



TRATAMIENTO  
TRANSDIAGNÓSTICO  
DE LOS DESÓRDENES  
EMOCIONALES

Consulte nuestra página web: [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO DE LOS DESÓRDENES EMOCIONALES

Ana Estévez Gutiérrez  
Juan Ramos Cejudo  
José Martín Salguero Noguera



© Ana Estévez Gutiérrez  
Juan Ramos Cejudo  
José Martín Salguero Noguera

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-9077-220-1  
Depósito Legal: M-31.323-2015

Impreso en España. Printed in Spain

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

# Índice

<b>1. ¿Qué tienen en común los problemas emocionales?</b>	<b>7</b>
1.1. La importancia de las emociones en la vida cotidiana.....	7
1.2. Cuando las emociones se convierten en un problema: los desórdenes emocionales .....	11
1.3. Una explicación común a los desórdenes emocionales: la perspectiva transdiagnóstica.....	14
1.4. Variables transdiagnósticas en los trastornos emocionales .....	19
1.4.1. Variables implicadas en la generación de emociones .....	20
1.4.2. Variables implicadas en la regulación emocional.....	32
1.5. Hacia un modelo integrador de los problemas emocionales .....	47
1.5.1. Modelo General de los Desórdenes Emocionales (MGDE)	48
<b>2. La evaluación de los desórdenes emocionales     desde una perspectiva transdiagnóstica .....</b>	<b>61</b>
2.1. La evaluación psicológica desde una perspectiva transdiagnóstica .....	61
2.2. Instrumentos y estrategias de evaluación .....	63
2.2.1. Instrumentos y estrategias para evaluar las variables implicadas en la generación de emociones.....	64
2.2.2. Instrumentos y estrategias para evaluar las variables implicadas en la regulación de las emociones.....	72

2.3. El análisis funcional a través del MGDE:	
un caso práctico .....	85
2.3.1. <i>Caso clínico</i> .....	85
2.3.2. <i>El análisis funcional del caso</i> .....	93
<b>3. <i>Intervención transdiagnóstica</i></b> .....	99
3.1. La eficacia de los tratamientos transdiagnósticos .....	99
3.2. Una propuesta de intervención transdiagnóstica	
basada en el MGDE .....	102
3.2.1. <i>Características de la intervención</i> .....	103
3.2.2. <i>Objetivos y fases de la intervención</i> .....	106
3.2.3. <i>Técnicas y estrategias de intervención</i> .....	108
3.3. Desarrollo de la intervención transdiagnóstica	
basada en el MGDE .....	111
3.3.1. <i>Fase I. Identificación y toma de conciencia:</i>	
<i>convirtiendo lo automático en consciente</i> .....	111
3.3.2. <i>Fase II: Valoraciones desajustadas,</i>	
<i>estrategias ineficaces</i> .....	125
3.3.3. <i>Fase III: Nuevas estrategias, nuevos objetivos</i> .....	157
 <i>Bibliografía</i> .....	 173

# 2

## **La evaluación de los desórdenes emocionales desde una perspectiva transdiagnóstica**

### **2.1. La evaluación psicológica desde una perspectiva transdiagnóstica**

---

Desde una perspectiva transdiagnóstica, la evaluación se centra, no solo en establecer los posibles diagnósticos que una persona pueda presentar, sino, principalmente, en descubrir aquellas variables transdiagnósticas que se encontraron en el inicio y que ahora mantienen todo el rango de problemas emocionales que la persona sufre. Pensemos en una persona con un doble diagnóstico de trastorno depresivo mayor y de fobia social. La evaluación centrada en la perspectiva de diagnósticos específicos habría puesto énfasis en determinar que dichos diagnósticos pueden darse, y en decidir cuál de ellos es el diagnóstico principal (algo que daría la clave para seleccionar el tratamiento). Desde la perspectiva transdiagnóstica, sin dejar de ser impor-



tante conocer los posibles diagnósticos que existen, el énfasis se centrará principalmente en evaluar las variables psicológicas que pueden explicar tanto el ánimo deprimido como la ansiedad social, y en establecer las relaciones funcionales que se dan entre ellas. Así, por ejemplo, trataría de analizar la presencia de estrategias de regulación disfuncionales, tales como el pensamiento repetitivo negativo, que pueden servir tanto para aumentar el ánimo deprimido (adoptando la forma de rumiación) como para aumentar la ansiedad previa a una actuación social (si adopta la forma de preocupación), o la existencia de variables de personalidad, tales como una baja afectividad positiva, que ha mostrado estar asociada a ambos trastornos emocionales.

Desde esta perspectiva, el análisis funcional posee una especial relevancia. El problema de cada persona no puede explicarse solo por el uso de una o varias etiquetas diagnósticas, sino que en cada caso podrán estar implicadas diferentes variables explicativas las cuales, igualmente, es posible que se expresen de forma distinta. Imaginemos a dos personas con un diagnóstico de fobia social, aunque compartan el diagnóstico, las variables que pueden explicar su elevada ansiedad social pueden diferir, o expresarse de forma diferente. Así, es posible que una de ellas utilice frecuentemente la estrategia de evitar los encuentros sociales, mientras que la otra, aunque se exponga, utilice en sus exposiciones una estrategia de supresión emocional (revelando poca información emocional y personal a otras personas). Igualmente, es posible que, aunque ambas mostrasen una alta supresión emocional en situaciones sociales, el uso de esta estrategia se deba más en una de ellas por la presencia de cierto rechazo a sus emociones (“me da vergüenza sentir ansiedad”), mientras que en la otra se explique principalmente por el miedo al descontrol emocional (“si expreso mis emociones se me irán de las manos”). Por tanto, el objetivo de la evaluación será el de indagar la presencia de variables explicativas y establecer hipótesis acerca de cómo se relacionan entre sí para dar lugar o mantener los problemas emocionales.

Para realizar esta labor, el MGDE puede sernos de mucha ayuda. Este modelo incluye diferentes variables psicológicas que han mostrado ser útiles a la hora de explicar los diferentes problemas emocionales que una persona pueda presentar. Además, nos sugiere la forma en que dichas variables se relacionan funcionalmente entre sí. Así, por ejemplo, hipotetiza que las estrategias de regulación que una persona pone en marcha están influidas por sus propias creencias metacognitivas o metaemocionales, o que la respuesta emocional de una persona a una situación concreta (así

como la aparición de sesgos cognitivos) se debe, en buena medida, a sus propios esquemas cognitivos y a sus características de personalidad (como el nivel de neuroticismo). Desde esta perspectiva, el MGDE nos ofrece una guía a la hora de completar la evaluación psicológica y de realizar el análisis funcional de los problemas que sufren personas con desórdenes emocionales.

En este capítulo, nos centraremos en mostrar cómo es posible utilizar el MGDE para realizar la evaluación desde una perspectiva transdiagnóstica. Para ello, en primer lugar, describiremos diferentes instrumentos (principalmente escalas e inventarios empíricamente validados) destinados a evaluar cada una de las variables del modelo; incluiremos igualmente estrategias o preguntas que pueden ser de ayuda dentro de la entrevista clínica. A continuación, mostraremos un caso de ejemplo en el que se utiliza el MGDE como guía para realizar el análisis funcional. Es de resaltar en este punto que, aunque el presente capítulo tiene un enfoque principalmente práctico (dirigido a la práctica clínica), muchas de las medidas que vamos a revisar han sido y pueden ser igualmente de gran utilidad en el ámbito de la investigación.

## **2.2. Instrumentos y estrategias de evaluación**

---

En este apartado describiremos diferentes instrumentos que han mostrado evidencias de validez y utilidad a la hora de evaluar las variables que se incluyen en el MGDE. Aunque son muchos y diferentes los instrumentos que existen en la literatura, hemos seleccionado aquellos que cumplen algunos los siguientes criterios: medidas de fácil aplicación, con un tiempo reducido de administración y, cuando es posible, adaptadas y validadas en población española. La mayor parte de las medidas que revisaremos son escalas o inventarios, aunque también se incluyen algunas medidas de rendimiento máximo (como en el caso de la evaluación de la IE). Igualmente, junto a estos instrumentos, en algunos casos se incluirán estrategias o preguntas clave que pueden ser utilizadas a lo largo de la entrevista como forma de acercarnos a la evaluación de las variables del modelo.

Para facilitar la exposición, así como su comprensión, presentaremos los instrumentos y estrategias de evaluación siguiendo la estructura del MGDE. Comenzaremos por los instrumentos o estrategias destinados a evaluar las variables implicadas en la generación de emociones, y finaliza-

remos con los instrumentos que pueden sernos de utilidad en la evaluación de las variables implicadas en la regulación de las emociones.

### *2.2.1. Instrumentos y estrategias para evaluar las variables implicadas en la generación de emociones*

Se incluye aquí la evaluación de situaciones estresantes, de variables de personalidad y esquemas cognitivos y, finalmente, de la respuesta emocional de la persona.

#### *A) Situación*

Hemos comentado a lo largo del primer capítulo de este libro cómo cualquier situación tiene la capacidad de ser desencadenante de malestar emocional. Por ello, es a la persona que acude a consulta a quien hay que preguntar qué situaciones han sido las causantes de sus reacciones emocionales. No obstante, en algunos casos, las personas no somos conscientes de las situaciones que nos afectan, o del modo en que lo hacen. Además, también sabemos de la existencia de situaciones estresantes que son “independientes” de la persona y que pueden influir de forma importante en nuestra vida. Por ello, además de explorar a través de la entrevista cuáles son las situaciones estresantes para cada persona, contamos con algunos cuestionarios que pueden aportarnos mucha información en este sentido.

Algunos de ellos son el Cuestionario de Estrés Vital (LSQ; Wadsworth, Compas, y Connor-Smith, 2005) y el Cuestionario de Estrés Social (SSQ; Connor-Smith y Compas, 2002). En el caso de adolescentes, uno de los más importantes es la Escala de Acontecimientos Percibidos para Adolescentes (APES; Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987).

El LSQ incluye acontecimientos vitales estresantes, tales como problemas de salud, separación de los padres o dificultades académicas. En el caso del SSQ, los ítems comprenden una gama de acontecimientos estresantes interpersonales, como las dificultades en las relaciones amorosas y de amistades, sucedidos recientemente (en los últimos seis meses). No obstante, en la entrevista puede preguntarse sobre estos acontecimientos de manera más general.

Además de saber las situaciones que ha vivido cada persona, es importante evaluar en qué medida fueron estresantes o problemáticas para ella, así, es posible que, aunque un mismo acontecimiento (por ejemplo, viajar en avión) sea percibido por dos personas como estresante, para una de ellas suponga un nivel de estrés de 4 (en una escala de 0 a 5), mientras que para la otra solo sea de 2. Además, es necesario tener en cuenta que la suma de “pequeños estresores” puede generar gran malestar emocional.

---

### EN LA ENTREVISTA...

...es importante explorar cómo han sido las vivencias en los últimos años, especialmente en el año anterior. Puesto que la persona puede no ser consciente de que muchas de las cosas que ha vivido han podido ser estresantes para ella (por ejemplo, un cambio de vivienda o un nuevo trabajo), más que preguntar directamente por situaciones traumáticas, la pregunta podría ser más general, por ejemplo, ¿cuéntame cómo ha sido este último año de manera detallada? ¿Qué situaciones o cambios tanto positivos como negativos has vivido durante esta última temporada? ¿Qué cambios ambientales importantes has vivido últimamente?

---

### *B) Rasgos de personalidad: Neuroticismo/extraversión*

Existen en la literatura numerosos cuestionarios para evaluar los rasgos de personalidad, los cuales varían en función del modelo teórico del que parten o, por ejemplo, de la edad de las personas a las que vaya a evaluarse. Sin perder de vista la importancia de realizar una evaluación detallada de los diferentes rasgos de personalidad, en este apartado nos centraremos en la forma de medir dos rasgos que han sido principalmente asociados a los problemas emocionales: neuroticismo y extraversión.

Como hemos comentado anteriormente, las personas extravertidas se caracterizan por experimentar más a menudo emociones positivas y ser más reactivas a estímulos positivos, mientras que las personas con altos niveles de neuroticismo experimentan con mayor frecuencia estados emocionales negativos y muestran una mayor tendencia a reaccionar con emociones negativas ante situaciones estresantes y a mantenerlas en el tiempo

(Rusting y Larse, 1998). Ambos rasgos han mostrado ser relativamente estables a lo largo del tiempo (Costa y McCrae, 1988).

---

### EN LA ENTREVISTA...

...algunas preguntas útiles para evaluar el nivel de extraversión versarían sobre la cantidad e intensidad de las relaciones interpersonales. Por ejemplo, preguntas tales como si toma la iniciativa para hacer nuevas amistades o si es una persona animada a la que le gusta salir. Igualmente, es útil analizar el tono afectivo general que, en el caso de personas con alta extraversión, probablemente incluirá una mayor frecuencia de emocionales positivas.

En el caso del neuroticismo, las preguntas tendrían que referirse a la labilidad o inestabilidad emocional, es decir, preguntas sobre el malestar psicológico, ya que tendríamos que buscar si son personas hipersensibles con dificultad para volver a la normalidad después de cualquier acontecimiento emocional. Ejemplos de estas preguntas serían si ¿sufre con frecuencia altibajos emocionales o siente usualmente soledad o culpa? ¿Piensas que siempre has sido así? ¿Crees que desde siempre sueles evitar las situaciones difíciles? ¿Alguna vez te han dicho que eras siempre temeroso/a o que tendías a evitar?

---

Algunos de los cuestionarios más utilizados para evaluar estas variables son los siguientes:

- El NEO-PI-R (Revised Neo Personality Inventory; Costa y McCrae, 1992) evalúa los principales factores de personalidad entre los que se incluyen, además del neuroticismo y extraversión, la apertura, amabilidad y responsabilidad. Cada factor se compone de seis escalas o facetas, medidas por ocho ítems cada una, lo que hace un total de doscientas cuarenta preguntas a responder. Existe una versión breve, compuesta por los sesenta primeros ítems de la prueba (doce, por factor), que constituye el NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI), Inventario NEO reducido de Cinco Factores. La adaptación española se ha realizado por Cordero, Pamos y Seisdedos (2008).
- Otro instrumento para evaluar la personalidad es el EPQ (Eysenck Personality Questionnaire; Eysenck, y Eysenck, 1985). Este cuestionario se ha desarrollado después de una amplia investigación psicométri-

ca a lo largo de diferentes países. Las escalas evalúan los principales factores de extraversión, neuroticismo y psicoticismo. La adaptación española fue realizada por Ortet-Fabregat, Ibáñez-Ribes, Moro-Ipola y Silva-Moreno (2001).

- Por último, mencionar las Escala BIS/BAS (Carver y White, 1994) basada en el modelo de Gray (1987), mediante la versión IPIP (Goldberg, 1999a, 1999b). La versión traducida al español de Barranco-Jiménez, Rodarte-Acosta, Medina-Cuevas y Solís-Cámara Reséndiz, (2009) está compuesta por veinticuatro ítems. La E-BIS se compone de siete ítems que miden los motivos de evitación o alejamiento de algo desagradable. Las escalas E-BAS incluyen a las tres subescalas: impulso, sensibilidad a la recompensa y búsqueda de diversión/placer. Para completar esta escala la persona tiene que evaluar el grado de acuerdo con cada oración utilizando una escala de cinco opciones de repuestas.

### *C) Esquemas cognitivos*

Los esquemas cognitivos, siguiendo el modelo de McGinn y Young (1996), son estructuras cognitivas extremadamente estables y profundas que se encontrarían en el origen de numerosos trastornos emocionales. Las experiencias tempranas vividas durante la infancia conformarían estas estructuras profundas. Young (1994, 1999), a través de su trabajo clínico, ha ofrecido una categorización de estos esquemas. Cada esquema se agrupa dentro de una de las cinco categorías relacionadas con la interferencia con una necesidad fundamental en la infancia. Los dominios (que se han revisado de forma más extensa en el primer capítulo) serían los siguientes: desconexión y rechazo, autonomía deteriorada, límites deteriorados, orientación a los demás y vigilancia excesiva e inhibición.

Para medir las estructuras inadaptadas tempranas, proponemos la versión reducida del Cuestionario de Esquemas-Versión Corta (SQ-SF, Young y Brown, 1994). Este cuestionario evalúa los dieciocho esquemas propuestos por Young. El SQ-SF consta de setenta y cinco ítems que deben ser contestados de acuerdo con una escala likert de 6 puntos de totalmente falso (1), a me describe perfectamente (6).

La versión en español del SQ-SF presenta buenas propiedades psicométricas, con confirmación de su estructura factorial y con consistencia interna buena para los factores (Calvete, Estévez, López de Arroyabe, y Ruiz,

2005). El SQ español ha mostrado buena fiabilidad y correlación con depresión, afectividad positiva y negativa, y autoestima (Cid y Torrubia, 2002).

Otro de los cuestionarios que se pueden mencionar en este apartado es el cuestionario de actitudes disfuncionales de Beck (DAS; Weissman y Beck, 1978), del que existe una versión para población española desarrollada por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez (1994). Esta escala está diseñada para medir esquemas cognitivos que podrían jugar un papel causal en la depresión. Está compuesta de tres factores (logro, dependencia y actitudes autónomas). La escala tiene una consistencia moderada.

---

### EN LA ENTREVISTA...

... algunas preguntas y respuestas pueden sernos de ayuda a la hora de evaluar los esquemas cognitivos. Por ejemplo, en el caso del esquema de abandono, preguntas referidas a acontecimientos de pérdida, o de alejamiento físico o emocional, por parte de algún progenitor vividos en la infancia (durante largos periodos de tiempo) pueden servir de ayuda. Para identificar este esquema, habría que buscar información relativa a si alguno de sus progenitores o cuidadores principales han sido inestables e impredecibles emocionalmente y no han estado de manera física accesibles para ellos, como, por ejemplo, ¿recuerdas si desde niño/a tus padres estaban presentes? ¿Recuerdas tener en la infancia cierta sensación de abandono? ¿Cómo era tu entorno familiar?

Para evaluar el esquema de abuso, las preguntas más específicas podrían estar relacionadas, especialmente, con vivencias traumáticas vividas durante la infancia a nivel físico, emocional o sexual. Las respuestas más asociadas con este esquema tienen que ver con entornos familiares donde se han dado situaciones de maltrato y en los que el o la menor desconfía de su entorno. A este respecto, podemos preguntar por situaciones vividas en las que se haya sentido en peligro.

En el caso del esquema de privación emocional, las preguntas deberían estar dirigidas a explorar si durante la infancia sus progenitores le dedicaron atención y si la persona se sintió acompañada y entendida por ellos. Respuestas relacionadas con progenitores con frialdad emocional que no han dado una guía o no fueron físicamente cariñosos, nos pondría en la pista de que podría darse este esquema. En esta línea, podemos preguntar ¿recuerdas si te dedicaron atención tus padres de pequeño/a? ¿Fueron afectuosos contigo?

---

Para evaluar el esquema de dependencia, las preguntas más específicas podrían relacionarse con la sobreprotección de las familias, igualmente, respuestas indicativas de este esquema serían aquellas en las que muestra que, por parte de los progenitores, se ha sentido que les han tratado como personas incompetentes. En esta dirección, podemos preguntar ¿recuerdas si tus padres han estado siempre pendientes de ti, de que no te equivocaras?

En el esquema de autocontrol insuficiente, las preguntas tendrían que versar sobre el tipo de disciplina que se ha dado por parte de sus progenitores. Las respuestas asociadas con este esquema suelen relacionarse con la existencia de una escasa disciplina y organización familiar. Preguntas del tipo ¿había límites o disciplina en casa cuando eras pequeño? Pueden ayudarnos a extraer dicha información.

Para evaluar los esquemas de subyugación y de autosacrificio, serían útiles preguntas relacionadas con el tipo de libertad que dieron los padres a los hijos y si estos eran capaces de cuidarse por sí mismos, respectivamente. En el caso de subyugación, las respuestas suelen versar sobre familias que no dejaban un desarrollo propio a los niños y no tenían en cuenta sus necesidades, opiniones o deseos. En el caso de autosacrificio, son más usuales familias donde los niños tuvieron que hacerse cargo del cuidado de los adultos. En esta línea, podemos preguntar, por ejemplo, ¿estudiaste lo que querías? ¿Tuviste la sensación de que en la infancia y adolescencia no había lugar para tus opiniones?

En el esquema de normas inalcanzables, habría que preguntarse sobre las expectativas de los padres hacia los hijos. Aquellas personas que sienten que sus padres tienen expectativas muy altas hacia ellos y que nunca hacen las cosas suficientemente bien estarían relacionadas con este esquema. Podemos preguntar por ¿crees que no has satisfecho las expectativas de tus padres?

Por último, para evaluar el esquema punitivo, habría que hacer preguntas sobre el estilo educativo. En el caso de que hubiera sido severo o crítico podría darse este esquema en la persona. Podemos preguntar por ¿cómo te castigaban?

---

#### *D) Respuesta emocional*

La sensación de sentir un intenso y frecuente malestar emocional suele ser la información que, usualmente, está más accesible para las personas que sufren desórdenes emocionales y que más fácilmente revelan a lo largo



de la entrevista. No obstante, existen diferentes medidas que pueden ser de gran utilidad a la hora de explorar de forma más exhaustiva cómo está siendo la respuesta emocional de cada persona y cómo son los síntomas fisiológicos, cognitivos o conductuales que se asocian a esta. Algunos, se centran en la evaluación de emociones concretas, como la ansiedad o la tristeza, mientras que otros tratan de dar cuenta del perfil emocional general (tanto positivo como negativo) de cada individuo.

Dentro de esta última categoría, cabe destacar la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988). Está adaptada al castellano por Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999) y existe una adaptación de una versión corta, realizada por Robles y Páez (2003). Se trata de un instrumento de veinte ítems agrupados en ambas dimensiones (diez para el afecto positivo y diez para el negativo), obteniéndose una puntuación para cada dimensión. Este instrumento mide por tanto la afectividad positiva (el punto hasta el que una persona se siente entusiasmada, activa, alerta, con energía y participación gratificante) y la afectividad negativa (que representa el distrés subjetivo y participación desagradable), considerando que son dos dimensiones independientes del afecto. Esta medida puede usarse en jóvenes y adultos tanto con población clínica como general.

A la hora de evaluar emociones concretas (y su sintomatología asociada), existen en la literatura muchas y diferentes escalas que han demostrado su validez. Excedería los objetivos de este capítulo hacer una revisión de las mismas, por ello, nos centraremos en algunas de las más destacadas para la evaluación de la ansiedad, tristeza e ira.

En la evaluación de la ansiedad, existen diversos cuestionarios autoinformados útiles. Por ejemplo, un inventario especialmente válido, y que ha sido desarrollado en población española, es el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA; Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986). Uno de los aspectos positivos de este instrumento es que evalúa el nivel general de ansiedad (rasgo general) y los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) por separado así como cuatro rasgos específicos de ansiedad o áreas situacionales (ansiedad de evaluación, interpersonal, situaciones fóbicas, situaciones de la vida cotidiana).

Otro instrumento autoinformado más breve que el anterior para medir la ansiedad clínica que, además, se ha destacado por una buena discriminación con respecto de la depresión es el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck y Steer, 1988). Está adaptado al castellano por Sanz, Vallar, De la Guía y Hernández (2011). Se puede aplicar a una variedad de dife-

rentes grupos de pacientes y a la población normal, adultos y adolescentes (13 años o más). La escala de respuesta de 4 puntos va desde “nada en absoluto” hasta “gravemente” y clasifica el nivel de ansiedad como “mínima”, “leve”, “moderada” o “grave”. La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos.

En el caso de la tristeza/depresión, una de las medidas de autoinforme más ampliamente utilizadas en la práctica clínica y en la investigación es el Inventario para la Depresión de Beck (BDI-II) en su versión revisada de 1978 (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Steer, 1993), adaptada al castellano por Sanz, Perdigón y Vázquez, (2003). Está compuesta por veintiún ítems y evalúa la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los ítems, la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. En cuanto a su corrección, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se puede obtener una puntuación total que varía de 0 a 63.

Para finalizar este apartado, una medida muy usada para evaluar la expresión de ira sería el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2; Spielberger, 1996). La versión española de este cuestionario fue realizada por Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2001). El inventario se compone de seis escalas: estado de ira, rasgo de ira, expresión externa de ira, expresión interna de ira, control externo de ira, control interno de ira. Tiene tres subescalas para la escala de estado: sentimiento, expresión verbal y expresión física. Además, existen dos subescalas para la escala de rasgo: temperamento de ira y reacción de ira y un índice de expresión de ira como medida total de la expresión de la ira. El sujeto debe seleccionar la alternativa de respuesta que mejor se ajuste a la manera en que cada cuestión presentada describa su comportamiento. Se considera que puntuaciones entre los percentiles 25 y 75 indican normalidad. Las puntuaciones que se encuentran por encima del percentil 75 ponen de manifiesto una interferencia con un funcionamiento óptimo. Esta interpretación no debe aplicarse a las escalas de estado, en cuyo caso se construyeron cuatro niveles de clasificación (alto, moderado, bajo y nulo) en función del sexo y la edad.

---

**EN LA ENTREVISTA...**

No podemos olvidar que las preguntas más importantes para descubrir lo que el paciente siente son: ¿Cómo se siente con esta situación? ¿Cómo le afecta en su vida? ¿Cómo se siente a nivel físico? ¿Qué sensaciones físicas tiene cuando se siente mal? ¿Qué piensa en estas situaciones? o ¿qué hace?, ¿cómo se comporta? Estas preguntas nos acercan a los componentes fisiológicos, emocionales, cognitivos y conductuales de los que se compone la respuesta emocional.

---

### *2.2.2. Instrumentos y estrategias para evaluar las variables implicadas en la regulación de las emociones*

En este apartado se incluye la evaluación de las metacreencias, tanto creencias metacognitivas como metaemocionales, la evaluación de los recursos cognitivos y emocionales y, por último, de las estrategias de regulación específica que cada persona está utilizando.

#### *A) Creencias metacognitivas y metaemocionales*

En la evaluación de las creencias metacognitivas, la mayor parte de las escalas que se han desarrollado están dirigidas a evaluar las creencias sobre algún tipo de proceso cognitivo concreto, por ejemplo, la preocupación, la rumiación, o las obsesiones.

En el ámbito de la preocupación, uno de los cuestionarios más utilizados es el Cuestionario de MetaCogniciones (MCQ-30; Wells y Cartwright-Hatton, 2004); adaptado al castellano por Ramos-Cejudo, Salguero, y Cano-Vindel (2013). Se trata de una medida compuesta de treinta ítems (establecidos en una escala tipo Likert de 4 puntos), los cuales se clasifican en cinco subescalas: creencias positivas sobre las preocupaciones (“estar preocupado me ayuda a evitar problemas en el futuro”), creencias sobre la incontrolabilidad y peligro de las preocupaciones (por ejemplo, “las preocupaciones que tengo pueden hacer que me vuelva loco”), falta de confianza cognitiva (por ejemplo, “no confío en mi memoria”), creencias negativas sobre los pensamientos en general (por ejemplo, “ciertos pensamientos

deben ser controlados”) y autoconciencia cognitiva (por ejemplo, “me fijo mucho de cómo funciona mi mente”).

Otras medidas de creencias acerca de la preocupación son el cuestionario *¿Por Qué Me Preocupo-II?* (WW-II; Gosselin, Ladouceur, Langlois, Freeston, Dugas, y Bertrand, 2003), que consta de veinticinco ítems diseñados para evaluar cinco creencias positivas sobre la preocupación: (1) facilita la resolución de problemas, (2) aumenta la motivación, (3) protege de las emociones negativas (en caso de que se dé un resultado negativo), (4) previene de resultados negativos (pensamiento mágico), y (5) refleja un rasgo de la personalidad positivo; o la Escala de Consecuencias de Preocuparse (CWS; Davey, Tallis y Capuzzo, 1996), que mide las creencias sobre las consecuencias, tanto positivas como negativas, que puede acarrear el hecho de preocuparse. La escala se compone de veintinueve ítems, donde dichas consecuencias son valoradas por cada persona (en una escala del 1 al 5) en base al grado con que le describen cuando se preocupa. Las consecuencias negativas se clasifican en tres factores (preocuparse perturba la actuación eficaz, preocuparse exagera el problema, y preocuparse causa malestar emocional). Por otro lado, las consecuencias positivas se clasifican en dos factores (preocuparse motiva, y preocuparse ayuda al pensamiento analítico).

Por último, señalar el Cuestionario de Metapreocupaciones (MWQ; Wells, 2005) que evalúa los pensamientos acerca de los peligros del hecho de preocuparse (es decir, las metacogniciones de peligro). Mide la frecuencia de los siete pensamientos (en una escala de 1 a 4), así como el grado en que se cree en él (de 0 a 100).

Otras medidas se han centrado en analizar las creencias positivas y negativas acerca de la rumiación. Por ejemplo, la Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRS; Papageorgiy y Wells, 2001) que evalúa las creencias positivas sobre la rumiación, es decir, las creencias de que la rumiación es una estrategia de afrontamiento útil. Consiste en un cuestionario autoinformado de nueve ítems. Un ejemplo de estas creencias serían: “necesito rumiar mis problemas para encontrar una salida a mi depresión”. Las puntuaciones van desde 9 a 36, donde las puntuaciones más elevadas muestran una gran convicción de creencias metacognitivas. En el caso de las creencias negativas, estos autores diseñaron la Escala de Creencias Negativas sobre la Rumiación (NBRS; Papageorgiou, Wells y Meina; 2008). Es un cuestionario autoinformado de trece ítems diseñados para evaluar las creencias negativas sobre la incontrollabilidad y el daño de la rumiación (por ejemplo, la rumiación sobre mis problemas es incontro-

lable). La puntuación total varía desde 13 a 52. Estos instrumentos no están validados al español.

Por otra parte, existen igualmente medidas que tratan de analizar las creencias metacognitivas acerca de los pensamientos obsesivos. Destacar entre ellas, el Inventario de Creencias Obsesivas (ICO; Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió, 2003), que evalúa las creencias más relacionadas con el desarrollo o mantenimiento del trastorno obsesivo-compulsivo. El instrumento consta de cincuenta y ocho ítems agrupados en siete factores independientes, que se identifican con las siguientes dimensiones de creencias: fusión pensamiento-acción de tipo probabilidad, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, sobrestimación del peligro, fusión pensamiento-acción de tipo moral, responsabilidad excesiva e importancia de controlar el pensamiento, sobrestimación de la importancia de los pensamientos y rigidez de ideas. El sujeto debe expresar su grado de acuerdo con cada ítem mediante una escala Likert de 7 puntos (desde completamente en desacuerdo (1) hasta completamente de acuerdo (7)). El rango posible de puntuaciones oscila por tanto entre 58 y 406, y cuanto más elevado es la puntuación obtenida, mayor es el grado en que se asumen las creencias disfuncionales contempladas en el instrumento.

---

### **EN LA ENTREVISTA...**

...en ocasiones, las personas pueden tener una baja conciencia de sus propias creencias metacognitivas (principalmente en aquellas personas con una menor habilidad metacognitiva). En estos casos, algunas preguntas que pueden servirnos de ayuda son las siguientes:

“En ocasiones, preocuparnos mucho hace que nos asustemos por lo que pensamos. ¿Te preocupa preocuparte tanto? Cuando te preocupas, ¿crees que no puedes parar de hacerlo? ¿En alguna ocasión has pensado que de tanto preocuparte te has hecho algún tipo de daño o que podrías enfermarse?” Con estas preguntas, estaríamos evaluando las creencias negativas, pero podemos evaluar también las creencias positivas de la preocupación mediante preguntas del tipo ¿crees que preocuparse es bueno? ¿En qué te ayuda preocuparte?

La fusión pensamiento acción podemos medirla con preguntas del tipo ¿piensas que sobreestimas el poder de tus pensamientos?, ¿crees que pensar algo malo puede hacer que se cumpla?, ¿a veces has pensado que si piensas algo puede llegar a pasar?

---

En el caso de los y las adolescentes, destacar una medida como el Cuestionario de Fusión Pensamiento-Acción para Adolescentes (Muris, Meesters, Rassin, Merckelbach y Campbell, 2001), que está adaptada al español (TAFQ-A; Fernández-Llebrés, Godoy y Gavino, 2010). Está formado por dos escalas, TAF-Moral y TAF-Probabilidad, relacionadas con la etiología de los problemas obsesivo-compulsivos. La TAF-Moral, se refiere a la creencia de que un pensamiento inaceptable es moralmente tan malo como el acto (Shafran, Thordarson y Rachman, 1996). La TAF-Probabilidad se refiere a la creencia de que pensar sobre un hecho inaceptable o peligroso incrementa la probabilidad de que ese hecho realmente ocurra. Está compuesto por quince ítems con una escala de respuesta de respuesta 4 opciones, (donde 0 significa nada de acuerdo y 3 totalmente de acuerdo).

Con respecto a la evaluación de las creencias metaemocionales, son escasos los instrumentos que han tratado de evaluar estas creencias de forma directa. Uno de los pocos que se ha desarrollado en este sentido es el Beliefs About Emotions Questionnaire (BAEQ; Manser, Cooper y Trefusis, 2011). Los ítems de este instrumento reflejan temas de creencias acerca de las emociones. La escala de respuesta está compuesta por ciento dos ítems con un escala de respuesta de 5 puntos que van desde de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Los 6 factores de este instrumento están relacionados con creencias sobre emociones tales como: (a) abrumador e incontrolable (por ejemplo: “cuando empiezo a sentir malestar, no puedo controlarlo”); (b) vergonzoso e irracional (por ejemplo, “es vergonzoso sentirse molesto”); (c) inválido y sin sentido (por ejemplo, “la sensación de malestar no aparece al azar, siempre hay una razón para sentirme de esa manera”); (d) inútil (por ejemplo, “no es útil sentirme preocupado”); (e) daño (por ejemplo, “sentirme preocupado podría dañarme psicológicamente”) y (f) contagioso (por ejemplo, “si me siento preocupado, las personas que están a mi alrededor podrían sentirse preocupados”).

No obstante, existen otras medidas que nos permiten acercarnos a la evaluación de diferentes creencias metaemocionales. Entre ellas, cabe destacar la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004). Esta escala evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de treinta y seis ítems, con una escala Likert de 5 puntos (de “casi nunca/0-10% de las veces” a “casi siempre/90-100% de las veces”). La adaptación al castellano está realizada por Hervás y Jódar (2008) y está compuesta por veintiocho ítems y cinco factores: descontrol emocional, rechazo emocional, interferencia cotidiana, desaten-

ción emocional, y confusión emocional. La escala del descontrol Emocional consiste en una sensación de desbordamiento debido a la intensidad emocional y la sensación de persistencia de los estados emocionales negativos. Su interferencia con la vida se muestra en la escala Interferencia cotidiana. La escala de rechazo emocional evalúa la tendencia de la persona a juzgar de forma negativa su propia experiencia emocional y, como consecuencia, a reaccionar con vergüenza o con malestar ante sus propias emociones. La confusión emocional está referida a la incapacidad del individuo para nombrar con claridad sus emociones y, por último, la desatención emocional, se define como la incapacidad para dedicar recursos atencionales a la información atencional.

Otra medida útil que podemos considerar en este apartado es el Trait MetaMood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). La versión española fue realizada por Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos (2004). Este instrumento está integrado por veinticuatro ítems y compuesto por tres dimensiones: atención a los propios sentimientos, claridad emocional y reparación de las emociones. La atención a las emociones, que se evalúa a través de los primeros ocho ítems, es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus sentimientos (por ejemplo, “pienso en mi estado de ánimo constantemente”); claridad emocional, que se evalúa a través de los siguientes ocho ítems, se refiere a cómo creen percibir sus emociones las personas (por ejemplo, “frecuentemente me equivoco con mis sentimientos”), y reparación emocional, que se evalúa con los últimos ocho ítems restantes, se refiere a la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos (por ejemplo, “aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista”). La escala de tipo Likert es de 5 puntos que varían desde (muy de acuerdo) 1 hasta (muy en desacuerdo) 5.

Por último, y aunque centrada de forma específica en la ansiedad, el Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; Peterson y Reiss, 1992). La versión española está realizada por Sandín y Chorot (Sandín, Valiente y Chorot, 1999; Sandín, Chorot, Santed, y Valiente, 2004). Está formada por dieciséis ítems, a los que se contesta según una escala tipo Likert, pudiendo variar entre 0 (nada en absoluto) y 4 (muchísimo). Además de una puntuación general, se pueden obtener las tres subescalas siguientes: (1) ASI-somática (por ejemplo, “me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo”, “me asusto cuando mi corazón late de forma rápida” o “me asusto cuando no puedo respirar hondo o respiro con dificultad”) (2) ASI-cognitiva (“cuando no puedo mantener mi mente concentrada en