., y Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry*, 12(2), 92-98.
- Rodríguez-Blanco, L., Calvo-Bieger, P., Sánchez-López, Á., y Baca-García, E. (2025). Utilidad clínica del Protocolo Unificado (PU) adaptado como un programa grupal breve administrado en el sistema público español de salud mental: The clinical utility of the Unified Protocol (UP) adapted as a brief group program administered in the Spanish public mental health system. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 30(1), 33-48.
- Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. En *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 213-240). Boston, MA: Springer US.
- Rothbart, M. K., y Sheese, B. E. (2007). Temperament and emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 331-350). New York: Guilford Press.
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz, R., Medrano, L., Moriana, J. A., Buiza, C., Jiménez, G., & González-Blanch, C. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad Y Estrés*, 23(2), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Sahib, A., Chen, J., Cárdenas, D., Caezar, A. L., y Wilson, C. (2024). Emotion regulation mediates the relation between intolerance of uncertainty and emotion difficulties: A longitudinal investigation. *Journal of Affective Disorders*, 364, 194-204.
- Sakiris, N., y Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical psychology review*, 72, 101751.
- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*, 33-50.
- Salters-Pedneault, K., Steenkamp, M. y Litz, B. T. (2009). Suppression. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 13-37). The Guilford Press.

- Sanabria, A. J., Rigau, D., Rotaecche, R., Selva, A., Marzo-Castillejo, M., y Alonso-Coello, P. (2015). Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica. *Atención primaria*, 47(1), 48-55.
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(3).
- Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press.
- Schaeuffele, C., Bär, J., Buengener, I., Grafiadeli, R., Heuthaler, E., Strieder, J., Ziehn, P., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., y Boettcher, J. (2022). Transdiagnostic processes as mediators of change in an internet-delivered intervention based on the unified protocol. *Cognitive Therapy and Research*, 1–14.
- Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B. y Boettcher, J. (2020). CBT at the Crossroads: The Rise of Transdiagnostic Treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14, 86-113. Doi: 10.1007/s41811-020-00095-2
- Sierra, M. A., y Ortiz, E. (2022). Psychological inflexibility components as trans-diagnostic predictors of emotional symptomatology and suicide risk among young adults. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 10(3).
- Spinhoven, P., Drost, J., de Rooij, M., van Hemert, A. M., y Penninx, B. W. (2014). A longitudinal study of experiential avoidance in emotional disorders. *Behavior therapy*, 45(6), 840-850.
- Sterne, J. A., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H., Corbett, M. S., y Eldridge, S. M. (2019). RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Bmj*, 366
- Sterne, J. A., Hernán, M. A., Reeves, B. C., Savović, J., Berkman, N. D., Viswanathan, M., Henry, D., Altman, D. G., Ansari, M. T., y Boutron, I. (2016). ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *Bmj*, 355
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., y Williams, M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25–39.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2–3), 25–52.

- Thompson, R. A. y Goodman, M. (2009). Development of Emotion Regulation. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 38-58). The Guilford Press.
- Tull, M. T., y Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 199–210.
- Twohig, M. P., y Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: a review. *Psychiatric clinics*, 40(4), 751-770.
- Vassilopoulos, S. P. (2008). Social anxiety and ruminative self-focus. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 860–867.
- Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and social psychology bulletin*, 29(1), 96-107.
- Watts, F. (2007). Emotion regulation and religion. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 504–522). New York: Guilford Press
- Werner, K. y Gross, J. (2009). Emotion Regulation and Psychopathology. En A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 13-37). The Guilford Press.
- Wirtz, C. M., Radkovsky, A., Ebert, D. D., y Berking, M. (2014). Successful application of adaptive emotion regulation skills predicts the subsequent reduction of depressive symptom severity but neither the reduction of anxiety nor the reduction of general distress during the treatment of major depressive disorder. *PloS one*, 9(10), e108288.
- World Health Organization. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (27 de septiembre de 2023). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Yaztappeh, J. S., Mousavi, S. E., Shahkaram, H., Kianimoghadam, A. S., Bakhtiari, M., Didar, F., Emami, A., Rajabi, M., y Arani, A. M. (2023). Prediction of Emotional Disorders Based on Neuroticism with Emotion Regulation, Experiential Avoidance, and Repetitive Negative Thinking. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 12(2).

Índice de Tablas

Tabla 1. Intervención Transdiagnóstica focalizada en la EA.....	pág. 59
Tabla 2. Evitación experiencial como factor transdiagnóstico en trastornos emocionales.....	pág. 83
Tabla 3. Regulación emocional como factor transdiagnóstico en trastornos emocionales.....	pág. 90
Tabla 4. Evitación experiencial y regulación emocional como factores transdiagnósticos en trastornos emocionales.....	pág. 97

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Basado en la Aceptación (Roemer y Orsillo, 2005).....	pág. 18
Figura 2. Modelo Modal de la Emoción, actualizado por Gross y Thompson (2007).....	pág. 20
Figura 3. Modelo del proceso de la regulación emocional de Gross (1998).....	pág. 21
Figura 4. Modelo de Desregulación Emocional de Mennin et al. (2005).....	pág. 26
Figura 5. Diagrama de flujo sobre el proceso de búsqueda y selección de estudios.....	pág. 34
Figura 6. Gráfico integrador de la influencia de las variables en los trastornos emocionales.....	pág. 52

Apéndice: Listado de Acrónimos

- AAQ-II. Cuestionario de Aceptación y Acción
- ACT. Terapia de Aceptación y Compromiso
- BA. Activación Conductual
- DE. Desregulación emocional
- DERS. Escala de las Dificultades de Regulación emocional
- DSM. Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales
- EA. Evitación Experiencial
- EDM. Modelo de Desregulación Emocional
- ER. Regulación emocional
- ERQ. Cuestionario de Regulación Emocional
- MEAQ. Cuestionario Multidimensional de Evitación Experiencial
- PSWQ. Cuestionario de la Preocupación Estado Penn
- RRS. Escala de Respuesta Rumiativa
- UP. Protocolo Unificado
- WHO. Organización Mundial de la Salud

Anexos

Tabla 2

Evitación experiencial como factor transdiagnóstico en trastornos emocionales

Autor, año	Revista	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Variables e instrumentos	Resultados
Ådnøy, et al., 2023	BMC Psychology	Transversal	N = 364 Rango de edad: 18-76 años Edad media: 38.44 años Mujeres (43.7%) Hombres (56.3%)	- Explorar la posible relación entre metacognición, mindfulness y EA, así como explorar en qué medida estos constructos explican la sintomatología emocional.	- Evitación experiencial AAQ-II - Metacognición MCQ-30 - Mindfulness FFMQ - Trastornos emocionales GAD-7	- Existen asociaciones significativas entre metacognición, mindfulness y EA, y todos estos factores fueron asociados con sintomatología emocional, sobre todo la EA.
Den Ouden et al., 2020	Addictive Behaviors	Transversal	N = 492 Rango de edad: 19-48 años Edad media: 30.8 años Mujeres (43.7%) Hombres (56.3%)	- Examinar si existe una relación entre la EA y la frecuencia y severidad de la conducta compulsiva transdiagnóstica	- Evitación experiencial MEAQ-30 - Trastornos emocionales Y-BOCS STAI-Y2 PSS	- La EA tiene un efecto indirecto sobre la compulsividad, y está mediada por el estrés psicológico. - Individuos con elevada EA paradójicamente experimentan mayores niveles de malestar emocional.

<p>Eutis et al., 2020</p>	<p>Cognitive Therapy and Research</p>	<p>ECA</p>	<p>N=179 Rango edad: 18 años o más Edad media: 30.66 años Mujeres (55.3%) Hombres (44.7%)</p>	<p>- Examinar el grado en que se producen reducciones significativas en la EA a lo largo del proceso de tratamientos CBT. - Examinar en qué medida los cambios se asocian con cambios en la sintomatología ansiosa. - Examinar el grado en que los cambios en EA preceden y predicen cambios en la sintomatología ansiosa.</p>	<p>-Evitación experiencial MEAQ -Trastornos de ansiedad HAS</p>	<p>- Se encontraron reducciones significativas en la EA a lo largo de los tratamientos de CBT. - Los cambios en EA se asociaron significativamente con cambios en síntomas ansiosos. - Los cambios en EA preceden y predicen cambios en síntomas ansiosos.</p>
---------------------------	---------------------------------------	------------	---	--	---	--

<p>Fernández et al., 2018</p>	<p>Frontiers in Psychology</p>	<p>Transversal</p>	<p>N = 242 Rango de edad: 17-73 años Edad media: 49.60 años Mujeres (214) Hombres (28)</p>	<p>- Examinar el grado de comorbilidad entre ansiedad y depresión. - Examinar si la presencia de patrones de EA se relaciona con malestar emocional, mientras que otra variable (Activación) es protectora de dicho malestar</p>	<p>- Evitación experiencial y Activación BADS - Trastornos emocionales HADS - Refuerzo del ambiente EROS</p>	<p>- Las personas sin quejas emocionales mantenían un mayor contacto con experiencias vitales y con fuentes ambientales de recompensa que aquellas con malestar emocional. - El incremento en EA junto a la reducción en las respuestas de Activación están asociados al malestar emocional clínico.</p>
<p>Lee SW et al., 2025</p>	<p>National Library of Medicine</p>	<p>Transversal</p>	<p>N = 123 Rango de edad: 18-45 años Edad media: 26.57 años Mujeres (68) Hombres (55) MDD= 34</p>	<p>- Examinar si los factores potencialmente transdiagnósticos (EA, CF, T-AF) tendrán mayor presencia en los dos grupos clínicos que en el grupo sano.</p>	<p>- Evitación experiencial AAQ-II AAQ-OC - Fusión cognitiva CFQ - Fusión Pensamiento-Acción TAFS</p>	<p>- Las tres variables se identificaron como factores transdiagnósticos. - Los dos grupos clínicos mostraron puntuaciones más elevadas de las variables que el grupo sano. - Todas las variables mostraron correlación con la sintomatología</p>

			OCD = 43 CG= 46	- Examinar si estos factores predicen síntomas depresivos y obsesivos en los grupos de MDD y OCD.	- Trastornos emocionales CES-D Y-BOCS	depresiva y obsesiva en todos los grupos. - Las tres variables explicaron el 26% de la puntuación de depresión en el grupo MDD y el 27% de la sintomatología obsesiva en el grupo OCD.
Levin et al., 2014	Journal of Contextual Behavioral Science	Transversal	N = 972 Rango de edad: 17-20 años Edad media: 18.14 años Mujeres (62.3%) Hombres (37.7%)	- Examinar la relación de la PI con los trastornos emocionales, consumo de sustancias y alimentarios diagnosticados tanto actualmente como durante la historia clínica. - Examinar la relación de la PI con la	- Evitación experiencial AAQ-II - Trastornos emocionales SCID GHQ	- La PI se relacionó con una serie de trastornos depresivos y de ansiedad, tanto actuales como a lo largo de la vida. - La PI se relacionó con los antecedentes de haber padecido algún trastorno alimentario a lo largo de la vida y, en concreto, anorexia nerviosa. - El AAQ-II estaba significativamente relacionado con padecer un trastorno comórbido

				comorbilidad entre trastornos.		depresivo, de ansiedad o por consumo de sustancias en comparación con tener sólo uno de estos diagnósticos.
Li et al., 2023	Springer Nature	ECA	N = 75 Rango de edad: 18-65 años iMIED + TAU (tratamiento frecuente) = 37 Grupo solo TAU= 38	- Examinar la eficacia del programa iMIED en reducir el malestar emocional. - Examinar si los cambios en mindfulness y EA producen cambios en la sintomatología emocional.	- Evitación experiencial AAQ-II - Mindfulness FFMQ-SF - Trastornos emocionales K10 BAI BDI-II	- El programa iMIED resultó más eficaz en la mejora de mindfulness y en la reducción de ansiedad, depresión, malestar emocional y EA que solo el TAU. - La mejora en mindfulness durante las primeras semanas llevó a la reducción de EA en la quinta semana, y al final, a la reducción en la sintomatología emocional.
Sierra y Ortiz, 2022	Mediterranean Journal of Clinical Psychology	Transversal	N = 513 Rango de edad: 18-39 años Edad media: 27 años Mujeres (418)	- Confirmar el papel predictivo y cuantificar la contribución de los componentes de la PI y otros factores de riesgo.	- Evitación experiencial AAQ-II - Fusión cognitive CFQ - Pensamiento negativo repetitivo	- Solo EA, CF y el pensamiento negativo repetitivo mostraron ser significativos como factores de riesgo transdiagnósticos para la sintomatología emocional.

			Hombres (88) No binario (7)	- Examinar el papel de la PI como predictora de sintomatología emocional y de riesgo de suicidio.	PTQ - Obediencia social GPQ - Obstrucción de valores VQ - Trastornos emocionales DASS-21 MINI-C	- Solo EA y la obediencia social fueron predictivas del elevado riesgo de cometer suicidio.
Spinhoven et al., 2014	Behavior Therapy	Longitudinal	N = 2316 Rango de edad: 18-65 años Edad media: 42.2 años Mujeres (66.8%) Hombres (33.2%)	- Examinar si la EA es un factor causal en el desarrollo y curso de trastornos emocionales.	- Evitación experiencial AAQ-I - Trastornos emocionales CIDI	- La EA predice la aparición, persistencia y recuperación de los trastornos emocionales.

ABREVIATURAS: EA: Experiential Avoidance; PI: Psychological Inflexibility; MDD; Major Depressive Disorder; OCD: Obsessive-Compulsive Disorder; CG: Control Group; AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire-II (Bond et al., 2011); MCQ-30: Metacognitions Questionnaire-30 (Wells y Cartringt-Hatton, 2009); FFMQ-24: The Five Facet Mindfulness Questionnaire-24 (Bohlmeijer et al., 2011); GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item (Spitzer, 2006); MEAQ-30: Experiential Avoidance Questionnaire 30-item (Sahdra et al., 2016); Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman, 1989); STAI-Y2: State-Trait Anxiety Inventory Y2 (Spielberger, 1983); PSS: [Perceived Stress Scale \(Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1994\)](#);

ECA: Ensayo No Aleatorizado; CBT: Cognitive-Behavioral Therapy; MEAQ: Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (Gámez et al., 2011); HAS: Hamilton Anxiety Scale (Hamilton, 1959); BADS: Behavioral Activation for Depression Scale (Kanter et al., 2007); EROS: Environmental Reward Observation Scale (Armento y Hopko, 2007); T-AF: Thought-Action Fusion; AAQ-OC: Acceptance and Action Questionnaire for Obsessions and Compulsions ([Jacoby et al., 2018](#)); CFQ: Cognitive Fusion Questionnaire (Gillanders et al., 2014); TAFS: Thought-Action Fusion Scale ([Shafran et al., 1996](#)); CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, L.S., 1977); SCID: Structured Clinical Interview for the DSM-IV-TR, Non Patient Edition ([First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002](#)); GHQ: General Health Questionnaire ([Goldberg, 1972](#)); K10: Kessler Psychological Distress Scale (Kessler et al., [2002](#); Zhou et al., [2008](#)); BAI: Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1998); BDI- II: Beck Depression Inventory- II (Beck et al., 1996); PTQ: Perseverative Thinking Questionnaire (Ehring et al., 2011); GPQ: Generalized Pliance Questionnaire (Ruiz, Suárez-Falcón et al., 2018); VQ: Valuing Questionnaire (Smount et al., 2014); DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scale (Antony et al., 1998); MINI-C: Mini-International Neuropsychiatric Interview – Suicidal Ideation Subsection (Sheehan et al., 1998); CIDI: Composite Interview Diagnostic Instrument (World Health Organization)

Tabla 3*Regulación emocional como factor transdiagnóstico en trastornos emocionales*

Autor, año	Revista	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Variables e instrumentos	Resultados
Anderson et al., 2021	Behavior Therapy	Transversal	N = 1138 adultos Edad media: 31.1 años Mujeres (60.6%) Hombres (39.4%) SAD (47.6%) GAD (46.7%) MDD (68.4) SP (16.1%) PD (15.9%) OCD (15.3%) Agorafobia (14.4%)	- Desarrollar un modelo multidimensional de medición de la ER. - Evaluar las distintas asociaciones entre aspectos de la ER y cinco subgrupos de los trastornos emocionales. - Determinar la contribución creciente de ER en la predicción de las dimensiones de	- Regulación Emocional DERS ERQ MEAQ - Trastornos emocionales ADIS-5 DSM-5 APPQ DASS NEO-FFI EPQ	- El modelo de medición de la ER que mejor se ajustaba incluía cuatro dimensiones: Respuestas Problemáticas, Pobre Reconocimiento/Claridad, Pensamiento Negativo y Supresión/Inhibición Emocional. - El Pensamiento Negativo y las Respuestas Problemáticas predijeron de forma creciente los síntomas depresivos, mientras que la Supresión/Inhibición Emocional predijo tanto los síntomas de ansiedad social como de depresión. - Las dimensiones de RE se asocian con la gravedad y la expresión de una serie de síntomas de trastornos emocionales.

				los síntomas más allá del neuroticismo.		
Berman et al., 2018	Springer Nature	Transversal	N = 57 Edad: ≥18 Mujeres (61.4%) Hombres (38.6%)	- Examinar la relación entre las dificultades en ER y las características del OCD y las creencias obsesivas.	- Regulación emocional DERS - Trastornos emocionales MINI Y-BOCS DOCS OBQ-44 QIDS-SR	- Existe una relación específica entre las dificultades en ER, la dimensión de pensamientos inaceptables y las creencias obsesivas, incluso después de controlar los síntomas depresivos comórbidos.
D'Avanzato et al., 2013	Springer Nature	Transversal	N = 551 Rango de edad: 18-55 años Edad media: 36 años Mujeres (48.2%) Hombres (51.8%) SAD (n = 58)	- Examinar la especificidad del uso de estrategias de ER en individuos diagnosticados de MMD actual, con SAD y en CTL	- Regulación emocional ERQ RRS - Trastornos emocionales BDI-II STAI-T	- Ambos grupos clínicos mostraron un uso frecuente de rumiación y de supresión, así como menor empleo de reevaluación, en comparación con el grupo sano, por lo que las estrategias desadaptativas se constituyen como una característica general de estos trastornos. - El grupo de MDD mostró los niveles más

			MDD (n = 189) RMD (n = 48); CTL (n = 256)	- Examinar la estabilidad del uso de estrategias de ER específicas en personas con RMD.		elevados de empleo de rumiación, y los menores de reevaluación. El grupo de SAD mostró mayores puntuaciones en la supresión que el de MDD, así como una relación más estrecha entre los niveles de rumiación y ansiedad. - El grupo de RMD mostró mayores niveles de rumiación que el de control sano, por lo que esta estrategia puede ser un factor de desarrollo y mantenimiento de la depresión. Además, este grupo no obtuvo puntuaciones diferentes a las del grupo CTL en el uso de reevaluación, por lo que la dificultad en el empleo de esta estrategia puede estar ligada a la depresión.
Khakpoor et al., 2019	Trends in psychiatry and psychotherapy	ECA	N = 24 adultos TG = 12 CG = 12 Edad: ≥18 años Mujeres (79.15%)	- Examinar el papel de la ER como mediador de los resultados del UP en la mejora de trastornos emocionales.	- Regulación emocional DERS - Trastornos emocionales ADIS-IV-L	- El UP reduce la sintomatología emocional a través de la mejora en la mejora de estrategias de ER.

			Hombres (20.85%) OCD (n = 3) GAD (n = 8) MDD (n = 5) SAD (n = 5) PD (n = 1)		BDI-II BAI	
Lukas et al., 2018	Journal of Clinical Psychology	Transversal	- Estudio 1 N = 1448 Edad media: 48.63 años Mujeres (76.9%) Hombres (23.1%) MDD-SE (n = 444) RE-MDD (n = 421) Trastorno comórbido	- Comparar habilidades de ER a través de grupos de pacientes con criterios diagnósticos para diferentes trastornos mentales. - Comparar las habilidades de ER de individuos que cumplen criterios para un trastorno con una muestra no clínica.	Estudio 1 y 2 - Regulación emocional ERSQ - Trastornos emocionales SCID	- En ambos estudios, los participantes de la muestra clínica informaron menos habilidades específicas y generales de ER que los participantes de la muestra de población no clínica. - En ambos estudios, los subgrupos de la muestra clínica difirieron significativamente con respecto a las habilidades específicas y generales de ER. - Los subgrupos diagnosticados de depresión obtuvieron las puntuaciones más bajas en habilidades de ER, sobre todo el subgrupo de episodios depresivos recurrentes.

			<p>depresivo y ansioso (n = 58) AP/PD (n = 28) PTSD (n = 20) - Estudio 2 N = 137 Edad media: 36.73 años</p>			<p>- Los subgrupos diagnosticados con fobia específica o con trastorno adaptativo obtuvieron mayores puntuaciones en habilidades de ER respecto a la muestra de población general.</p>
Sahib et al., 2024	Journal of Affective Disorders	Longitudinal	<p>N = 341 Edad: ≥18 años Edad media: 37 años Mujeres (54.4%) Hombres (47.6%)</p>	<p>- Examinar la relación entre la IU, las estrategias de ER y las subsecuentes dificultades emocionales.</p>	<p>- Regulación emocional RRS WBSI CAQ RSS Problem-Solving Inventory MAAS</p>	<p>- Mayores niveles de intolerancia a la incertidumbre predijo significativamente elevados niveles de ER desadaptativa. - Estrategias adaptativas de ER (y, sorprendentemente, la supresión de pensamiento) predijeron menores niveles de ansiedad y/o depresión, mientras que la estrategia desadaptativa de rumiación predijo mayores niveles de ansiedad y depresión. - Tanto la rumiación como la supresión de pensamiento sirvieron como mediadores</p>

					<ul style="list-style-type: none"> - Intolerancia a la incertidumbre IUS-12 - Trastornos emocionales GAD-7 	<p>significativos de la relación entre IU y la ansiedad y depresión.</p>
Wirtz et al., 2014	Plos One	Longitudinal	<p>N = 175</p> <p>Edad: ≥18 años</p> <p>Edad media: 46.7 años</p> <p>Mujer (57.7%)</p> <p>Hombre (42.3%)</p>	<p>- Examinar si la aplicación exitosa de habilidades de ER está transversalmente asociada con cambios en DSS, ASS y GDS durante el curso de tratamiento de un MDD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regulación emocional ERSQ - Trastornos emocionales DASS-21 	<ul style="list-style-type: none"> - La aplicación satisfactoria de habilidades de ER se asoció transversalmente con niveles más bajos de DSS, ASS y GDS en todos los momentos de evaluación. - Un aumento en la aplicación exitosa de habilidades durante el tratamiento se asoció con una disminución en DSS y GDS, pero no en ASS, por lo que las habilidades de ER generales pueden ser más importantes en un contexto de depresión que de ansiedad. - La aplicación satisfactoria de las habilidades de ER predijo cambios en la DSS posterior, pero no en la ASS ni en la GDS.

ABREVIATURAS: ER: Emotion Regulation; SAD: Social Anxiety Disorder; GAD: Generalized Anxiety Disorder; MDD: Major Depressive Disorder; SP: Specific Phobia; PD: Panic Disorder; OCD: Obsessive Compulsive Disorder; RMD: Major Depression in full Remission; CTL: Healthy Control Group; MDD-SE: Major Depressive Disorder Single Episode; RE-MDD: Recurrent Major Depressive Disorder; UP: Unified Protocol; AP/PD: Agoraphobia and/or Panic Disorder; DSS: Depressive Symptom Severity; ASS: Anxiety Symptom Severity (ASS); GDS: General Psychological Distress Severity; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale ([Gratz & Roemer, 2004](#)); ERQ: Emotion Regulation Questionnaire (Gross y Jonh, 2003); MEAQ: Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire (Gámez et al., 2011); ADIS-5: Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (Brown y Barlow, 2014); APPQ: Albany Panic and Phobia Questionnaire ([Rapee et al., 1994](#)); DASS: Depression Anxiety Stress Scales ([Lovibond & Lovibond, 1995](#)); BDI- II: Beck Depression Inventory- II (Beck et al., 1996); NEO-FFI: NEO-Five Factor Inventory ([Costa & MacCrae, 1992](#)); EPQ: Eysenck Personality Questionnaire ([Eysenck & Eysenck, 1975](#)); MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview Version 5.0 (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1998); Y-BOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale ([Goodman, 1989](#)); DOCS: Dimensional Obsessive Compulsive Scale (Abramowitz et al., 2010); OBQ-44: Obsessional Beliefs Questionnaire-44 (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005); QIDS-SR: Quick Inventory of Depressive Symptomatology (Rush et al., 2003); RRS: Ruminative Responses Scale (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991); STAI-T: State-Trait Anxiety Inventory-Trait (Spielberger et al., 1983); ADIS-IV-L: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Lifetime Version (Brown et al., 1994); BAI: Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1998); SCID: Structured Clinical Interview for the DSM-IV-TR, Non Patient Edition ([First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002](#)); WBSI: White Bear Suppression Inventory (WBSI; [Wegner and Zanakos, 1994](#)); CAQ: Cognitive Avoidance Questionnaire ([Sexton and Dugas, 2008](#)); AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire – II ([Bond et al., 2011](#)); IU: Intolerance of Uncertainty; RSS: Reassurance Seeking Scale ([Rector et al., 2011](#)); PSI: Problem-Solving Inventory ([Heppner and Petersen, 1982](#); [Maydeu-Olivares and D'Zurilla, 1997](#)); IUS: Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12; [Carleton et al., 2007](#)); GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item (Spitzer, 2006); DASS-21: Depression, Anxiety and Stress Scale (Antony et al., 1998).

Tabla 4*Evitación experiencial y regulación emocional como factores transdiagnósticos en trastornos emocionales*

Autor, año	Revista	Tipo de estudio	Muestra	Objetivos	Variables e instrumentos	Resultados
Abasi et al., 2021	Springer Nature	Transversal	N = 535 Rango de edad: 18-55 años Edad media: 25.32 años Mujeres (48.2%) Hombres (51.8%) GAD (n = 28) MDD (n = 60) Grupo comórbido (n = 46) Grupo no clínico (n = 396)	- Examinar el papel que desempeñan estrategias de ER positivas con relación a déficits en ER y a la EA en pacientes con síntomas emocionales.	- Regulación emocional RPA DERS - Evitación Experiencial AAQ-II - Trastornos emocionales BDI-II GAD-7	- Tanto la ER como la EA mostraron efectos directos significativos en la sintomatología emocional. - La atenuación de emociones positivas y la rumiación positiva median la relación entre déficits en ER y la EA con sintomatología emocional. - El grupo comórbido mostró las puntuaciones más altas en la atenuación emocional positiva, mientras que el grupo no clínico obtuvo las mayores

						puntuaciones en rumiación positiva.
Fernández et al., 2023	Behavior Modification	ECA	N = 128 Rango de edad: 18-65 años Mujeres (77.3%) Hombres (22.7%) BA (n = 34) ACT (n = 27) TD-CBT (n = 33) GC (n = 34)	- Examinar la eficacia de la BA, ACT y TD-CBT en el cambio de las manifestaciones clínicas de ansiedad y depresión y analizar el papel que desempeñan es estos cambios los patrones de respuesta de la EA, CF, A y ER.	- Evitación experiencial AAQ-II - Regulación emocional DERS - Fusión cognitiva CFQ - Trastornos emocionales HADS BDI-IA-SCA GAD-7 - Refuerzo percibido EROS	- Todas las terapias resultaron eficaces en la reducción de sintomatología clínica de ansiedad y depresión, siendo la que más la BA. - Los resultados sugieren que la A, EA, ER y RF fueron factores influyentes en el mantenimiento de la ansiedad y depresión.
Im y Kahler, 2022	The Journal of General Psychology	Transversal	N = 266 Rango de edad: 18-56 años	- Examinar la relación entre tres procesos transdiagnósticos (EA, rumiación y ED) y la gravedad sintomática	- Evitación experiencial AAQ-II - Rumiación RRS	- Los tres procesos transdiagnósticos correlacionaron significativamente con la sintomatología emocional.

				de cinco trastornos emocionales (GAD, MDD, SP, SOC, PD)	<ul style="list-style-type: none"> - Desregulación emocional DERS - Trastornos emocionales Four severity measures for panic disorder, social anxiety disorder, specific phobia and depression-adult (Craske et al., 2013a, 2013b, 2013c, 2013d) 	<ul style="list-style-type: none"> - Solo EA y rumiación demostraron ser el mejor modelo de ajuste en los cinco trastornos, sobre todo EA. - El modelo de ED no se ajustó bien a los datos. - La EA predijo más intensamente la gravedad sintomática de GAD y MDD, y con menos intensidad la de SP.
Khakpoor et al., 2019	Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome	ECA	<p>N = 26</p> <p>Edad media: 25.47 años</p> <p>Mujeres (78%)</p> <p>Hombres (22%)</p> <p>TG (n = 11)</p> <p>CG (n = 12)</p>	- Investigar los factores transdiagnósticos (ER, IU y EA) como posibles mecanismos de cambio en la sintomatología emocional en el	<ul style="list-style-type: none"> - Evitación experiencial AAQ-II - Regulación emocional DERS - Intolerancia a la incertidumbre IUS-12 	<ul style="list-style-type: none"> - El UP pudo reducir significativamente la ansiedad y depresión en el TG con respecto al CG. - El UP pudo mejorar la EA, IU y ER en los individuos con trastornos emocionales.

				Protocolo Unificado (UP) para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales.	- Trastornos emocionales ADIS-IV-L BDI-II BAI	- Existe una conexión entre la mejora en los factores transdiagnósticos y la reducción de ansiedad y depresión en los individuos con trastornos emocionales.
Mohammadkhani et al., 2016	Iran J. Psychiatry Behavioral Sciences	Transversal	N = 316 Edad: ≥18	- Evaluar el papel mediador de la regulación emocional en la relación entre el neuroticismo y la EA y los síntomas de ansiedad y depresión.	- Evitación experiencial AAQ-II - Regulación emocional DERS - Neuroticismo EPQ-RS - Preocupación PSWQ - Trastornos emocionales BDI-II BAI	- Tanto el neuroticismo como EA predijeron los síntomas de ansiedad y depresión independientemente, y resultaron mediados por los efectos de las dificultades en ER y la preocupación. - Todos los factores resultaron predictores significativos de la sintomatología emocional.

<p>Orouji et al., 2022</p>	<p>Frontiers in Psychology</p>	<p>Transversal</p>	<p>N = 500 Edad: ≥17 Mujeres (47.4%) Hombres (52.6%)</p>	<p>- Examinar el papel mediador de la PI como un factor transdiagnóstico en la relación entre ED y los problemas de sueño con sintomatología clínica emocional</p>	<p>- Evitación experiencial AAQ-II - Desregulación emocional DERS - Calidad del sueño PSQI - Trastornos emocionales IDAS</p>	<p>- Existe una correlación positiva y significativa entre ED, los problemas de sueño y los trastornos emocionales. - La inflexibilidad psicológica tuvo un papel mediador en la relación entre ED y los problemas de sueño de los trastornos emocionales, por lo que juega un rol importante el desarrollo, mantenimiento y exacerbación de los problemas psicológicos. - ED tuvo una relación indirecta con la sintomatología emocional al relacionarse positivamente</p>
--------------------------------	------------------------------------	--------------------	--	--	--	---

						con la inflexibilidad psicológica.
Rodríguez et al., 2025	Journal of Psychopathology and Clinical Psychology	Transversal	N = 55 Rango de edad: 18-65 años Edad media: 48 años Mujeres (72.7%) Hombres (27.3%)	- Examinar la utilidad clínica del UP para reducir dificultades de ER, EA y sintomatología ansiosa.	- Evitación experiencial AAQ-II - Regulación emocional DERS - Trastornos emocionales STAI	- Entre el pre y el post tratamiento, la sintomatología ansiosa y las dificultades de ER disminuyeron significativamente, sin encontrarse cambios significativos en la EA. - Los cambios en las dificultades en ER y en EA se asociaron significativamente con los cambios en la sintomatología ansiosa. - Una mejoría en EA se asoció con una mejoría en

						la subescala de aceptación emocional de la ER.
Schaeuffele et al., 2022	Cognitive Therapy and Research	ECA	N = 129 Rango de edad: ≥ 18 Edad media: 37.31 años Mujeres (68.2%) Hombres (31.8%) TG (n = 65) WG (n = 64)	- Examinar si procesos transdiagnósticos (mindfulness, CF, AS, EA) son maleables por el UP y hasta qué punto mediaban los efectos del tratamiento, tanto de forma aislada como en un modelo de mediadores múltiples que tiene en cuenta su interrelación.	- Evitación Experiencial BEAQ BADS - Mindfulness SMQ - Flexibilidad cognitiva ERQ - Sensibilidad a la Ansiedad ASI-3	- El UP produjo cambios significativos en todos los procesos transdiagnósticos a lo largo del tiempo en comparación con la lista de espera. - En modelos mediadores separados, se encontraron efectos mediadores significativos para mindfulness, CF, BA y EA. - En el modelo de mediadores múltiples, los efectos indirectos de mindfulness y CF resultaron significativos.

<p>Yaztappeh et al., 2023</p>	<p>Iran J. Psychiatry Behavioral Sciences</p>	<p>Transversal</p>	<p>N = 414 Rango de edad: 18-58 años Mujeres (44.7%) Hombres (55.3%)</p>	<p>- Predecir trastornos emocionales a través del neuroticismo, ER, EA y los pensamientos negativos repetitivos como predictores</p>	<p>- Evitación experiencial EAQ - Regulación emocional DERS - Neuroticismo NEO-FFI - Pensamiento negativo repetitivo NRTQ - Trastornos emocionales SCID-5-RV SCID-5-PD</p>	<p>- El neuroticismo predijo significativamente la ER negativa, EA, el pensamiento negativo repetitivo y los trastornos emocionales. - No se obtuvo una relación estadísticamente significativa entre la EA y los trastornos emocionales ni entre la ER negativa y los trastornos emocionales.</p>
<p>ABREVIATURAS: GAD: Generalized Anxiety Disorder; MDD: Major Depressive Disorder; SP: Specific Phobia; SOC: Social Anxiety Disorder; PD: Panic Disorder; BA: Behavioral Activation; ACT: Acceptance and Commitment Therapy; TD-CBT: Cognitive-Behavioral Transdiagnostic Interventions; TG: Treatment Group; CG: Control Group; UP: Unified Protocol; EA: Experiential Avoidance; CF: Cognitive Fusion; ER: Emotion Regulation; ED; Emotion Dysregulation; IU: Intolerance of Uncertainty; RPA: Responses to Positive Affect Questionnaire (Feldman et al., 2008); : DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz & Roemer, 2004); AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire – II (Bond et al., 2011);); BDI- II: Beck Depression Inventory- II (Beck et al., 1996); GAD-7: Generalized Anxiety Disorder Scale (Spitzer et al., 2006); CFQ: Cognitive Fusion Questionnaire (Gillanders et al., 2014); HADS: Hospital anxiety and depression scale (Zigmond & Snaith, 1983); BDI-IA-SCA: Short form of the 1978 Beck Depression Inventory</p>						

(BDI-IA) based on the cognitive-affective subscale (Beck & Steer, 1993); EROS: Environmental reward observation scale (Armento & Hopko, 2007); RRS: Ruminative Responses Scale (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991); IUS- 12: Intolerance of Uncertainty Scale ([Carleton et al., 2007](#)); ADIS-IV-L: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Lifetime Version (Brown et al., 1994); BAI: Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1998); EPQ-RS: Neuroticism Scale of Shortened and Revised Form of Eysenck Personality Questionnaire Scale (Eysenck et al., 1985); PSWQ: Penn State Worry Questionnaire ([Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990](#)); PI: Psychological Inflexibility; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index (Buysse et al., 1989); IDAS: Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (Watson et al., 2007); STAI; State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al., 1970); WG: Waitlist Group; CF: Cognitive Flexibility; AS: Anxiety Sensitivity; BEAQ: Brief Experiential Avoidance Questionnaire (Gámez et al., 2014); BADS: Behavioral Activation for Depression Scale Short Form (Manos et al., 2011); SMQ: Southampton Mindfulness Questionnaire (Chadwick et al., 2008); ERQ: Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003); ASI-3: Anxiety Sensitivity Index-3 (Taylor et al., 2007); EAQ: Experiential Avoidance Questionnaire (Hayes et al., 2017); NEO-FFI: NEO-Five Factor Inventory ([Costa & MacCrae, 1992](#)); NRTQ: Repetitive Negative Thinking Questionnaire (Mack et al., 2010); SCID-5-RV: The Structured Clinical Interview for DSM-5 Research Version (First et al., 2015); SCID-5-PD: The Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (First et al., 1997).

