

**UNIVERSIDAD DE DEUSTO**



Universidad de Deusto  
Deustuko Unibertsitatea

**Deusto**

**TESIS DOCTORAL**

La relación entre las experiencias de apego, las estrategias emocionales y la aparición de sintomatología somática en jóvenes y adolescentes.

**Usue Orbegozo Ramos**

**Bilbao, 2016**



LA RELACIÓN ENTRE LAS EXPERIENCIAS DE APEGO, LAS ESTRATEGIAS  
EMOCIONALES Y LA APARICIÓN DE SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA EN  
JÓVENES Y ADOLESCENTES.

Doctoranda: USUE ORBEGOZO RAMOS

Dirigida por la Dra. ANA ESTÉVEZ GUTIÉRREZ

Dirigida por la Dra. BEGOÑA MATELLANES FEBRERO

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Facultad de Psicología y Educación.

Universidad de Deusto.

La directora

La directora

La doctoranda

Bilbao, Febrero 2016



*“A sound mind is a sound body”*

*(Una mente sana es un cuerpo sano)*



## AGRADECIMIENTOS

*Cuando hace casi cuatro años me embarqué en el camino de escribir esta tesis, era consciente del esfuerzo y las dificultades a las que me enfrentaba, pero no me imaginaba todo el conocimiento y crecimiento personal que esta etapa iba a aportarme. Ahora, volviendo la vista hacia atrás, puedo decir que todo esto ha merecido la pena, porque aunque el camino ha sido costoso y no ha estado exento de dificultades, han prevalecido el aprendizaje, las alegrías, las nuevas oportunidades, y sobre todo el apoyo de mucha gente a mí alrededor.*

*Terminando por el principio, o empezando por el final, me gustaría dedicar estas líneas a todas aquellas personas e instituciones, que durante estos últimos años han contribuido a que este proyecto haya podido salir adelante, y me han ayudado a poder finalizarlo, cumpliendo así mi propósito inicial.*

*En primer lugar a mis directoras Ana Estévez y Begoña Matellanes, sin las que ni una línea de este trabajo hubiera sido posible. GRACIAS. Gracias en primer lugar por impulsarme a llevar esta tesis a cabo, por vuestra confianza incondicional, y por darme la libertad de desarrollar este proyecto de forma propia, haciéndolo cada vez más mío. Gracias por vuestra total disponibilidad, por vuestra cercanía y sobre todo por vuestra paciencia a lo largo de estos años. Vuestro apoyo y afecto han sido indispensables para crear esto juntas, y espero que podamos seguir trabajando así en un futuro.*

*También quiero agradecer a la propia Universidad de Deusto, y a DEIKER, el haber confiado en mí, ofreciéndome la posibilidad de desarrollar mi propio proyecto de investigación mediante una beca FPI de tres años. Gracias por haber hecho posible el desarrollo de una idea inicial que poco a poco ha ido tomando forma culminando en el trabajo que a continuación se presenta.*

*Siguiendo dentro del marco universitario, quiero agradecer a todos los profesores, profesoras, compañeros y compañeras con los que he compartido esta etapa, y que me han ayudado en diferentes puntos de la misma. Sobre todo a vosotras: Leticia, Iratxe, Irache y Paula, compañeras de equipo incondicionales. Gracias por enseñarme, por escuchar sin juzgar, por compartir quejas y alegrías, por los infinitos*

*café y descansos. En definitiva... por el toque de magia y amistad que me habéis regalado estos últimos años.*

*Así mismo quería dedicar unas líneas de agradecimiento a todos los centros educativos que han colaborado en esta investigación, que se han interesado por mi trabajo, y que me han facilitado enormemente la recogida de datos y el contacto con los participantes. Y por supuesto, gracias a todos los adolescentes y jóvenes adultos que han participado anónima y voluntariamente en esta investigación. Sin vuestro tiempo y vuestras respuestas no habría trabajado ninguno.*

*Finalmente, a mis padres, Javi y Mari Jose, y a mi hermana Amaia. Gracias por haber aguantado mis cambios de humor, y por estar siempre al otro lado. Gracias por seguirme la corriente cuando no hacía más que quejarme, y por ayudarme a ver la luz cuando todo estaba negro. Gracias por compartir junto a mí las alegrías y las buenas noticias. Y por haberme enseñado a no rendirme, y a que el trabajo constante acaba dando sus frutos.*

*Por último no podía cerrar este apartado sin agradecer a la “kuadrilla” de Algorta y a la de Bilbao el haberme permitido crecer paralelamente a este proyecto, y el haberme inspirado y apoyado a seguir adelante, haciéndome reír y ver el lado bueno de las cosas aun en los momentos más oscuros.*

**MILA ESKER BIHOTZ-BIHOTZETIK.**







## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
--------------------------	----------

### **PARTE TEÓRICA**

#### **CAPÍTULO 1: LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y EL PROCESO DE SOMATIZACIÓN**

1.1. ¿Qué es la somatización? Definición de términos.....	11
1.2. Introducción y conceptualización de la somatización.....	15
1.2.1. El estudio de la somatización a lo largo del tiempo.....	15
1.2.2. Criterios diagnósticos, prevalencia y comorbilidad.....	21
1.2.2.1. Criterios diagnósticos según el DSM-V.....	24
1.2.2.2. Prevalencia y utilización de recursos sanitarios.....	25
1.2.2.3. Comorbilidad.....	27
1.2.3. Diferencias de género en la presencia de sintomatología somática.....	29
1.2.4. La sintomatología somática en adolescentes y jóvenes adultos.....	30
1.2.5. Medidas que evalúan la somatización y los síntomas somáticos.....	34
1.3 Modelos y mecanismos que explican la etiología de la somatización.....	37
1.3.1. Perspectiva biológica.....	38
1.3.2. Perspectiva psicológica.....	40
1.3.2.1. Acercamiento psicoanalítico.....	40
1.3.2.2. Perspectiva social: Teorías del aprendizaje social.....	42
1.3.2.3. Acercamiento cognitivo.....	43
• Modelos cognitivos.....	44

- Otros factores de riesgo cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de síntomas somáticos..... 50
- 1.3.2.4. Acercamiento emocional..... 53
  - Alexitimia..... 55
  - El manejo emocional: el uso de estrategias emocionales ..... 57
- 1.3.2.5. La importancia de las relaciones tempranas en la aparición y el mantenimiento de la sintomatología somática..... 59

## CAPÍTULO 2: LAS ESTRATEGIAS EMOCIONALES

- 2.1. Conceptualización de las emociones a lo largo del tiempo: ¿Qué entendemos por emoción?..... 67
- 2.2. Cómo manejamos las emociones: Las estrategias emocionales..... 73
  - 2.2.1. El procesamiento emocional: estrategias de experiencia, control y expresión de las emociones..... 76
  - 2.2.2. La regulación emocional como puente entre la experiencia y la expresión de las emociones..... 80
    - 2.2.2.1. El afrontamiento como estrategia de regulación emocional ..... 85
  - 2.2.3. La relación entre las estrategias emocionales y el malestar físico y psicológico..... 87
  - 2.2.4. Cómo evaluar las estrategias emocionales..... 93
- 2.3. Diferencias individuales en el uso de estrategias emocionales..... 97
  - 2.3.1. Las estrategias emocionales a lo largo del ciclo vital..... 98
  - 2.3.2. Diferencias de género en el uso de estrategias emocionales..... 102

2.3.3. La influencia de las relaciones tempranas en el uso de estrategias emocionales.....	104
--	-----

### CAPÍTULO 3: LAS RELACIONES TEMPRANAS DE APEGO

3.1. La teoría del Apego .....	110
3.2. Clasificación de los estilos de apego.....	113
3.2.1. Ainsworth y la situación extraña.....	114
3.2.1.1. Los tres estilos de apego: seguro, ambivalente y evitativo .....	116
3.2.2. Otros autores y clasificaciones.....	119
3.3. El apego y las figuras de apego en adolescentes y jóvenes adultos.....	122
3.3.1. Diferentes figuras de apego dentro de la familia .....	124
3.3.2. Diferentes figuras de apego fuera de la familia: el apego con el grupo de iguales.....	125
3.4. De los vínculos de apego al funcionamiento emocional, la salud y el bienestar .....	127
3.4.1. Los modelos internos de trabajo. ....	128
3.4.2. Las estrategias de apego.....	130
3.4.3. De la correulación a la autorregulación emocional.....	133
3.4.4. Vínculos de apego, salud y bienestar.....	137
3.5. Estabilidad y cambio de los vínculos de apego.....	138
3.6. La evaluación del apego en el adolescente.....	142

### CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO..... 147

## **PARTE EMPÍRICA**

### **CAPÍTULO 5: OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN**

5.1. Objetivo general.....	155
5.2. Objetivos específicos.....	156
5.3. Hipótesis.....	157

### **CAPÍTULO 6: ESTUDIO 1. ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DEL EPS-25**

6.1. Introducción y objetivos.....	161
6.2. Metodología.....	162
6.2.1. Participantes.....	162
6.2.2. Instrumentos.....	164
6.2.3. Procedimiento.....	167
6.2.4. Análisis de datos.....	168
6.3. Resultados.....	169
6.3.1. Análisis de fiabilidad.....	169
6.3.2. Análisis descriptivos del cuestionario adaptado.....	171
6.3.3. Análisis de la validez de constructo.....	174
6.4. Discusión.....	175
6.5. Conclusiones y limitaciones del estudio.....	178

### **CAPÍTULO 7: ESTUDIO 2. RELACIÓN ENTRE APEGO, ESTRATEGIAS EMOCIONALES Y SÍNTOMATOLOGÍA SOMÁTICA**

7.1. Objetivos e hipótesis.....	183
---------------------------------	-----

7.2. Metodología.....	186
7.2.1. Participantes.....	186
7.2.2. Instrumentos.....	187
7.2.3. Procedimiento.....	190
7.2.4. Análisis de datos.....	190
7.3. Resultados.....	192
7.3.1. Estadísticos descriptivos de las variables de medida.....	194
7.3.2. Análisis inferenciales entre grupos.....	196
7.3.2.1. Diferencia de medias entre dos grupos independientes .....	196
7.3.2.1. Diferencias de medias entre los tres grupos de apego. Análisis de varianza simple y múltiples.....	199
7.3.3. Modelos de mediación.....	204
7.3.3.1. Mediación de las estrategias emocionales entre el apego materno y la sintomatología somática.....	207
7.3.3.1. Mediación de las estrategias emocionales entre el apego paterno y la sintomatología somática.....	212
7.4. Discusión.....	216
7.5. Conclusiones y limitaciones del estudio.....	230
<b>CONCLUSIONES FINALES, FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN Y APLICACIONES DEL ESTUDIO.....</b>	<b>235</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>243</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>289</b>

ANEXO 1. Instrumentos para medir la sintomatología y los trastornos somáticos .....	291
ANEXO 2. Aprobación del estudio por parte del Comité Ético de la Universidad de Deusto.....	295
ANEXO 3. Hoja informativa dirigida a los centros que participaron en la investigación .....	299
ANEXO 4. Consentimiento informado para participar en la investigación.....	303
ANEXO 5. Batería de cuestionarios utilizada en la recogida de muestra de la investigación.....	307
ANEXO 6. Datos psicométricos de la escala original del EPS-25, dividida en cinco factores y la escala total.....	321
ANEXO 7. Datos psicométricos de la validación al castellano de EPS-25, compuesta por tres factores y la escala total.....	325
ANEXO 8. Estadísticos descriptivos de las variables de medida según el tipo de apego establecido.....	329
ANEXO 9. Estadísticos descriptivos de las variables de medida según ausencia y presencia de síntomas somáticos y según edad de la muestra.....	333
ANEXO 10. Análisis de componentes principales para las estrategias emocionales.....	337



## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### CAPÍTULO 1: LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y EL PROCESO DE SOMATIZACIÓN

Tabla 1. Frecuencia de la popularidad de los diferentes términos para referirse a la somatización encontrados en la bibliografía, como primera, segunda o tercera opción.....	12
Tabla 2. Criterios diagnósticos según DSM-III-TR para el trastorno de somatización (APA, 1988).....	22
Tabla 3. Criterios diagnósticos según DSM-IV y DSM-IV-TR para el trastorno de somatización (APA, 1995; 2002).....	23
Tabla 4. Clasificación diagnóstica del DSM-V para trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.....	24
Tabla 5. Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de síntomas somáticos .....	25
Tabla 6. Comorbilidad en el eje II de los Trastornos somatoformes.....	28
Tabla 7. Clasificación actual de los trastornos de somatización en niños y adolescentes según el DSM-PC (1996).....	33
Figura 1. Representación gráfica del modelo biopsicosocial (Engel, 1977; Morrison y Bennett, 2008).....	38
Figura 2. Circulo de la amplificación somatosensorial (Barsky y Wyshak, 1990) .....	46
Figura 3. Modelo de Kirmayer para explicar los síntomas somatoformes (Rief y Broadbent, 2007).....	47
Figura 4. El modelo de percepción-filtraje para los trastornos somatomorfos por Rief y Barsky, 2005 (extraído de Rief y Broadbent, 2007).....	49
Figura 5. Modelo teórico de la relación entre la alexitimia y los problemas de salud (adaptado de Lumley et al., 1996; Lumley, 2004).....	56
Figura.6. Una Aproximación de la somatización basada en la mentalización (Luyten et al., 2012).....	61

## CAPÍTULO 2: LAS EMOCIONES Y LAS ESTRATEGIAS EMOCIONALES

Tabla 7. Instrumentos más utilizados para medir el funcionamiento emocional en adolescentes y jóvenes adultos.....	95
Figura 7. Modelo conceptual del sistema emocional (adaptado de Lanteigne et al., 2014).....	71
Figura 8. Modelo de procesamiento emocional propuesto por Baker (2007, pp 118).....	77
Figura 9. Proceso de generación de la emoción y estrategias de regulación emocional según el modelo de regulación emocional de Gross (Gross y Barret, 2011).....	83

## CAPÍTULO 3: LAS RELACIONES TEMPRANAS DE APEGO

Tabla 8. Ventajas y desventajas de los modelos categorial y dimensional (extraído de Martínez y Santelices, 2005).....	142
Figura 10. Modelos de apego adulto según Bartholomew y Horowitz (1991), en relación con los estilos iniciales propuestos por Ainsworth et al. (1978).....	120
Figura 11. Modelo categorial de los estilos de apego (extraido de Brennan, Clark, y Shaver, 1998).....	121
Figura 12. Relación entre los MIT y las categorías de apego. Modelo de dos dimensiones y cuatro categorías (Bartholomew y Horowitz, 1991; adaptado de Bartholomew, Kwong, y Hart (2001).....	129
Figura 13. Resumen de las diferentes clasificaciones, dimensiones y estrategias de apego.....	130
Figura 14. Modelo de las dinámicas de activación de las estrategias de apego (extraído de Shaver y Mikulincer, 2002).....	132
Figura 15. Etapas y mecanismos facilitadores en el desarrollo de la autorregulación emocional.....	134

Figura 16. Representación esquemática de la postura prototípica del desarrollo de los nuevos vínculos de apego (extraído de Mikulincer y Shaver, 2007).....	140
---	-----

## CAPÍTULO 6: ESTUDIO 1. ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DEL EPS-25

Tabla 10. Descriptivos en base al nivel de estudios y centro de recogida.....	163
---	-----

Tabla 11. Fiabilidad del instrumento EPS-25 en sus diferentes validaciones hasta la fecha.....	165
--	-----

Tabla 12. Alfas de Cronbach para la escala total del EPS-25 al eliminar elementos .....	170
---	-----

Tabla 13. Correlaciones y estadísticos descriptivos de los ítems y la escala total (media, desviación típica y asimetría).....	173
--	-----

Tabla 14. Correlaciones entre los tres factores propuestos para el EPS-25, el IPPA puntuación total para madre, padre e iguales, y las subescalas de afrontamiento del CERQ.....	174
--	-----

Figura 17. Modelo de procesamiento emocional y su solapamiento con la estructura factorial del EPS-25 propuesto por Baker (2007, pp 118).....	162
---	-----

Figura 18. AFC del EPS-25. Gráfico de valores robustos de primer, segundo y tercer orden.....	172
---	-----

## CAPÍTULO 7: ESTUDIO 2. RELACIÓN ENTRE APEGO, ESTRATEGIAS EMOCIONALES Y SÍNTOMATOLOGÍA SOMÁTICA

Tabla 15. Alfas de Cronbach de las subescalas y los factores de los estudios de validación del IPPA.....	189
--	-----

Tabla 16. Estadísticos descriptivos generales de las variables medidas en la muestra de estudio.....	193
--	-----

Tabla 17. Respuestas de los participantes al test de screening de somatización de Othmer y de Souza.....	194
--	-----

Tabla 18. Clasificación de los participantes en los diferentes estilos de apego.....	195
Tabla 19. Relación entre los vínculos de apego con las diferentes figuras: madre, padre e iguales. Frecuencias observadas y esperadas.....	196
Tabla 20. Diferencia de medias entre los participantes que presentan síntomas somáticos y los que no respecto a las variables de estudio.....	198
Tabla 21. Análisis de varianza entre tipos de apego materno, y dificultades en el procesamiento emocional (1), estrategias de regulación emocional (2), y sintomatología somática (3), con las variables sexo y edad como covariables. Pruebas de efectos inter-sujetos y comparaciones post-hoc.....	200
Tabla 22. Análisis de varianza entre tipos de apego paterno y dificultades en el procesamiento emocional (1), estrategias de regulación emocional (2), y sintomatología somática (3), con las variables sexo y edad como covariables. Pruebas de efectos inter-sujetos y comparaciones post-hoc.....	202
Tabla 23. Análisis de varianza entre tipos de apego con iguales y dificultades en el procesamiento emocional (1), estrategias de regulación emocional (2), y sintomatología somática (3), con las variables sexo y edad como covariables. Pruebas de efectos inter-sujetos y comparaciones post-hoc.....	203
Tabla 24. Correlaciones entre las variables medidas en la muestra de estudio.....	206
Tabla 25. Mediación de las estrategias emocionales entre el apego materno y la sintomatología somática.....	211
Tabla 26. Intervalos de confianza para los efectos indirectos entre el apego madre y la presencia de síntomas somáticos.....	212
Tabla 27. Mediación de las estrategias emocionales entre el apego paterno y la sintomatología somática.....	215
Tabla 28. Intervalos de confianza para los efectos indirectos entre el apego paterno y la presencia de síntomas somáticos.....	216

Figura 19. Resumen gráfico de las elaciones entre las variables de estudio del Estudio 2 .....	184
Figura 20. Mediación de las dificultades de procesamiento emocional en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática.....	208
Figura 21. Mediación de las estrategias de regulación emocional en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática.....	209
Figura 22. Mediación de las estrategias emocionales negativas en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática.....	210
Figura 23. Mediación de las estrategias emocionales positivas en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática.....	211
Figura 24. Mediación de las dificultades en el procesamiento emocional en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática.....	213
Figura 25. Mediación de las estrategias de regulación emocional en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática.....	214
Figura 26. Mediación de las estrategias emocionales positivas en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática.....	215
Figura 27. Mediación de las estrategias emocionales negativas en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática.....	215



## **INTRODUCCIÓN**

---





Los trastornos por síntomas somáticos representan uno de los problemas psicológicos más relevantes en atención primaria, con una gran repercusión a nivel médico y una alta demanda de tratamiento. Asimismo, la sintomatología somática constituye un fenómeno con enormes costes tanto a nivel individual o familiar como económico. Según algunos estudios su coste médico supone el 10% del gasto sanitario total de cualquier país desarrollado. Además, debido a la alta comorbilidad que la somatización y la presencia de sintomatología somática muestran con trastornos tan prevalentes hoy en día como la depresión y la ansiedad, está empezando a resultar un desafío clínico, que deja en evidencia la necesidad de estudiar los factores que rodean a este proceso y las causas que lo desencadenan.

La adolescencia es un periodo clave para el estudio de la sintomatología somática, debido a las altas tasas de prevalencia que se encuentran en esta etapa del ciclo vital. La adolescencia y el inicio de la edad adulta son épocas caracterizadas por grandes cambios a nivel físico y psicológico, cambios que tienen efectos directamente relacionados con un aumento de la sintomatología somática, de ahí la mayor prevalencia en comparación con otras etapas vitales, y de ahí el interés que genera estudiar la sintomatología somática en población adolescente. Cabe destacar además, que la mayoría de estudios han sido llevados a cabo en muestra infantil o adulta, y que los adolescentes<sup>1</sup> han recibido menor atención.

La presente investigación tiene por lo tanto como fin abordar los aspectos etiológicos de la sintomatología somática en la adolescencia y adultez emergente, y esclarecer las cuestiones que aún quedan inconclusas en la literatura. Cuenta para ello, con una parte teórica que consta de cuatro capítulos; una parte empírica, donde se aclaran los objetivos y las hipótesis de las que se parte, y se presentan los dos estudios realizados; y un apartado final de conclusiones y limitaciones. Al final del trabajo, se pueden encontrar los diferentes anexos a los que se hace alusión a lo largo del mismo.

En el primer capítulo, se introduce el tema de la sintomatología somática. Se describe su estudio, desde sus inicios hasta el día de hoy, en qué consiste el síntoma

---

<sup>1</sup> A lo largo del presente trabajo se ha decidido utilizar el género masculino en términos como “el niño”, “el adolescente”, “el adulto” o “el individuo” como genérico y neutro para referirse tanto a los hombres como a las mujeres, con el único fin de facilitar la lectura. Esta decisión no implica ninguna preferencia o inclinación por el sexo masculino, ni pretende discriminar al sexo femenino. Tampoco muestra una prevalencia mayor de los hombres respecto a las mujeres.

somático y los trastornos por síntomas somáticos, y cómo se diagnostican, así como los datos de prevalencia y comorbilidad.

En respuesta a la problemática que representa la presencia de sintomatología somática, diversas orientaciones teóricas han propuesto numerosos modelos con el fin de explicar y dar cuenta de la etiología que rodea al fenómeno de la somatización. Desde los modelos biológicos a los psicodinámicos, este proceso es visto y explicado de diversas maneras. La conceptualización más extendida, entiende los síntomas somáticos como respuestas fisiológicas a conflictos psicológicos y sobre todo emocionales que no han podido ser expresadas de otra manera, y que quedan por lo tanto contenidas en el cuerpo. El presente estudio pretende abordar estos aspectos en población adolescente y joven adulta, con el fin de esclarecer las cuestiones que aún quedan inconclusas en la literatura.

En el segundo capítulo se ahonda en el desarrollo de las estrategias emocionales. Son precisamente estas estrategias las que facilitan o dificultan que la emoción sea debidamente expresada, y no quede estancada en el cuerpo, lo que facilitaría que posteriormente fuera expresada mediante los síntomas somáticos. Desde un acercamiento emocional, se entiende que cuando las emociones o impulsos son reprimidos, restringidos o bloqueados, y no encuentran una forma de expresión, pueden llegar a convertirse en síntomas somáticos o enfermedades físicas como vía de escape. Existen diversas teorías, modelos y puntos de vista sobre el funcionamiento y la clasificación de estas estrategias. Se analizarán aquellas más relevantes a la vez que se mostrarán las diferencias individuales en cuanto a edad, sexo y desarrollo de dichas estrategias emocionales.

Como último capítulo teórico, se revisa la importancia de las relaciones tempranas en el desarrollo del funcionamiento emocional del niño y el adolescente, así como en el proceso de somatización, desde el marco de la teoría del apego. Se analizan los diferentes estilos de apego propuestos a lo largo de los últimos años, y su relación con el bienestar físico y psicológico, y también los modelos internos de trabajo y las estrategias de apego que de ellos se derivan. Concretamente, en el presente estudio se entiende el apego como el vínculo mediante el cual el menor aprende a autorregular sus emociones, y por lo tanto como vínculo que condicionará las estrategias de regulación emocional que el menor vaya a desarrollar. Dependiendo de las características del

cariño y el cuidado ofrecido por las figuras de referencia, el vínculo que el menor cree con éstas variará, así como los esquemas y representaciones de sí mismo y el mundo que le rodea, lo que tendrá una importante influencia en su posterior desarrollo físico y psicológico. También se hace alusión al estudio del apego en adolescentes y jóvenes adultos, y a la importancia que el grupo de iguales adquiere en esta etapa del ciclo vital.

Cerrando la parte teórica, el cuarto capítulo recoge las diversas conclusiones que se extraen de la revisión teórica y que justifican la realización de este estudio.

Posteriormente y enmarcado en una parte más empírica, se explican los objetivos e hipótesis planteados, que darán pie a los dos estudios empíricos de los que consta la presente investigación, cada uno con su propio apartado de objetivos, metodología, resultados y discusión. El primer estudio se dirige a validar el *Emotional Processing Questionnaire*, en lengua castellana, con población adolescente y joven adulta. Este primer estudio se presenta en el sexto capítulo. En el mismo toman parte 600 estudiantes de entre 16 y 22 años, que rellenan las diferentes medidas necesarias para llevar a cabo el estudio. En cuanto a los resultados del mismo, mediante un análisis factorial confirmatorio, y teniendo en cuenta los diferentes índices de ajuste, se propone una nueva estructura factorial basada en un modelo de 3 factores de segundo orden. Asimismo, observando los diferentes índices psicométricos de fiabilidad y validez se concluye que el *Emotional Processing Questionnaire* en su validación al castellano es una prueba objetiva, válida y fiable para medir las dificultades en el procesamiento emocional.

Un segundo estudio, que conforma el séptimo capítulo, explora las complejas relaciones entre las tres variables: la sintomatología somática, las estrategias emocionales, y las relaciones de apego; teniendo en cuenta la influencia que la edad y el sexo de la muestra puedan generar. Por un lado, se evalúan las diferencias y las similitudes entre hombres y mujeres y entre adolescentes y jóvenes adultos respecto a las variables de estudio. También se analizan las diferentes puntuaciones en el uso de estrategias emocionales y en la seguridad e el apego dependiendo de la presencia o ausencia de sintomatología somática. Asimismo, se tienen en cuenta los diferentes tipos de apego (seguro, ambivalente y evitativo) y las diferencias que puedan generar en las variables somáticas y emocionales.

Por último, se plantea un modelo de mediación, donde las estrategias emocionales actúan como mediadoras en la relación entre el apego y la sintomatología somática. Este modelo es significativo en el caso del apego materno y del apego paterno, pero no en el apego hacia el grupo de iguales. En primer lugar se presenta en qué consiste el análisis de mediación así como las correlaciones entre todas las variables. Más adelante, se muestran estos modelos mediacionales de forma gráfica, analizándolos uno por uno, para al final poder discutir de forma amplia los resultados encontrados.

Como cierre del estudio, se presentan las conclusiones generales de los estudios realizados y de los datos obtenidos, referentes a toda la tesis. Estas conclusiones ponen de manifiesto la importancia de las estrategias emocionales en el proceso de somatización y de aparición del síntoma somático, teniendo en cuenta la edad y el sexo de la muestra. Además, resaltan su relación con los vínculos de apego y con las experiencias tempranas con las figuras de referencia, como es el caso de la madre y del padre; y ofrecen evidencia a favor del papel mediador de estas estrategias en la relación entre el apego y la sintomatología somática. De estas conclusiones finales se derivan futuras líneas de investigación, aludiendo a las limitaciones con las que se ha encontrado el presente estudio. Asimismo, también se hace especial hincapié en las implicaciones prácticas y clínicas que se pueden desprender de esta tesis.

## **PARTE TEÓRICA**

---



## CAPÍTULO 1

---

### LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y EL PROCESO DE SOMATIZACIÓN





## 1.1. ¿QUÉ ES LA SOMATIZACIÓN? DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

La somatización se entiende como la presentación de sintomatología física en ausencia de una causa médica identificable, y es una de las condiciones más comunes y desafiantes en atención primaria, tanto en niños como en adolescentes y adultos (Bakal, Steiert, Coll, y Schaefer, 2006; Koh, 2013; López-Santiago y Belloch, 2012; OMS, 2001; Sánchez-García, 2013; Rief y Broadbent, 2007; Van der Leeuw et al., 2014). La somatización es considerada fundamentalmente un trastorno internalizante, e incluye un amplio rango de fenómenos clínicos y una gran variedad de procesos que conducen al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares corporales a los que éste erróneamente atribuye una causa orgánica (Ballester-Arnal, Legaz-Sánchez, Salmerón-Sánchez, Llario, y Dolores, 2012; Bass, 1990; Busch, 2014; Gresham y Kern, 2004; Hiller, Rief, y Brähler, 2006; López-Soler, Alcántara, Fernández, Castro, y López-Pina, 2010). El mayor desafío de la somatización, es precisamente la falta de explicación biológica o fisiológica para los síntomas físicos que el paciente presenta (Rief y Broadbent, 2007; Stone, 2011; Velasco, Ruiz, y Álvarez-Dardet, 2006), además de su alta prevalencia y su difícil detección y diagnóstico, que elevan los gastos sanitarios y saturan las consultas de atención primaria.

La ausencia de explicación médica radica en que la experiencia de los síntomas somáticos es multifactorial, por lo que no está simple y únicamente determinada por factores biológicos ni por fenómenos psicológicos, sino que son muchos los factores que se encuentran en la base de la aparición de estos síntomas (Schroeter et al., 2015), como se analizará más adelante en este capítulo. La somatización tiene además múltiples formas de presentación y reúne tres conjuntos de problemas clínicos conceptualmente diferentes, de los que se desprenden tres tipos de pacientes somáticos: 1) pacientes que muestran una excesiva preocupación corporal, así como una gran preocupación por la enfermedad (por ejemplo, pacientes hipocondríacos); 2) pacientes que muestran síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO<sup>2</sup>; por ejemplo síntomas relacionados con la fibromialgia, fatiga crónica, o síndromes de dolor crónico); y 3) pacientes que presentan preocupaciones o síntomas somáticos pero que pueden ser diagnosticados con otro trastorno psicológico o psiquiátrico que explique los síntomas

---

<sup>2</sup> De ahora en adelante mediante el acrónimo SSCO se hará referencia a los síntomas somáticos sin causa orgánica, con el fin de facilitar la lectura y usar una nomenclatura más breve.

corporales (Kirmayer y Sartorius, 2007). En el presente estudio, la atención está focalizada en el segundo grupo, personas que muestran SSCO.

Los diferentes fenómenos que se recogen en la literatura para definir los procesos de somatización son muchos y a su vez expresan conceptos similares, sin que exista un claro acuerdo respecto a su definición o a la nomenclatura utilizada (Picariello, Ali, Moss-Morris, y Chadler, 2015). La somatización abarca desde síntomas somáticos recurrentes o dolores sintomatológicos diarios, hasta trastornos psicopatológicos caracterizados por fuertes dolores y síntomas inhabilitantes (Risor, 2009; Rosendal et al., 2013). La falta de uniformidad en el uso de la terminología, la amplitud de los procesos somáticos, y la gran variedad de sintomatología hacen que el fenómeno de la somatización sea complicado de estudiar (Silber, 2011). Las somatizaciones han recibido diferentes denominaciones a lo largo del tiempo. Desde términos como histeria y neurosis, a neurastenia o trastorno psicósomático, entre otros, fueron utilizados para expresar la presencia de quejas somáticas asociadas a dificultades psicológicas (Husain, Browne, y Chalder, 2007).

Tabla 1. Frecuencia de la popularidad de los diferentes términos para referirse a la somatización encontrados en la bibliografía, como primera, segunda o tercera opción

	<i>Primera opción</i>	<i>Segunda opción</i>	<i>Tercera opción</i>
Síntomas físicos complejos	15 (17.2%)	11 (12.6%)	9 (10.3%)
Síntomas funcionales	4 (4.6%)	3 (3.4%)	8 (9.2%)
Síntomas somáticos funcionales	7 (8.0%)	8 (9.2%)	4 (4.6%)
Síndrome funcional	6 (6.9%)	3 (3.4%)	5 (5.7%)
Trastornos por estrés corporal	5 (5.7%)	5 (5.7%)	8 (9.2%)
Síndrome por estrés corporal	3 (3.4%)	4 (4.6%)	4 (4.6%)
Síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO)	5 (5.7%)	12 (13.8%)	2 (2.3%)
Síntomas físicos no explicados	10 (11.5%)	8 (9.2%)	6 (6.9%)
Síntomas físicos persistentes	18 (20.7%)	14 (16.1%)	12 (13.8%)
Trastorno somatoforme	4 (4.6%)	5 (5.7%)	2 (2.3%)
Otros (ej. Trastorno de síntomas somáticos)	8 (9.2%)	1 (1.1%)	0

Fuente: Picariello et al. (2015).

Con el fin de facilitar la lectura y la comprensión de capítulo, previo a la introducción del estudio y a la evolución del concepto de somatización y sintomatología somática, se presenta un listado con los términos recogidos en la bibliografía actual (ver Tabla 1) y una definición de aquellos que se emplearán en el presente capítulo, ordenados alfabéticamente, con el objetivo de esclarecer el significado de cada constructo empleado para definir y nombrar lo que engloba la somatización:

a. *Amplificación somatosensorial*: Este término hace referencia a los síntomas que se dan como resultado de la percepción de cambios y sensaciones corporales. Se concibe como el grado de sensibilidad hacia sensaciones corporales que son molestas y desagradables pero no patológicas. Hace referencia a una tendencia a experimentar las sensaciones físicas de una manera intensa, nociva o perturbadora (Barsky, Wyshak, y Klerman 1990; Domínguez, Pascual, y Carmona, 2010; Maldonado y Sánchez, 2005; Valdés et al. 2008). Barsky y colaboradores (1990) fueron los primeros en definir la amplificación somatosensorial como un estilo perceptivo y cognitivo favorecido por una limitada conciencia de los estados emocionales y por las dificultades en el procesamiento de los afectos. Este estilo implica varios elementos: 1) hipervigilancia corporal que conlleva un incremento de la focalización de la atención en las sensaciones corporales desagradables; 2) tendencia a seleccionar y centrarse en ciertas sensaciones infrecuentes o tenues; y 3) propensión a valorar las sensaciones somáticas y viscerales como anómalas e indicadoras de enfermedad, en lugar de considerarlas como normales (Barsky, 1992).

b. *Procesos psicofisiológicos*: son los cambios fisiológicos secundarios a factores psicológicos como, por ejemplo, la sudoración o la aceleración cardíaca ante situaciones de miedo o ansiedad. Este concepto está muy unido al anterior, ya que la atención que prestamos a nuestro cuerpo y la percepción corporal condicionarán la apreciación de estos procesos.

c. *Sintomatología o queja somática*: También denominadas síntomas/quejas físicas funcionales, síntomas/quejas somáticas funcionales, o más comúnmente síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO o *Medically Unexplained*

*Symptoms*, MUS en inglés). Hacen referencia a la queja física que ocasiona malestar y que carece de explicación clínica evidente, ante la ausencia de una causa orgánica que explique o justifique los síntomas físicos que genera (Beck, 2008; Luyten, van Houdenhove, Lemma, Target, y Fonagy, 2012; Rief y Broadbent, 2007). Estos síntomas incluyen comúnmente condiciones médicas como síndrome de intestino irritable, encefalomiелitis miálgica, síndrome de fatiga crónica, dolor crónico, fibromialgia, palpitaciones, insomnio, entumecimiento de extremidades, problemas cutáneos, y otros síntomas dolorosos como cefaleas recurrentes, o dolores de espalda (Payne, 2015). Se calcula que alrededor del 10 y el 25% de niños y jóvenes adultos reportan quejas somáticas crónicas (Carson et al., 2011; Egger et al. 1999; Domenech-Llaberia et al., 2004). 1987).

d. *Somatización*: Así se denomina el proceso global e inconsciente por el que el paciente traduce sus conflictos emocionales en quejas físicas o somáticas. Un uso más común de esta palabra hace referencia a la presencia de síntomas somáticos en la ausencia de enfermedad o daño en los tejidos, sin que importe su categoría diagnóstica. Es importante diferenciar entre la somatización como síntoma y la somatización como trastorno. No todos los pacientes que reportan sufrir síntomas somáticos presentan un trastorno de somatización. Asimismo, es importante tener en cuenta la diferencia entre la somatización, y los desórdenes psicósomáticos (que no se contemplan en el presente estudio). Si bien el desencadenante psicológico y los síntomas físicos se presentan como fenómenos comunes en ambos constructos, la diferencia entre ellos radica en que mientras en los trastornos psicósomáticos existe un daño en el sistema fisiológico correspondiente, en el caso de la somatización no se desprende una patología orgánica demostrable del síntoma mediante el que se manifiesta.

e. *Trastornos por somatización*: Es el término mediante el cual los manuales diagnósticos DSM-III (APA, 1984) y DSM-IV (APA, 1995), así como sus versiones revisadas DSM-III-R y DSM-IV TR (APA, 1988; 2002), se refieren a la patología por aparición de síntomas somáticos que puede darse como parte de uno de los trastornos somatoformes. Los pacientes

diagnosticados con trastorno por somatización, presentarían múltiples quejas somáticas (al menos 13), que comienzan a darse generalmente antes de los 30 años (APA, 1995).

f. *Trastornos por síntomas somáticos*: Nomenclatura por la que el nuevo DSM-V denomina a los anteriormente denominados trastornos somatoformes (APA, 2013). En el apartado 1.2.2 se repasan los criterios diagnósticos y las diferentes patologías que componen esta nueva categoría de trastornos.

g. *Trastornos somatoformes*: Nomenclatura utilizada por los manuales diagnósticos DSM-III y DSM-IV (así como sus versiones revisadas), para hacer referencia al grupo de trastornos somáticos listados en los mismos. La característica principal de estos trastornos es la presencia de síntomas físicos en ausencia de enfermedad física (APA, 1995). Desde un punto de vista psicopatológico, la presencia de quejas o síntomas físicos médicamente no explicados y preocupaciones somáticas no justificadas constituye el denominador común de este grupo de trastornos.

## 1.2. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SOMATIZACIÓN

### 1.2.1. El estudio de la somatización a lo largo del tiempo

Los fenómenos de somatización se conocen en el mundo de la medicina desde hace siglos. La primera vez que se nombró como trastorno fue en la Grecia clásica, donde se creó el término *histeria* (del griego *hystear*, que significa útero) para referirse a los procesos somáticos. En aquella época se consideraba que la somatización se producía por el desplazamiento del útero, de forma que las mujeres experimentaban síntomas en la zona dónde recalaba el útero. Esta idea se mantuvo a lo largo del tiempo, y no fue hasta finales del siglo XVI cuando Le Pois rechazó el origen uterino de la histeria. Años más tarde, en 1882, Sydenham descubrió la hipocondriasis como contrapartida masculina del mismo trastorno (citados por Guzman-Guzman, 2011), por lo que la presencia de síntomas somáticos, dejó de ser exclusiva de la mujeres.

En esa misma década, Briquet estudiaba un síndrome también denominado histeria, que se caracterizaba por varios síntomas somáticos que venían acompañados de sintomatología ansiosa y depresiva (De Gucht y Fischler, 2002; Dell y Campo, 2011). La histeria se definía entonces no como un desplazamiento uterino, sino como la ansiedad subyacente creada por un conflicto inconsciente que es transformada en síntoma somático con el fin de proteger al individuo de emociones negativas sobrecogedoras y desbordantes (Van de Hart y Friedman, 1989). En la misma línea y siguiendo el pensamiento psicoanalítico dominante en aquella época, Freud (1894) distinguió dos tipos de fenómenos diferentes en relación al síntoma somático a los que nombró histeria de conversión y neurosis. La diferencia entre ambos radicaba en que mientras la histeria de conversión tenía un origen psíquico, es decir, el síntoma saltaba de la mente al cuerpo, en la neurosis el origen parecía ser somático, y el salto se daba en sentido opuesto: del cuerpo a la mente. La histeria de conversión y, por lo tanto, el salto de la mente al cuerpo, se relacionaría con lo que hoy en día conocemos como procesos somáticos, quejas físicas para las que no existe una explicación médica o biológica, ni se desprende una patología orgánica demostrable. Por el contrario, la neurosis descrita en aquel entonces y el paso del cuerpo a la mente, se relacionaría con las enfermedades o trastornos psicósomáticos, para los que sí existe evidencia orgánica, encontrándose dañado el sistema fisiológico correspondiente al síntoma exteriorizado (Santiago y Belloch, 2002; Shaw y DeMaso, 2007). Según Freud (1894) el mecanismo de conversión de traumas psicológicos en síntomas corporales constituía el núcleo central de la histeria (de conversión) y se transformó en el punto de partida de todas las formulaciones teóricas posteriores respecto a la formación de síntomas somáticos (De Gucht y Fischler, 2002; Luyten et al., 2012).

Sin embargo, el concepto de *somatización* como tal no fue usado hasta 1924 por Stekel (citado por Woolfolk y Allen, 2007), quien basándose en el trabajo de sus colegas psicoanalistas, entendía la somatización como el proceso por el cual un conflicto psíquico puede producir trastornos corporales. Afirmaba, en consonancia con el concepto de conversión, que mediante los mecanismos de defensa de represión y desplazamiento, se impediría la conciencia del conflicto y, en su lugar, aparecería una *expresión visceral* (queja somática) como modo de expresión del impulso reprimido (Chorot y Martínez, 1995; De Gucht y Fischler, 2002; García-Campayo, 2007; Kellner,

1991). Mediante este concepto, el autor quiso referirse a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa naturales no permiten la expresión de la ansiedad y sólo es posible una expresión corporal, que impide la manifestación consciente de la ansiedad experimentada por el individuo (Lipowski, 1988).

Como puede verse, las primeras concepciones de la somatización están enraizadas en la teoría psicoanalítica, que influyó de gran manera las investigaciones y estudios realizados a lo largo del siglo XX. Una de las definiciones más influyentes y más citadas en la literatura médica y psicológica es la de Lipowski (1988), quien igualmente influenciado por el psicoanálisis, definió la somatización como la tendencia a experimentar, conceptualizar y/o comunicar estados psicológicos a través de sensaciones corporales, cambios funcionales y síntomas somáticos que llevan al paciente a buscar ayuda médica. El mismo autor, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, aportó diferentes visiones del proceso de somatización, desprendiéndose poco a poco de las ataduras psicoanalíticas, pero sin dejar de sugerir la existencia de una relación causal entre la somatización y la experiencia de estrés psicológico (De Gucht y Fischler, 2002).

Lipowski (1988), y más adelante García-Campayo (2007), presenta un enfoque comprehensivo para definir la somatización que incluye tres aspectos básicos: el aspecto experiencial, es decir, cómo el paciente percibe y subjetivamente reconoce el dolor; un aspecto cognitivo, que se refiere a como el individuo define e interpreta los síntomas; y finalmente, un aspecto conductual que hace referencia a cómo el paciente reacciona al dolor, los cursos de acción que lleva a cabo para manejarse con el dolor, y cómo lo comunica. Este último aspecto haría referencia a la conducta de enfermedad, que pasó, a finales del siglo XX, a formar parte de la definición de la somatización, y se convirtió en criterio para su diagnóstico.

Otra definición muy citada en la literatura, es la propuesta por Kleinman, Anderson, Finkler, Frankenberg, y Young (1986). Estos autores, que también enfatizan el componente conductual, definen la somatización como la expresión de malestar social y personal mediante un idioma de quejas físicas que lleva a la búsqueda de ayuda médica. Dos años más tarde, Goldberg y Bridges (1988), resaltando la importancia del componente cognitivo y atribucional, clasificaron al paciente como somatizador a partir

de la presencia de cuatro características. De acuerdo con estos autores, un paciente que somatiza sería aquella persona que realiza una presentación somática de su malestar, realiza a su vez una atribución somática de sus síntomas, no tiene una enfermedad física que genere dicha sintomatología, pero si existe la presencia de un trastorno psiquiátrico y, además, existe también la expectativa de una respuesta positiva al tratamiento psiquiátrico. En esa misma década, Escobar y colaboradores (1987), al igual que hicieron Kleinman y colaboradores un año atrás (1986), definieron al paciente somático como un individuo que repetidamente exhibía importantes quejas sugiriendo una enfermedad física, pero para las cuales carece de una explicación médica. Quisieron así hacer hincapié en el aspecto más conductual del paciente somatizador, resaltando la conducta de enfermedad característica en pacientes somatizadores, y la manera de expresar el conflicto mediante quejas, y buscar repetidamente atención médica.

Por otro lado y haciendo alusión al componente emocional del fenómeno de la somatización resaltado por Lipowski y la corriente psicoanalítica, pero mantenido al margen durante el auge de la corriente cognitivo conductual que dominó las últimas décadas del siglo XX, Craig y Boardman (citados en Bass, 1990) plantean que las dificultades en el funcionamiento emocional estimulan la percepción de los síntomas somáticos, resaltando el papel de la regulación emocional en la percepción de síntomas físicos. En esta línea, Kirmayer y Taillefer (1997) mencionan que la somatización es un término usado para referirse a aquellas situaciones clínicas en las cuales los pacientes se presentan con síntomas exclusivamente somáticos a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrables. Investigaciones recientes han confirmado esta asociación, entendiendo la somatización como el resultado de un inadecuado manejo de las emociones, que al no poder ser procesadas por el individuo, no son experimentadas ni muchas veces reconocidas (Beck, Breuss, Kumning, y Schubler, 2013; Güney, Sattel, Cardone, y Merla, 2015; Kleinstauben, Witthoft, y Hiller, 2011; Rasmussen, Ageter, Bernard, y Cha, 2011; Subic-Wrana, 2011; Villanueva, Górriz, Prado-Gasco, y González, 2015). Cuando esto ocurre y el individuo no puede hacer frente a sus emociones, estas quedan atrapadas en el cuerpo. Así, el individuo solo percibe la activación corporal generada por la emoción y, por lo tanto, su expresión queda condicionada a un nivel somático (Beck et al., 2013; Waller y Scheidt, 2006).



Durante la década de los 90, diferentes autores resaltaron la importancia de factores socioculturales y ambientales. Así, Shorter (1993) proporcionó una interesante teoría, relevante tanto a nivel histórico como cultural, donde contemplaba la somatización como el resultado de una selección inconsciente de síntomas. Esta selección estaría determinada por factores individuales y culturales, y los síntomas no serían aleatorios ni únicos, sino sociales y aprendidos. En esta misma línea, Micale y Porter (1995) también defendieron la influencia de factores culturales en el proceso de somatización, criticando la visión simplista de la medicina Occidental, según la cual si un síntoma carece de explicación médica, entonces ha de ser mental. Los factores sociales y culturales que explican la somatización incluirían no solo la visión tradicional de la salud y la actitud cultural acerca de problemas psicológicos y sociales, sino que también abarcaría la disponibilidad y la accesibilidad de dispositivos de atención médica. Las diferencias entre estos factores en las diferentes culturas, reflejarían las diferentes tasas de prevalencia de la somatización en diversas poblaciones. Así, desde una perspectiva social y cultural, se achaca el aumento de las tasas de somatización y su mayor prevalencia en sociedades desarrolladas frente a aquellas en vías de desarrollo, al comportamiento ante la enfermedad (social y culturalmente determinado), y a la respuesta del sistema sanitario ante los síntomas somáticos (Gureje, Simom, Ustun, y Goldberg, 1997).

Como puede verse, desde que Stekel acuñará el término somatización a principios del siglo XX, han sido muchas las corrientes desde las que este constructo ha sido definido y explicado. Pero aun proviniendo de diferentes marcos teóricos, muchas veces estas definiciones se solapan, y todas ellas plantean un punto en común: la presencia de síntomas y quejas físicas que no pueden ser adecuadamente explicados por causas orgánicas. Asimismo, resaltan la conducta de enfermedad mostrada por el paciente, y convergen en que para que el fenómeno de somatización ocurra, el paciente repetidamente ha de buscar cuidado médico aquejado de algún problema somático y atribuir estas molestias a una enfermedad orgánica inexistente, buscando un diagnóstico y un tratamiento médico de forma persistente (Busch, 2014; De Gucht y Fischler, 2002; Dell y Campo, 2011; Dimsdale, Sharma, y Sharpe, 2011; García-Campayo, 2007; Koh, 2013; Lipsitt, 2015; López-Santiago y Belloch, 2012; Lyons y Chamberlain, 2006; Martin y Rief, 2011; Sánchez-García 2013; Sirri y Fava, 2013; Van der Leeuw et al.,

2015). Sin embargo, no coinciden a la hora de explicar las causas del desarrollo y el mantenimiento de la sintomatología. La etiología de este fenómeno también está arraigada a la corriente psicológica que lo estudie y, por lo tanto, hay diversas opiniones al respecto, que serán analizadas en detalle en apartados posteriores que explican la etiología de la somatización (ver apartado 1.3). Algunas investigaciones han demostrado que la somatización es una defensa contra la conciencia o la expresión de estrés psicológico (Allaz y Cedraschi, 2015; García-Albea, García-Parajuá, y Navas, 2015; Hyphantis, Goulia, y Carvalho, 2013; Katon, Kleiman, y Rosen, 1982; Lacroix, Peterson, y Verrier, 2001; Taylor, 2003). Otras, en cambio, sugieren que son síntomas que expresan un trastorno psiquiátrico mayor subyacente (Escobar et al., 1987; Croicu, Chwastiak, y Katon, 2014; Katsamanis et al., 2011), por lo tanto, no son mecanismos de defensa contra un estrés inconsciente, sino que serían vistas como expresiones de estrés. Por otro lado, mientras que algunos autores advierten que personas con menores niveles de educación son aquellas que más somatizan, otros no han encontrado diferencias significativas entre clases sociales o niveles de educación en pacientes somatizadores (Aydogan et al., 2013; Bjelland et al., 2008; Bridges, Goldberg, Evans, y Sharpe, 1991; Farioli et al., 2014; Vorvolakos et al., 2012). La falta de acuerdo en la etiología, complica muchas veces el tratamiento de estos síntomas, favoreciendo su cronicidad. Es por eso, que muchos autores plantean en sus estudios líneas de investigaciones futuras resaltando la importancia de seguir profundizando en entender qué causa los procesos somáticos (Haliburn, 2011; Inamura et al., 2015; Kleinstauben et al., 2011; Luyten et al., 2012; Ma-Kellams, 2014; Stone, 2011).

Además de la etiología de la somatización, otro de los problemas actuales es la dificultad de diagnóstico de esta patología. Una consecuencia directa de este problema es que aquella persona que presenta síntomas somáticos habituales y recurrentes, los SSCO, no siempre recibe el diagnóstico de trastornos de síntomas somáticos. Muchos individuos, somatizan de manera pasajera en el contexto de un importante nivel de estrés, sin que sus síntomas lleguen a la gravedad requerida para diagnosticar un trastorno por somatización (Beck, 2008; Lowe et al., 2008; Noyes, Stuart, y Watson, 2008; Rasmussen et al., 2011; Taylor, Marshall, Mann, y Goldberg, 2012; Waldinger, Schulz, Barsky, y Ahern, 2006). Esto supone un problema en el sistema de salud actual, ya que colapsa muchas veces los servicios de atención primaria, el paciente se vuelve

usuario recurrente del sistema sanitario, y conlleva un elevado gasto económico (Busch, 2014; López-Santiago y Belloch, 2012; Rief y Martin, 2014; Stone, 2011).

A continuación, se analizarán estas dificultades junto con los criterios diagnósticos para los trastornos somáticos y, en un siguiente apartado, se resumirán los factores etiológicos más importantes recogidos en la bibliografía respecto a la aparición y el mantenimiento de la sintomatología somática.

### 1.2.2. Criterios diagnósticos, prevalencia y comorbilidad

Llegados a este punto es importante recalcar la diferencia entre los trastornos somáticos, o somatización como diagnóstico, y la presencia de síntomas somáticos, sin que necesariamente haya presencia de un trastorno. Los criterios diagnósticos para los trastornos de somatización descritos en las diferentes ediciones del DSM, ilustran las dificultades a la hora de construir un criterio diagnóstico adecuado para la relevancia clínica que tiene la somatización, y son mencionados a continuación. Sin embargo, no existen dichos criterios para los síntomas somáticos, que carecen de diagnóstico y no serían más que los síntomas que puede presentar el paciente con un trastorno por síntomas somáticos (DSM- V) o trastorno somático (DSM-IV y DSM-IV TR).

El criterio original para diagnosticar un trastorno somático incluía un total de 25 SSCO que el paciente debía de haber padecido a lo largo de su historia vital, junto con varios aspectos conductuales, como la búsqueda de atención médica, y los comportamientos de enfermedad. Sin embargo, la primera vez que el término *trastorno de somatización* fue utilizado como diagnóstico oficial, fue con la publicación del DSM-III (APA, 1984), que lo situó dentro de una categoría superior a la que denominaron *trastornos somatoformes*, pertenecientes al Eje I (APA, 1984; Bridges et al., 1991; De Gucht y Fischler, 2002), y cuyo diagnóstico abarcaba 12 síntomas en hombres y 14 en mujeres. Este criterio fue modificado con la aparición del DSM-III-R (APA, 1988), dónde se aunó un criterio de 13 síntomas somáticos tanto en hombres como en mujeres (ver Tabla 2).

Tabla 2. Criterios diagnósticos según DSM-III-TR para el trastorno de somatización (APA, 1988)

---

A. Historia de síntomas físicos de varios años de duración, que empieza antes de los 30 años.

B. Por lo menos, 13 síntomas de los que se exponen a continuación. Para que un síntoma se considere significativo deben cumplirse los siguientes tres criterios:

1. El síntoma no puede explicarse por ninguna patología orgánica o mecanismo fisiopatológico (trastorno físico, efectos de una herida, medicación, fármacos o alcohol) y cuando hay una patología orgánica, los síntomas o el deterioro social o profesional resultante son mucho mayores de lo que cabría esperar por los hallazgos físicos.;
2. Los síntomas son aparecen únicamente durante las crisis de angustia;
3. El síntoma ha obligado a la toma de fármacos (no solo analgésicos), a acudir con frecuencia a las consultas médicas o a alterar el estilo de vida.

**Lista de síntomas:**

*Síntomas gastrointestinales*

1. **Vómitos (no durante el embarazo);**
2. Dolor abdominal (distinto del dolor menstrual);
3. Náuseas (al margen de las personas que aparecen por mareo al viajar);
4. Distensión (gases);
5. Diarrea;
6. Intolerancia a diversos alimentos

*Síntomas dolorosos*

7. **Dolor de las extremidades;**
8. Dolor en la espalda;
9. Dolor articular;
10. Dolor al orinar;
11. Otros dolores (con exclusión de las cefaleas)

*Síntomas cardiopulmonares*

12. **Falta de aliento (sin hacer esfuerzos);**
13. Palpitaciones;
14. Dolor torácico;
15. Mareo o inestabilidad.

*Síntomas de conversión o pseudoneurológicos:*

16. **Amnesia**
17. **Dificultades para deglutir**
18. Pérdida de la voz
19. Sordera
20. Visión doble
21. Visión borrosa
22. Ceguera
23. Mareo o pérdida de conciencia
24. Crisis o convulsiones
25. Dificultades en la marcha
26. Parálisis o debilidad muscular
27. Retención o dificultad para orinar

*Síntomas sexuales durante la mayor parte de la vida de un individuo con oportunidades para la actividad sexual*

28. **Sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto (en momentos distintos del coito)**
  29. Indiferencia sexual
  30. Dolor durante el coito
  31. Impotencia
-

Tabla 2 (continuación). *Criterios diagnósticos según DSM-III-TR para el trastorno de somatización (APA, 1988)*

---

*Síntomas sexuales femeninos que la paciente considera que se presentan con más frecuencia o gravedad que en la mayor parte de las mujeres.*

**32. Menstruación dolorosa**

- 33. Ciclos menstruales irregulares
- 34. Excesivas pérdidas menstruales
- 35. Vómitos durante el embarazo

---

*Nota.* Los ítems en negrita pueden utilizarse para detectar el trastorno. La presencia de dos o más de estos ítems sugiere una alta posibilidad de padecer el trastorno.

Aunque los mismos términos y la misma clasificación diagnóstica serían los acuñados por el DSM-IV y por el DSM-IV-TR (APA 1995; 2002), los criterios volvieron a cambiar con esta nueva edición y su versión revisada, requiriendo esta vez la presencia de ocho síntomas somáticos (ver Tabla 3).

Tabla 3. *Criterios diagnósticos según DSM-IV y DSM-IV-TR para el trastorno de somatización (APA, 1995; 2002)*

---

- A. Historia de múltiples síntomas físicos, que empieza antes de los 30 años, persiste durante varios años y obliga a la búsqueda de atención médica o provoca un deterioro significativo social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - B. Deben cumplirse todos los criterios que se exponen a continuación, y cada síntoma puede aparecer en cualquier momento de la alteración:
    - (1) cuatro síntomas dolorosos: historia de dolor relacionada con al menos cuatro zonas del cuerpo o cuatro funciones (p. ej. cabeza, abdomen, dorso, articulaciones, extremidades, tórax, recto, durante la menstruación, el acto sexual o la micción)
    - (2) dos síntomas gastrointestinales: historia de al menos dos síntomas gastrointestinales distintos al dolor (p. ej. náuseas, distensión abdominal, vómitos, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos).
    - (3) un síntoma sexual: historia de al menos un síntoma sexual o reproductor al margen del dolor (p. ej. indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares, pérdidas menstruales excesivas)
    - (4) un síntoma pseudoneurológico: historia de al menos un síntoma o déficit que sugiera un trastorno neurológico no limitado al dolor (síntomas de conversión del tipo de la alteración de la coordinación psicomotora o del equilibrio, parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, afonía, retención urinaria, alucinaciones, pérdida de la sensibilidad táctil y dolorosa, diplopía, ceguera, sordera, convulsiones; síntomas disociativos con amnesia; o pérdida de conciencia distinta del desmayo).
  - C. Cualquiera de las dos características siguientes:
    - (1) Tras un examen adecuado, ninguno de los síntomas del criterio B pueden explicarse por la presencia de una enfermedad médica conocida o por los efectos de una sustancia (drogas o fármacos).
    - (2) Si hay una enfermedad médica, los síntomas físicos o el deterioro social o laboral son excesivos en comparación con lo que cabría esperar por la historia clínica, la exploración física o los hallazgos del laboratorio.
  - D. Los síntomas no se producen intencionadamente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno ficticio y en la simulación).
-

Así, el trastorno de somatización quedaba definido como un desorden crónico (aunque fluctuante), polisintomático, que empieza antes de los 30 años y que ocurre prioritariamente en la mujer (López-Santiago y Belloch, 2012). Sin embargo, esta clasificación fue frecuentemente criticada por ser inespecífica y excesivamente excluyente y por no resultar útil para dar cuenta de la verdadera incidencia y repercusión de la patología de los pacientes que tradicionalmente habían sido denominados como somatizadores (Escobar, Waitzkin, Silver, Gara, y Holman 1998; Gureje et al., 1997; Kreipe, 2006; Kroenke, Spitzer, Williams, y Löwe, 2010; Mayou, 2014; Sharpe, 2013).

La queja de los médicos de atención primaria ante la cantidad de pacientes con síntomas somáticos que no podían catalogarse dentro de los trastornos somatoformes del DSM-IV, hizo que la nueva edición del DSM sugiriera una clasificación alternativa (ver Tabla 4).

Tabla 4. *Clasificación diagnóstica del DSM-V para trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados*

TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNOS RELACIONADOS (181)
300.82 (F45.1) Trastorno de síntomas somáticos (181)
300.7 (F45.21) Trastorno de ansiedad por enfermedad (182)
300.11 (F44. 4/5/6/7) Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) (183)
316 (F54) Factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas (184)
300.19 (F68.10) Trastorno facticio (incluye trastorno facticio aplicado a uno mismo, trastorno facticio aplicado a otro) (185)
300.89 (F45.8) Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados (186).
300.82 (F45.9) Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados no especificados (187)

*Nota.* DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5° ed.; DSM-V; APA, 2013)

#### 1.2.2.1. Criterios diagnósticos según el DSM-V

En el DSM-V (APA, 2013), se propone una clasificación diagnóstica más compleja de la sintomatología somática, cuyo fin ha sido reemplazar el diagnóstico que hasta la fecha hacía el DSM-IV-TR del trastorno somatoforme y de los diferentes trastornos pertenecientes a esta categoría diagnóstica: trastorno de somatización, trastorno somatoforme no diferenciado, hipocondría o trastorno del dolor (Dimsdale et al., 2011). Como se ha mencionado anteriormente, la categoría diagnóstica antes

denominada trastornos somatoformes, es ahora llamada trastornos por síntomas somáticos y trastornos relacionados (ver Tabla 1.2). Dentro de esta nueva categoría, destaca el trastorno por síntomas somáticos, en lugar de trastorno de somatización, junto con otros diagnósticos relacionados. Todos los trastornos en esta categoría comparten la siguiente característica: la presencia de síntomas somáticos asociados a altos niveles de estrés y disfuncionalidad.

En la Tabla 5 se presentan los criterios diagnósticos para el trastorno de síntomas somáticos. Los criterios propuestos requieren la presencia de sintomatología somática, junto con atribuciones erróneas, y una excesiva preocupación con los síntomas y la enfermedad, así como un elevado uso de los recursos sanitarios (APA, 2013). La presentación clínica de los trastornos de síntomas somáticos suele ser polisintomática, recurrente y crónica.

Tabla 5. *Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de síntomas somáticos*

TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS 300.82 (F45.1)	
A.	Uno o más síntomas somáticos que causa malestar o dan lugar a problemas significativos en la vida diaria.
B.	Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pensamientos desproporcionados y persistentes sobre la gravedad de los propios síntomas.</li><li>2. Grado persistente elevado de ansiedad acerca de la salud o de los síntomas.</li><li>3. Tiempo y energía excesivos consagrados a estos síntomas o a la preocupación por la salud.</li></ol>
C.	Aunque algún síntoma somático puede no estar continuamente presente, el trastorno sintomático es persistente (por lo general más de 6 meses).

*Nota.* DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5° ed.; DSM-V, APA 2013)

#### 1.2.2.2. Prevalencia y utilización de recursos sanitarios

Debido a la novedad de esta categoría diagnóstica, no hay muchos estudios que hayan analizado la prevalencia con los criterios establecidos por el DSM-V para el trastorno de síntomas somáticos. La gran mayoría de estudios revisados hace referencia a los trastornos somatoformes o trastornos de somatización recogidos en el anterior DSM-IV y DSM-IV TR. En este sentido, los estudios remarcan que predomina en

mujeres (20:1 respecto a los hombres). El riesgo estimado a lo largo de la vida de padecer el trastorno en mujeres se sitúa entre 0,2% y 2%, hallándose tasas muy bajas en hombres, inferiores a 0,2%. La prevalencia también varía dependiendo del país, resaltando la importancia de la cultura en el proceso de somatización. Un estudio epidemiológico, realizado por la OMS en 14 países, reportaba una prevalencia del trastorno de somatización de 2,8%, con un rango de 0,1% en Nagasaki y Verona, a 17,7% en Santiago de Chile, siendo siempre más frecuente en mujeres (3.3%), que en hombres (1,9%). (Kirmayer, Groleau, Looper, y Dao, 2004; OMS, 2001).

Además, varios estudios reportan que tiene un patrón familiar (del 10% al 20% de las mujeres parientes de primer grado de estos enfermos presentan también trastorno de somatización), y una incidencia de 5% a 10% en la población de asistencia primaria. Pero al igual que ha ocurrido con las anteriores ediciones del DSM, esta quinta edición también ha sido criticada por muchos investigadores, y los clínicos son escépticos con la capacidad de diagnóstico para la categoría de trastornos de síntomas somáticos (Dimsdale et al., 2011; Olesen, Gustavsson, Svensson, Wittchen, y Jönsson, 2012; Rief y Martin, 2014; Steinbrecher y Hiller, 2011).

Como se ha comentado previamente, no todos los pacientes que somatizan presentan un trastorno de síntomas somáticos, u otro trastorno de la categoría *trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados*. Sin embargo, presentan síntomas persistentes sin explicación médica que generan en el paciente una incapacidad funcional comparable a la que generan los trastornos de somatización.

Los síntomas somáticos sin explicación médica, son habituales en el día a día del paciente. Varios estudios realizados en diferentes países, revelan que entre un 40% y un 80% de la población afirma haber sufrido síntomas somáticos en los últimos siete días, y alrededor de un quinto de la población general sufre de serias, inhabilitantes y frecuentemente crónicas quejas somáticas (Florenzano, Fullerton, Acuña, y Escalona, 2002; García-Campayo, 2007; Hiller et al., 2006; Kirmayer et al., 2004; Waldinger et al., 2006). Es por ello que la prevalencia de sintomatología somática en atención primaria, es mucho más elevada que la de los trastorno por síntomas somáticos, llegando a un 10% en hombres y a un 23% en mujeres (APA, 2013; Mohapatra, Deo, Satapathy, y Rath, 2014; Silber, 2011; Stone, 2011).



La alta prevalencia de la sintomatología somática, acarrea un coste económico añadido. Y es que supone el 10% del gasto sanitario total de cualquier país desarrollado (Barsky, Orav, y Bates, 2005; Rief y Martin, 2014). La molestia, el dolor y muchas veces la invalidez que causa la sintomatología somática, así como la falta de diagnóstico, convierte a la persona que la padece en un usuario común y recurrente de las instalaciones sanitarias (Crawley y Sterne 2009, Konijnenberg et al., 2005). Según un estudio de Barsky y colaboradores (2005), los pacientes con trastorno de somatización utilizan aproximadamente el doble de veces los recursos sanitarios (tanto a nivel ambulatorio como hospitalario) lo que supone el doble de los costes médicos anuales. Además del elevado coste directo, la presencia de sintomatología somática en los pacientes implica numerosos costes indirectos tales como la inversión de tiempo por parte de los profesionales sanitarios. Esto supone un problema para el sistema de salud, por lo que la sintomatología somática está empezando a resultar un desafío clínico, que deja en evidencia la necesidad de estudiar los factores que rodean a este proceso y las causas que lo desencadenan (Allen, Escobar, Lehrer, Gara, y Woolfolk, 2002; Allen, Quian Lu, Hayes, y Zeltzer, 2011; Barsky et al., 2005; Bridges et al., 1991; Haftgoli et al., 2010; Kirmayer y Sartorius, 2007; Kirmayer y Taillefer, 1997; Schneider et al., 2011).

Poder explicar la procedencia y la causa de los síntomas somáticos que presentan los pacientes, ante la incertidumbre que genera saber que no tiene una causa orgánica, sería el primer paso para poner remedio a una patología cada vez más prevalente, con edades de inicio tempranas y además cronificada, que no solo satura los servicios de atención primaria, si no que vuelve a los pacientes usuarios habituales de los recursos sanitarios.

#### 1.2.2.3. Comorbilidad

Otra de las grandes dificultades que supone el diagnóstico y el tratamiento de la somatización, es su alta comorbilidad con otros trastornos psicológicos. En este sentido, se ha indicado que la somatización implica “formas de patología que tienen implicaciones psicológicas y psiquiátricas” (Fabrega 1990, p. 653). Muchos problemas de salud mental se manifiestan a través de quejas físicas o somáticas y no únicamente psicológicas o emocionales (Löwe et al., 2008). El trastorno de sintomatología somática

se asocia con altas tasas de comorbilidad con otras enfermedades médicas o trastornos psicopatológicos (APA, 2013). Las enfermedades mentales en atención primaria se asocian con frecuencia a síntomas físicos sin una explicación médica clara (Steinbrecher y Hiller, 2011), siendo los trastornos afectivos, de ansiedad, los que muestran una mayor comorbilidad con los trastornos somáticos (Mergl et al., 2007; Roca et al., 2009; Schneider et al., 2011).

Varios estudios respaldan que al menos una tercera parte de los pacientes diagnosticados con trastornos somáticos presentan comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión, mientras que en un 50% de los casos muestran ansiedad y/o depresión al mismo tiempo (Löwe et al., 2008; Roca et al., 2009; Toft et al., 2005). La Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo un estudio confirmando su fuerte asociación con trastornos ansiosos y depresivos (Kirmayer et al., 2004). Asimismo, varios estudios han asociado la sintomatología somática y el trastorno somático a los trastornos histriónicos, antisocial de la personalidad, así como al abuso de alcohol y otras sustancias (Bould et al., 2013; Crawley y Sterne, 2009; Knook et al., 2011; Konijnenberg et al., 2006). Varios estudios resaltan sobre todo la comorbilidad de los trastornos somatoformes con los trastornos de Eje II. En la Tabla 6 pueden verse los porcentajes de comorbilidad de los diferentes trastornos somatoformes del DSM-IV con trastornos del eje II, en un estudio realizado por Bass y Murphy (1995), donde se observa que el trastorno de somatización es el que más comorbilidad presenta en comparación con otros trastornos somatoformes<sup>3</sup>.

Tabla 6. Comorbilidad en el eje II de los Trastornos somatoformes

Trastorno	Prevalencia con Trastornos del eje II %
Trastorno de somatización	72
Hipocondriasis	63
Dolor crónico	59
Trastorno dismórfico corporal	65

*Nota.* Extraído de Bass y Murphy (1995)

Estudios realizados en atención primaria, señalan que la prevalencia a 12 meses de los trastornos de somatización se sitúa en torno al 23%. Mientras que para los

<sup>3</sup> Los datos de comorbilidad con los nuevos criterios diagnósticos del DSM-V aún no están disponibles, por lo que los datos que se presentan son los referentes a la clasificación anterior del DSM-IV y del DSM-IV-TR.

trastornos afectivos y de ansiedad es de 12,4% y 11,4% respectivamente, encontrándose la comorbilidad entre ambos diagnósticos cerca del 43% (Busch, 2014; Steinbrecher y Hiller, 2011). El diagnóstico se solapaba probablemente por criterios diagnósticos compartidos, tales como problemas de sueño, pérdida de energía y deterioro en la concentración (Barsky et al., 2005). Como consecuencia de esto, se solapan también los diferentes tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.

### 1.2.3. Diferencias de género en la prevalencia de sintomatología somática

En el apartado anterior se ha visto cómo la sintomatología somática, así como los trastornos de síntomas somáticos, son mucho más prevalentes en la mujer que en el hombre. Pero no ocurre igual a lo largo de todo el ciclo vital. Varios autores resaltan que existen diferencias de género, pero que estas no existen en la infancia, y no es hasta la adolescencia temprana cuando aparecen (Eminson, 2007; Garber, Walker, y Zeman, 1991; Hammen y Brennan, 2001; Hankin y Abramson, 2002). Aunque en el caso de las mujeres, la sintomatología somática tiende a atenuarse tras la menarquía (Eminson, 2007), el número de chicas que presentan este tipo de síntomas comienza a crecer paulatinamente entre los 9 y los 14 años, para seguir creciendo a lo largo de la adolescencia hasta crear drásticas diferencias en la edad adulta, ya que el reporte de síntomas somáticos es mayor cuanto más edad tiene el paciente (Campo, 2012; Eminson, 2007; Garber et al., 1991; Hetland, Torscheim, y Aaro, 2002; Oster, 1972; Velasco et al., 2006), ya sea hombre o mujer.

Jose y Ratcliffe (2004) confirmaron también estos resultados con una muestra que tenía un rango de edad de 11 a 20 años. Como en las investigaciones anteriores, las chicas a partir de los 13 años, presentaban más sucesos estresantes y tenían un mayor nivel de síntomas internalizantes, en relación con los chicos. Estos resultados están en concordancia con los obtenidos por Simon (2002) que ha publicado que las mujeres presentan una mayor prevalencia de problemas internalizantes, mientras que los hombres tienen más problemas de personalidad y abuso de sustancias.

Pero además de los factores puramente biológicos y de las diferencias psicológicas que puedan existir entre hombres y mujeres que fomentan la mayor prevalencia de este trastorno entre el sexo femenino, Holmes y Offen (1996), describieron una serie de posibles causas históricas y socioculturales que ellos

afirmaban influían en que la somatización estuviera más representada en mujeres que en hombres. Por un lado, resaltaban el fondo histórico del trastorno, y su relación con la histeria como enfermedad puramente femenina. Además defendían que este hecho podía haber sesgado a los clínicos en favor de diagnosticar y percatarse de la sintomatología somática con más frecuencia en mujeres que en hombres. En segundo lugar, los autores resaltaban que el varón busca menos ayuda del especialista que la mujer, y que asimismo acude menos a los centros hospitalarios. La mayor presencia de la mujer como demandante de servicios sanitarios, frente al hombre, podía por lo tanto, influir en la mayor prevalencia que éstas presentan. Aunque no descartaban la posibilidad de que existiera algún factor genético o biológico subyacente al trastorno de conversión que identificó Freud a finales del siglo XIX, que predispondría a la mujer a padecer más sintomatología somática en comparación con los hombres.

Pero no solo la prevalencia está condicionada por el género, el perfil somático de las reacciones emocionales es diferencial por género. Varios estudios señalan que los hombres reportan más reacciones físicas y motoras que las mujeres, y tienden a externalizar emociones intensas como la rabia o la agresividad, la aparición de síntomas somáticos. En cambio ante emociones como la tristeza o la desesperanza, muchas más mujeres afirman haber sufrido reacciones depresivas, en comparación con los hombres (Beck et al., 2013; Desai, Chaturvedi, Dahale, Marimuthu, 2015; Mohapatra et al., 2014; Silverstein y Levin, 2014; Simon 2002).

#### 1.2.4. La sintomatología somática en adolescentes y jóvenes adultos

Previamente se comentaba cómo no es hasta la adolescencia temprana cuando aparecen las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a síntomas somáticos, y es por eso que éstos cobran una importancia fundamental en la adolescencia y la adultez temprana, coincidiendo con la preocupación por el cuerpo, el aspecto, y la imagen corporal característica de esta etapa, y por el incremento de la excitación que supone. Generalmente la segunda década del ciclo vital se caracteriza por cambios significativos a nivel biológico, psicológico y social, que hace que los límites entre funcionalidad y disfuncionalidad se entremezclen. Dichos cambios, tienen además efectos directamente relacionados con un aumento de la sintomatología física, por lo que la queja somática es frecuente y habitual en esta etapa del ciclo vital.

Los primeros estudios de sintomatología somática en niños y adolescentes fueron llevados a cabo por Apley (1958; 1975). Estos estudios surgieron a partir del interés del autor por investigar el dolor abdominal frecuente en los menores. Gracias al campo de estudio que Apley abrió a mediados del siglo pasado, hoy en día conocemos que las quejas somáticas en niños y adolescentes constituyen un grave y frecuente problema. Entre los 8 y los 14 años de edad, aproximadamente un tercio de los menores se queja de dolor al menos una vez a la semana (De Gucht y Fishchler, 2002; Lundqvist, Rugland, Clench-Aas, Bartonova, y Hofoss, 2010; Mohapatra et al., 2014; Petersen, Brulin, y Bergström, 2006; Rousseau et al., 2014; Silber, 2011), y en población general alrededor de un 15% y un 25% de todos los adolescentes reportan quejas somáticas continuas o recurrentes, como dolores de cabeza, dolor abdominal o fatiga, sin que exista una causa médica que explique los síntomas (Brill, Patel, y McDonald, 2001; Eminson, 2007; Jellesma, Rieffe, y Terwogt, 2008; Mohapatra et al., 2014; Rieffe, Villanueva, Adrián, y Gorriz, 2009; Rousseau et al., 2014).

También en el caso de los menores españoles, varios estudios encontraron que un 20% de niños y adolescentes se quejaban de síntomas somáticos frecuentes entre los que se encontraban más comúnmente los síntomas de ahogo, los síntomas cardio-circulatorios, las abdominalgias, cefaleas y artralgias y, por último, la alteración del sueño (Doménech-Llaberia et al., 2004; López-Santiago y Belloch, 2012; Pedreira, Palanca, Sardinero, y Martín, 2001; Sánchez-García, 2013). Por otro lado, los estudios citados encontraron también que manifestaciones dermatológicas como el acné juvenil o los brotes de psoriasis también están muy ligados a los procesos de somatización, ya que la piel se considera el más relacional de todos los sistemas del organismo humano.

Como demuestran los estudios mencionados, la somatización en edad adolescente es frecuentemente polisintomática, y los síntomas somáticos parecen agruparse en la población pediátrica (Achenbach, Conners, Quay, Verhulst, y Howell, 1989; Campo y Fritsch, 1994; Domenech-Llaberia et al., 2004; Koh, 2013; Pedreira et al., 2001; Van der Leeuw et al., 2015). Además, hay evidencia que respalda que los síntomas somáticos que presentan los niños y los adolescentes, difieren de aquellos que reportan los adultos (Eminson, 2007), lo cual aumenta el interés por estudiar el proceso de somatización en esta etapa del ciclo vital, ya que la mayoría de estudios han sido llevados a cabo tanto en población infantil, como en edad adulta.

Unido a este interés por estudiar la somatización en la adolescencia, está el hecho de que el conocimiento actual sobre el funcionamiento de menores que presentan múltiples quejas somáticas es aún muy limitado (Jellesma et al., 2008), y es que la investigación en trastornos de sintomatología somática en jóvenes y adolescentes es difícilmente accesible, a la vez que poco concluyente (Brill et al., 2001; Silber, 2011). Los síntomas físicos sin explicación médica son complejos en la adolescencia debido a su carácter polisintomático antes mencionado y, a la vez, son frecuentemente poco entendidos (Eminson, 2007), por lo que son generalmente tratados como enfermedades orgánicas. Las investigaciones realizadas al respecto coinciden en señalar que la aparición de sintomatología somática en la adolescencia está asociada a múltiples factores que incluyen la enfermedad parental o la disfuncionalidad parental, así como la pobreza, el bajo nivel de estudios o el haber vivido experiencias traumáticas como acosos o abandono (Eminson, 2007; Hansen, Steenberg, Palic, y Elklit, 2012; Hinton y Kirk, 2014; Van Den Eede, Haccuria, De Venter, y Moorkens, 2012).

Aun así, la literatura coincide en señalar que los síntomas somáticos en la adolescencia no solo traducen un síntoma o un grupo de ellos, sino que remiten a una forma de reaccionar y son una forma de expresión de los trastornos psicopatológicos de esta etapa de la vida (Domenech-Llaberia et al., 2004; Drews y Bursch, 2010; Shaw y DeMaso, 2007; Sumathipala et al., 2008). Por lo tanto, la comorbilidad de la sintomatología somática con otro tipo de trastornos psicopatológicos es aún mayor entre adolescentes y jóvenes adultos. Es por ello que la limitación en el estudio de esta patología en adolescentes y jóvenes adultos, se debe muchas veces a la dificultad del su diagnóstico.

Pero esta dificultad no solo es causa de las características hasta ahora mencionadas. Y es que aunque la clasificación actual del DSM-V puede aplicarse tanto en población adulta como en población infantil o adolescente, los criterios diagnósticos no permiten ajustes ni cambios en el número, cantidad o duración de los síntomas, necesarios para realizar un diagnóstico adecuado y acertado en población infanto-juvenil y, en la mayoría de los casos, el diagnóstico es el de trastorno de somatización no especificado (Brill et al., 2001; Dell y Campo, 2011; Drews y Bursch, 2010; Kreipe, 2006; Mohapatra et al., 2014; Pedreira et al., 2001; Silber, 2011; Shaw y DeMaso, 2011). Los pediatras de Atención Primaria manifiestan una elevada especificidad y una

baja sensibilidad para identificar los trastornos mentales entre los pacientes que acuden a sus consultas (Pedreira et al., 2001; Silber, 2011). Es por esta razón, que los clínicos actualmente opinan que sería oportuno adaptar los criterios de la etapa adulta a la edad infanto-juvenil, con el fin de permitir una clasificación más específica y rigurosa.

Como alternativa, muchos clínicos se basan en el manual diagnóstico de atención primaria, DSM-PC (*Diagnostic Statistical Manual for Primary Care*, 1996; ver Tabla 7 para clasificación DSM-PC), que consta con una versión pediátrica para niños y adolescentes (Brill et al., 2001; Silber, 2011).

Tabla 7. Clasificación actual de los trastornos de somatización en niños y adolescentes según el DSM-PC (1996)

TRASTORNOS SOMÁTICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
Variación de la queja somática (v 65.49)
Problema de la queja somática (v 40.3)
Trastorno de somatización (300.82)
Trastorno somatoforme (no diferenciado)(300.82)
Trastorno somatoforme no especificado (300.82)
Trastorno por dolor (307.8)
Trastornos de conversión (300.6)

*Nota.* Extraído de Wolraich, Felice, y Drotar (1996)

En resumen, la presencia de síntomas somáticos en población adolescente supone un reto para los médicos y pediatras de atención primaria. La presencia de síntomas físicos, generalmente asociados a trastornos como la ansiedad o la depresión (Campo, 2012; Dell y Campo, 2011), no facilitan la labor de diagnóstico ni de tratamiento, ya que debido a la alta comorbilidad que estos trastornos muestran con la somatización, a menudo los síntomas somáticos son erróneamente atribuidos a otra patología psicológica, o simplemente malinterpretados o ignorados. En población adolescente además, los síntomas somáticos tienen a parte de lo físico una connotación social y adaptativa, ya que es muy común que estos menores abandonen sus hobbies y actividades sociales, e incluso disminuya su asistencia escolar (Mohapatra et al., 2014; Rousseau et al., 2014). Por último, los síntomas en niños y adolescentes, pueden tener un impacto negativo en el sistema familiar y en la salud psicológica de sus miembros (Missen, Hollingworth, Eaton, y Crawley 2012).

Por otro lado, y al igual que ocurre con los adultos, los adolescentes y jóvenes adultos con problemas somáticos también consumen una gran cantidad de recursos sanitarios debido a la frecuente utilización de los servicios médicos, visitas a especialistas, y tratamiento farmacológico administrado (Ibeziako y Bujoreanu 2011; Rosendal et al., 2013). Varios estudios han encontrado evidencia que sugiere que la presencia de SSCO en la infancia y en la adolescencia es un predictor fiable de problemas de salud tanto físicos como psicológicos en la edad adulta (Campo, 2012; Walker, Dengler-Crish, Rippel, y Bruehl, 2010). Pero son pocos los estudios que han investigado exhaustivamente los factores que contribuyen e interactúan en la etiología y mantenimiento de la somatización tanto en la infancia como en la adolescencia (Neuman et al., 2015), por lo que es importante profundizar en este aspecto.

Cómo veremos más adelante, hay corrientes que opinan que la clínica psicósomática, en etapas de infancia y adolescencia, es una forma de expresión de las disfunciones y de los conflictos precoces en los primeros años de vida (Pedreira et al., 2001). Por otro lado, desde las teorías del desarrollo, se cree que la dificultad para la expresión verbal en la infancia, fruto de la inmadurez cognitiva y de la limitación de vocabulario, es uno de los factores principales que subyace a la comunicación del malestar emocional a través de síntomas físicos (Bucci, 2011; Pedreira et al., 2001; Steiner y Canning, 1994). En esta línea, y dando un giro emocional y cognitivo, varios estudios sugieren que no solo la dificultad de expresión, sino que también la incapacidad para identificar adecuadamente la experiencia emocional, especialmente ante emociones negativas como ansiedad o ira, incrementa el estrés y el estado de alerta, alterando los mecanismos inmunológicos y endocrinológicos, lo que aumenta el riesgo de padecer más problemas médicos (Frostholm, Petrie, Ombol, y Fink, 2014; Pérez, Barsky, Vago, Baslet, y Silbersweig, 2015; Piqueras, Ramos, Martínez, y Oblitas 2009).

#### 1.2.5. Medidas que evalúan la somatización y los síntomas somáticos

Como se ha mencionado a lo largo de este apartado, existen en torno a la somatización muchas dificultades a la hora de realizar un diagnóstico. Debido a la amplitud de los procesos somáticos y a la gran variedad de sintomatología previamente comentados, los instrumentos disponibles para medir la sintomatología somática son muy heterogéneos y difíciles de agrupar (Desai et al., 2015; Edmed y Sullivan, 2014;



Herzog et al., 2014; Hiller et al., 2006). El uso de diferentes instrumentos de medida y de distintas metodologías dificulta además la comparación de las prevalencias obtenidas en los estudios realizados. El conjunto de síntomas somáticos evaluados, o la edad, por ejemplo, son aspectos que suelen variar (Rocha, Prkachin, Beaumont, Hardy, y Zumbo, 2003).

Existen muchas clasificaciones para los instrumentos existentes que difieren sobre todo en el propósito de la evaluación, y dependen en gran medida del propósito del diagnóstico.

Dependiendo de si la persona cumple o no los criterios diagnósticos de las diferentes patologías que el DSM recoge bajo el nombre trastornos de síntoma somáticos y trastornos relacionados, o dependiendo de si únicamente la intención es evaluar la presencia de sintomatología somática, el tipo de evaluación y los instrumentos a utilizar variarán (Binder y Campbell, 2004). Otra condición añadida a la hora de elegir un instrumento para evaluar los procesos somáticos es la edad. Como se ha señalado, la mayoría de investigaciones se han realizado en la infancia o en la edad adulta y, por lo tanto, la mayoría de instrumentos están dirigidos a esos rangos de edad. Así nos encontramos con un grupo más reducido, pero igualmente diverso de instrumentos, en relación a su función evaluativa y diagnóstica, para medir la somatización y la sintomatología somática en adolescentes y jóvenes adultos, que es el rango de edad que compete a la presente investigación<sup>4</sup>.

Las evaluaciones para realizar una clasificación diagnóstica suelen hacerse mediante entrevistas diagnósticas estructuradas y semi estructuradas. Numerosos estudios han desarrollado entrevistas o listados de síntomas con el objetivo de realizar una buena valoración y clasificación diagnóstica. Muchos de estos instrumentos son difíciles de utilizar por lo que habitualmente requieren un entrenamiento sistemático del clínico antes de su utilización, lo que añade mucha complejidad a su uso, y no están tan extendidos. La principal ventaja de estas entrevistas es que dirigen al clínico hacia un proceso estructurado, mientras que el principal inconveniente es que son dificultosas e incómodas de aplicar (Rieff y Hiller, 2003; Swartz et al., 1986).

---

<sup>4</sup> En el ANEXO 1 se puede encontrar una tabla con los instrumentos de evaluación diagnóstica para el trastorno de síntomas somáticos más comunes en adolescentes y jóvenes adultos.

Sin embargo, debido a la alta prevalencia de pacientes que presentan síntomas somáticos en atención primaria, además de las entrevistas diagnósticas, es necesario el uso de instrumentos que permitan hacer un *screening* de una manera rápida y saber si el paciente presenta síntomas somáticos o no, y cuántos en caso afirmativo y, saber por lo tanto, si el trastorno somático está potencialmente presente o no. Estos instrumentos de cribado son muy usados en atención primaria y se han mostrado eficaces a la hora de identificar subgrupos que muy probablemente podrían ser diagnosticados con algún trastorno somático si fueran expuestos a una evaluación más exhaustiva. Su aplicación es rápida y sencilla, así como su corrección, y ofrecen información general que ayudan al clínico a generar un diagnóstico (Hiller et al., 2006; Rief y Hiller, 2003; Schultze-Lutter, Michel, Schmidt, y Schimmelman, 2014).

Por último, y debido a la gran cantidad de personas que padecen sintomatología somática pero no cumplen los criterios diagnósticos para ninguno de los trastornos por síntomas somáticos, se han desarrollado instrumentos que cuantifican la sintomatología somática. Debido a la heterogeneidad en la presentación de la sintomatología somática, existen cuestionarios que evalúan el tipo y la severidad de los síntomas que el paciente presenta. El objetivo de estas pruebas no es el diagnóstico, sino la cuantificación de la sintomatología, aunque utilizados junto con las pruebas diagnósticas antes mencionadas, la cuantificación de síntomas puede servir para que el diagnóstico final reciba la categoría de leve, moderado o severo (APA, 2013).

Pero aunque existen diversas herramientas de medición y diagnóstico útiles y válidas para la evaluación de la somatización, la realidad es que a pesar de ello, y de la mejora en la especificidad de los criterios diagnósticos, muchas veces la sintomatología somática no es correctamente diagnosticada, y los síntomas somáticos se atribuyen a otros trastornos, de índole física o psicológica, como se comentaba en el apartado de comorbilidad. Las quejas somáticas suelen ser frecuentemente infravaloradas, y generalmente suelen confundirse con síntomas de trastornos más clásicos como la depresión o la ansiedad. Esto es muy relevante para la salud del paciente, ya que los SSCO no reconocidos, y por lo tanto no tratados debidamente, tienen un impacto muy negativo en la salud, agravándose y llegando a volverse crónicos (Hiller et al., 2006; Koçer, Özçetin, İçmeli y Ataoglu, 2010; Rief y Hiller, 2003; Rosendal, Fink, Falkoe, Hansen, y Olesen, 2007; Schmid et al., 2014).

### 1.3. MODELOS Y MECANISMOS QUE EXPLICAN LA ETIOLOGÍA DE LA SOMATIZACIÓN

Aunque a priori puede resultar claro a qué nos referimos al hablar de somatización, si analizamos detenidamente los diferentes contextos en los que se utiliza este término, los diferentes tipos de quejas a los que se asocia, y las diferentes atribuciones que sobre éstas se realizan, su significado y su delimitación se muestran más ambiguos. Así, será muy diferente entender un síntoma determinado como la manifestación física de una respuesta emocional intensa a determinados acontecimientos vitales, o interpretarlo como una hipersensibilidad a determinadas molestias físicas que para otras personas podrían pasar desapercibidas. La conceptualización de la somatización y su estudio, dependen, por lo tanto, del marco teórico desde el que se parta.

Como se ha señalado con anterioridad a pesar de ser muchas y diferentes las teorías que subyacen a los procesos somáticos, todas resaltan la complejidad de la somatización, aludiendo a que se trata de un fenómeno no específicamente médico en naturaleza sino moldeado psicológica y socioculturalmente. Esta complejidad requiere de un enfoque amplio para su comprensión y estudio, en el que las quejas somáticas sean vistas como resultado de las múltiples interacciones entre los sistemas biológico y psicológico; aunque también los sistemas social y cultural han demostrado influir en el desarrollo de la somatización. Es por esto que muchos autores apoyan la idea de que para comprender la etiología de la somatización resulta necesario recurrir a un modelo multifactorial (Bucci, 2011; Kapfhammer, 2006; Lipowski, 1988; Rief y Broadbent, 2007).

Varios estudios coinciden en que la sintomatología somática se entiende de una manera clara, concisa y amplia desde el modelo biopsicosocial (Bucci, 2011; Häuser y Henningsen, 2014; Jellesma et al., 2008; Juarez, 2011; Kreipe, 2006). Este modelo fue propuesto por Engel (1977), quien lo enmarca dentro de la teoría general de sistemas, y en congruencia con una conceptualización de la salud positiva y multidimensional. Es por lo tanto un modelo de sistemas que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud. En el presente estudio, basado en dicho modelo, se tienen en cuenta tanto factores biomédicos, como psicológicos y sociales a la hora de explicar las

posibles influencias en la percepción de quejas somáticas. Tal y como se muestra en la Figura 1, el modelo biopsicosocial da cuenta de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo y de la compleja interrelación entre ellos, donde las relaciones son bidireccionales y la relación es multifactorial (Morrison y Bennett, 2008).

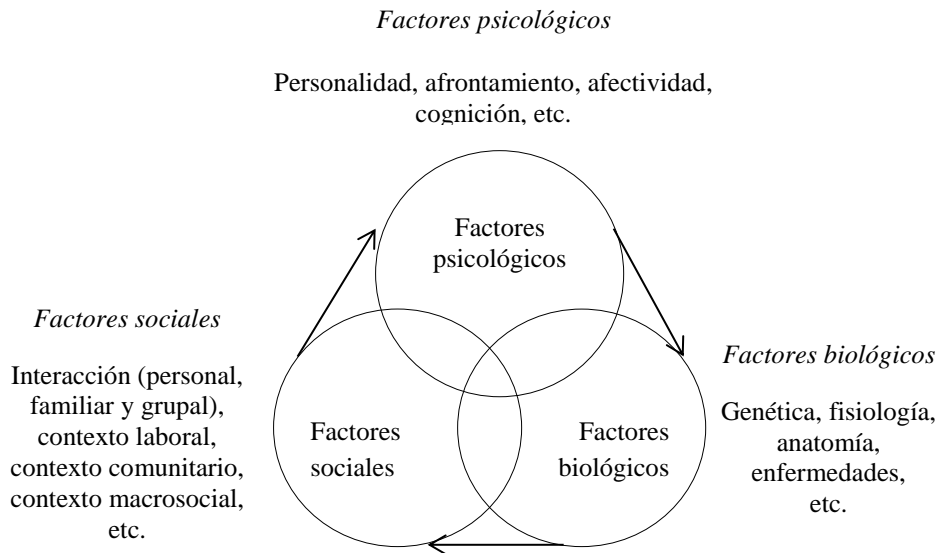


Figura 1. Representación gráfica del modelo biopsicosocial (Engel, 1977; Morrison y Bennett, 2008)

A continuación se analizarán algunas de las causas y modelos explicativos más relevantes a la hora de explicar la somatización desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a lo biológico, lo psicológico y lo social, y prestando un mayor interés a los factores psicológicos, que son los que competen a la presente investigación.

### 1.3.1. Perspectiva biológica

Los modelos biológicos sugieren que en la formación de síntomas somáticos no influyen meramente procesos mentales, sino que esta formación se relaciona con y es debida a una diversidad de procesos biológicos. Craig, Drake, Mills, y Broadman (1994), sugieren que los síntomas somáticos desarrollados dependen en gran medida de las debilidades fisiológicas del individuo. Así, las diferencias individuales en la respuesta fisiológica ante los estímulos juegan un papel importante en la vulnerabilidad del propio individuo ante la somatización. Es decir, una persona cuyas respuestas fisiológicas estén amplificadas o aumentadas, las percibirá con mayor facilidad, por lo que será más probable que se focalice en ellas, corriendo el riesgo de que las interprete

como enfermedad (Bridges et al., 1991; Craig et al., 1994; Kellner, 1991; Rief y Barsky, 2005; Sharpe 2013).

Desde esta perspectiva, se resalta sobre todo el papel del sistema endocrino e inmunológico, principalmente asociados a la enfermedad y a la queja física (Dantzer, 2005). Pero también explican la influencia de los aminoácidos, los neurotransmisores y la activación fisiológica y cerebral en la aparición de la queja física y somática.

Aunque estos modelos quedan fuera del margen de alcance de la presente investigación y serán por lo tanto brevemente comentados (para una revisión exhaustiva sobre los modelos psicobiológicos revisar Rief y Barsky 2005), con el fin de obtener una visión global que facilite un entendimiento del proceso de somatización, varios autores resaltan que es importante la integración de aproximaciones biológicas, o al menos la no contradicción de estas teorías (Neuman et al., 2015; Rief y Broadbent, 2007).

Los modelos biológicos de la somatización generalmente adoptan una perspectiva atencional y perceptiva, para explicar la focalización del individuo en los cambios físicos (Neuman et al., 2015; Rief, Hennings, Riemer, y Euteneuer, 2010). La percepción de estos cambios físicos, se asocia con la actividad del Sistema Nervioso Central en los campos sensoriales, mientras que el resto de factores biológicos estarían modelando esta actividad, aumentando o atenuando los procesos perceptivos y atencionales. Así, se explica la percepción desde la activación de una red de campos sensoriales directamente relacionados con la intensidad de la estimulación sensorial y la activación de áreas de inhibición (Rief y Barsky, 2005; Rief et al., 2010). La interacción de la estimulación somatosensorial, la percepción sensorial y la atenuación de la percepción de estos procesos, podría relacionarse con varios sistemas biológicos. Por ejemplo, se considera que los caminos serotoninérgicos juegan un papel decisivo tanto en la depresión como en el desarrollo del dolor (Lucki, 1998; Suzuki, Rygh, y Dickenson, 2004). Por otro lado, la activación del sistema inmunológico por vía de procesos proinflamatorios, puede modificar el umbral de la percepción de síntomas (Maier y Watkins, 2005). Por último, cabe resaltar la regulación psicobiológica del estrés por medio del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), que también se ha posicionado como relevante a la hora de explicar la somatización desde el modelo biológico (Maes, Mihaylova, Kubera, y Ringel, 2012). Los procesos psicobiológicos

involucrados en la percepción y en la atención/distracción han sido investigados usando técnicas de neuroimagen como el EEG o el MEG (Bantick et al., 2002; Gordon, Kraiuhin, Kelly, Meares, y Howson, 1986; Hakala et al., 2004, 2002; James et al., 1987; Lorenz et al., 2005).

Un aspecto a resaltar del modelo biológico, es que muchos de los sistemas fisiológicos que toman parte en el proceso de somatización pueden estar genéticamente determinados (Canli, Ferri, y Duman, 2009). La influencia de la genética aún no está muy clara, y es necesario investigar más al respecto. Aun así, se ha demostrado una cierta predisposición genética para los trastornos de somatización (Rief y Barsky, 2005; Rief et al., 2010). Varios estudios muestran la relación entre algunos fenotipos y los síntomas físicos sin explicación médica (Buffington, 2009; Canli, Ferri, y Duman, 2009).

### 1.3.2. Perspectiva psicológica

Como se comentaba con anterioridad, la somatización es un proceso multifactorial, por lo que los síntomas somáticos no son el resultado directo de un registro pasivo de cambios corporales. La relación entre la mente y el cuerpo siempre ha sido una cuestión presente tanto en la medicina como en la psicología y, por lo tanto, la relación entre los procesos psicológicos y las reacciones fisiológicas ha sido estudiada desde diferentes corrientes.

Las aproximaciones teóricas predominantes respecto al estudio y el entendimiento de la somatización en la psicología tienden a solaparse, aunque la literatura las distinga por corrientes. Los síntomas somáticos persistentes han sido estudiados desde la teoría psicoanalítica en sus inicios, aunque con el paso del tiempo la corriente cognitivo-emocional ha ido ganando fuerza y espacio en la literatura. En el presente apartado se analizan algunos de los factores psicológicos que afectan al desarrollo y mantenimiento de la sintomatología somática.

#### 1.3.2.1. Acercamiento psicoanalítico

La somatización no podría entenderse sin hacer alusión al acercamiento psicoanalítico, desde el que nace este término. El psicoanálisis fue la corriente que desarrolló la somatización, tal y como se describe en la introducción del presente

capítulo. De acuerdo con la teoría psicoanalítica el síntoma somático se generaría a modo de simbolización de necesidades reprimidas, amenazas del equilibrio psíquico, o defensas ante un posible fracaso, que generaría una vivencia negativa que la persona no sería capaz de manejar (Bucci, 1997; Busch, 2014; Taylor, 2003; Waller y Scheidt, 2006). Scribano (2013) afirma que tanto en niños y adolescentes como en adultos, se puede producir una huida de la vida mental hacia el cuerpo ante la imposibilidad de vivir ciertas emociones, siendo el trastorno somático la única vía de expresión posible.

Las teorías psicoanalíticas defienden que los síntomas somáticos son producidos por la mente inconsciente en pos de una función o ganancia primaria. La ganancia primaria se obtendría al no tener que enfrentar necesidades no cubiertas y miedos o amenazas y experiencias angustiantes. Esta visión, se ha mantenido desde el inicio de las teorías psicoanalíticas hasta el día de hoy. Como se ha visto al principio del capítulo, ya a finales del siglo XIX, el principio fundamental de la histeria por conversión descrita por Freud (1894) era que la ansiedad eliciteda por conflictos inconscientes era convertida y traducida en síntomas físicos, mediante un mecanismo de defensa al que denominó conversión. Debido a que la mente consciente no podía tolerar el conflicto, este no era reconocido, y el estrés producido por el mismo se expresaba a modo de síntoma somático. Se defiende por tanto que la somatización es un proceso inconsciente del que el paciente no está al tanto. La ganancia para la persona, y de ahí el mantenimiento del síntoma somático, es que no tiene que hacer frente al conflicto de manera consciente y, por lo tanto, la ansiedad experimentada se reduce hasta prácticamente desaparecer de la conciencia, y lo psíquico se representa por vía somática.

Según Scribano (2013), la representación de lo psíquico por la vía somática serían el afecto y la emoción, que constituyen la parte energética de lo que Freud denominaba *pulsión*. Según este autor, los afectos son vivencias y han de manifestarse necesariamente por la vía somática ya que a diferencia de la emoción, no se pueden representar mentalmente. El afecto siempre está ligado a una descarga somática (por ejemplo, la tristeza, a las lágrimas). La angustia ha sido el afecto más estudiado en la somatización y sirve para ejemplificar este proceso: la percepción de que está ocurriendo un hecho amenazante, que acompaña a la angustia, es consecuencia de un fallo en la representación de la excitación somática que genera.

Las teorías psicoanalíticas de finales del siglo XX y principios del XXI, aunque defienden que la somatización se mantiene por la ganancia primaria que el individuo obtiene (McHugh y Slavney, 2011), añaden elementos a esta simple ganancia primaria. Así, incluyen problemas del lenguaje que afectarían a la expresión del afecto como causa principal de la somatización (Sifneos, 1973). Bucci (1997) propone que este proceso somático se da por la desconexión entre un sistema de información verbal y otro no verbal, y un procesamiento subsimbólico (que incluye emociones a nivel fisiológico) y uno simbólico (esquemas, imágenes y representaciones verbales de las emociones). Al desconectarse un sistema del otro, los patrones de activación somática y motora se aíslan, y no son cognitivamente identificados durante la activación emocional. En este proceso de desconexión varios autores recalcan la importancia de traumas o experiencias tempranas desadaptativas, y de bloqueos emocionales o conflictos intrapsíquicos como causa principal (Beck, 2008; Liu, Cohen, Schulz, y Waldinger, 2011; Busch, 2014; Thayer y Brosschot, 2005; Waldinger et al., 2006). La teoría psicoanalítica no es la única que remarca el importante papel que las experiencias tempranas tienen en la salud física y psicológica, por lo que éstas serán desarrolladas más adelante en este apartado.

#### 1.3.2.2. Perspectiva social: Teorías del aprendizaje social

Por otro lado, y diferenciándose de las concepciones psicoanalíticas iniciales, las teorías del aprendizaje social (Bandura, 1991), también han hecho su aportación a la hora de explicar la sintomatología somática. Esta corriente entiende los síntomas somáticos como comportamientos de enfermedad que se aprenden de los otros, en relación a su experiencia con el dolor o la falta de salud. Se centra por lo tanto en el aprendizaje vicario, que ocurre generalmente por modelación, al observar el comportamiento de aquellos que nos rodean (Rief y Broadbent, 2007; Rousseau et al., 2014).

Desde la perspectiva social, también se resalta la importancia de las relaciones en la infancia temprana, ya que es la etapa en la que las figuras que rodean al niño tienen una vital importancia como modelos de aprendizaje para el menor (Beck, 2008). Los padres por lo tanto, servirán de modelo para que el niño aprenda cómo comportarse ante la enfermedad y aprenda también herramientas de comunicación ante el malestar



físico. Por ejemplo, esto puede observarse claramente en las diferencias que existen en las familias respecto a qué se considera enfermedad, y en si sus miembros piden ayuda, en cómo lo comunican, o en si acuden al médico o no. De todas estas situaciones, el menor creará sus propias creencias sobre la enfermedad y desarrollará su propio comportamiento ante la misma, que como se ha visto anteriormente, tiene mucha influencia en el posterior desarrollo de la sintomatología física.

La teoría del aprendizaje defiende la idea de que la manera en la que manejamos el estrés psicológico también puede ser aprendida mediante modelaje. De esta manera, la somatización se explicaría mediante la expresión corporal de las emociones, aprendida dentro del núcleo familiar (por ejemplo, una familia que evita la expresión emocional, pero focaliza su atención en la sintomatología física o en la enfermedad de sus miembros) (Palermo y Chambers, 2005; Razaz, Nourian, Marrie, Boyce, y Tremlett, 2014; Rousseau et al., 2014).

Las ventajas de las teorías de aprendizaje social en la somatización son su inclusión de factores sociales y culturales que juegan un importante papel en el mantenimiento de los síntomas, y también en el éxito de ciertas intervenciones terapéuticas. Aunque el aspecto social y cultural ha tendido a centrarse más en el significado y función de la somatización, y no se ha centrado tanto en explicar sus orígenes (Neumann et al., 2015). Por ello, los factores de aprendizaje social no se tendrán en cuenta en la presente investigación.

#### 1.3.2.3. Acercamiento cognitivo

Por su parte, la teoría cognitiva postula que las cogniciones o pensamientos tienen un papel central en el inicio y mantenimiento de los trastornos psicológicos, entre los que se encuentra el trastorno por síntomas somáticos. Varios estudios han demostrado que los sesgos cognitivos y las dificultades emocionales, llevan al individuo a focalizar su atención en los estados corporales relacionados con la activación emocional producida por un acontecimiento concreto. Una mala interpretación de estos estados corporales que promueva la creencia de padecer una enfermedad, podría derivar en la aparición del síntoma somático, o enfermedad física (Bogaerts et al., 2010; Busch, 2014).

Por lo tanto, de acuerdo con este enfoque, no es la vulnerabilidad biológica la que produce el malestar físico y psicológico que subyace a la somatización (como planteaban los modelos estrictamente biologicistas), sino las interpretaciones que las personas realizan, siendo los pensamientos o cogniciones los que influyen sobre las emociones y la conducta (Beck, 1991). Así, el individuo puede crear modelos cognitivos y emocionales vulnerables al desarrollo de ciertas patologías, como es el caso de la somatización. Alloy y Riskind (2006) estudiaron esta vulnerabilidad cognitiva, concluyendo que los factores que la generan se desarrollan a partir de ciertas experiencias tempranas con las figuras que se encargan del cuidado del menor, quedando una vez más resaltada la importancia de las interacciones tempranas en el desarrollo físico y psicológico infantil. Añadieron además que una vez desplegadas, estas vulnerabilidades actúan como rasgos estables, pudiendo iniciar episodios de problemas psicológicos en combinación con los eventos estresantes.

- Modelos cognitivos

Los modelos cognitivos y cognitivo-perceptivos en psicología, entienden la somatización y la aparición de síntomas somáticos persistentes o SSCO como resultado de una compleja interacción entre cognición, percepción, emoción, conducta y fisiología. Este enfoque resalta la importancia de la amplificación somatosensorial en el proceso de somatización, haciendo especial hincapié en el estilo atribucional del paciente, que determinará cómo los síntomas son percibidos (Hawton, Salkovskis, Kirk, y Clark, 1989). Las creencias irracionales también se han asociado a la malinterpretación o exageración de los síntomas percibidos, que llevan al aumento de la ansiedad y la depresión y a un afrontamiento de las emociones no adaptativo (Cobeanu, 2013; Inamura et al., 2015).

A continuación, se describen los modelos cognitivos más citados en la bibliografía para explicar el desarrollo y el mantenimiento de la sintomatología somática.

En primer lugar, el modelo de la amplificación somatosensorial de Barsky y Wyshak (1990), propone que son la cognición y la percepción las variables que juegan un rol fundamental en el desarrollo de la sintomatología somática. Este es uno de los modelos que más influencia ha tenido a la hora de explicar la aparición de SSCO,

aunque fue primeramente descrito para la hipocondría. La hipocondría se describe como el miedo o creencia persistente de que el individuo tiene una enfermedad médica no diagnosticada (Barsky y Ahern, 2004; Weck, Gropalis, Hiller, y Bleichhardt, 2015). Comparte con los trastornos de síntomas somáticos la inexistencia de una causa física u orgánica que justifique dicha creencia y, por ello, formó parte en el anterior DSM-IV-TR de los antes denominados trastornos somatomorfos. Por lo tanto, no es de extrañar que el modelo desarrollado por Barsky y Wyshak (1990) para explicar la hipocondría, se haya modificado y usado para explicar también la aparición y el desarrollo de sintomatología somática.

Según los autores y de acuerdo con el modelo original, la hipocondría favorecería una amplificación de sensaciones somáticas benignas, a las que el individuo atribuiría erróneamente el padecimiento una enfermedad grave. Como consecuencia, los pacientes focalizan su atención en procesos corporales y experimentan una amplia gama de procesos somáticos acentuando la intensidad, la nocividad y la molestia de los mismos. Por lo tanto, este modelo se basa en la percepción y en la amplificación sensorial que facilita la percepción de señales y cambios corporales, y en la atribución que el paciente hace de los mismos (Barsky y Wyshak, 1990; Rief y Broadbent, 2007).

Barsky y colaboradores fueron los primeros en denominar a este proceso de facilitación de la percepción de síntomas como amplificación somatosensorial (Barsky, 1992; Barsky y Ahern, 2004). Explican cómo esta amplificación aumenta la aparición de sintomatología somática por medio de dos mecanismos. En primer lugar, este estilo perceptivo haría que el individuo buscara y estuviera más pendiente de los diferentes cambios somáticos que su cuerpo experimenta, atendiendo selectivamente a aquellos que confirmen su hipótesis explicativa de enfermedad, mientras que ignoraría aquellos que la refutaran. Y en segundo lugar, la ansiedad que esto acarrea en el sujeto, hace que se disparen marcadores corporales típicos de situaciones de estrés, que son en sí mismo benignos, pero pueden ser erróneamente atribuidos a la enfermedad ficticia que el paciente cree tener (Barsky y Wyshak, 1990; Rief y Broadbent, 2007). Ambos mecanismos confluyen en un círculo vicioso que aumenta la somatización y el padecimiento de SSCO, tal y como se muestra en la Figura 2.

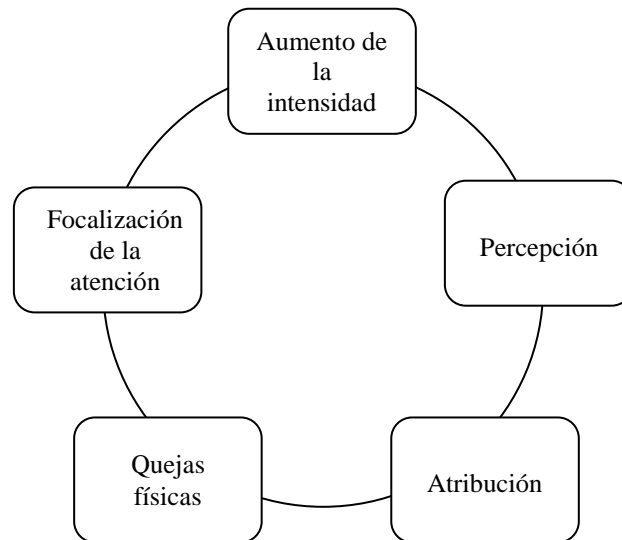


Figura 2. Circulo de la amplificación somatosensorial según Barsky (Barsky y Wyshak, 1990)

En segundo lugar, y resaltando además de los aspectos cognitivos la influencia de variables sociales, Kirmayer y colaboradores extendieron el anterior modelo cognitivo perceptual de Barsky y Wyshak integrando aspectos sociales y del entorno (Kirmayer y Taillefer, 1997; Sayar, Kirmayer, y Taillefer, 2003; Taillefer, Kirmayer, Robbins, y Lasry, 2002). Según este nuevo modelo, la interpretación de sensaciones físicas como señal de enfermedad, lleva a la búsqueda de ayuda, y ahí entraría el componente social (ver Figura 3). Se interpreta así la búsqueda de ayuda como fuente de factores que mantienen y predisponen la sintomatología somática. Por ejemplo, una intervención poco tranquilizadora o una interacción negativa entre el médico y el paciente pueden aumentar el estrés asociado a la somatización, perpetuando así los síntomas. Sin duda el aspecto más interesante de este modelo, es su integración de las respuestas sociales, que incluyen otro personal sanitario, condiciones laborales, seguros médicos o sistemas de compensación. Según los autores, estos factores sociales podrían llegar a reducir o aumentar la motivación para usar estrategias de autoayuda y afrontar los síntomas. El modelo de Kirmayer ofrece un acercamiento integrativo y multidimensional que además añade un componente comportamental y social, y no solo cognitivo y perceptivo, al proceso de amplificación somatosensorial (Kirmayer y Taillefer, 1997; Rief y Broadbent, 2007; Sayar et al., 2003; Taillefer et al., 2002).

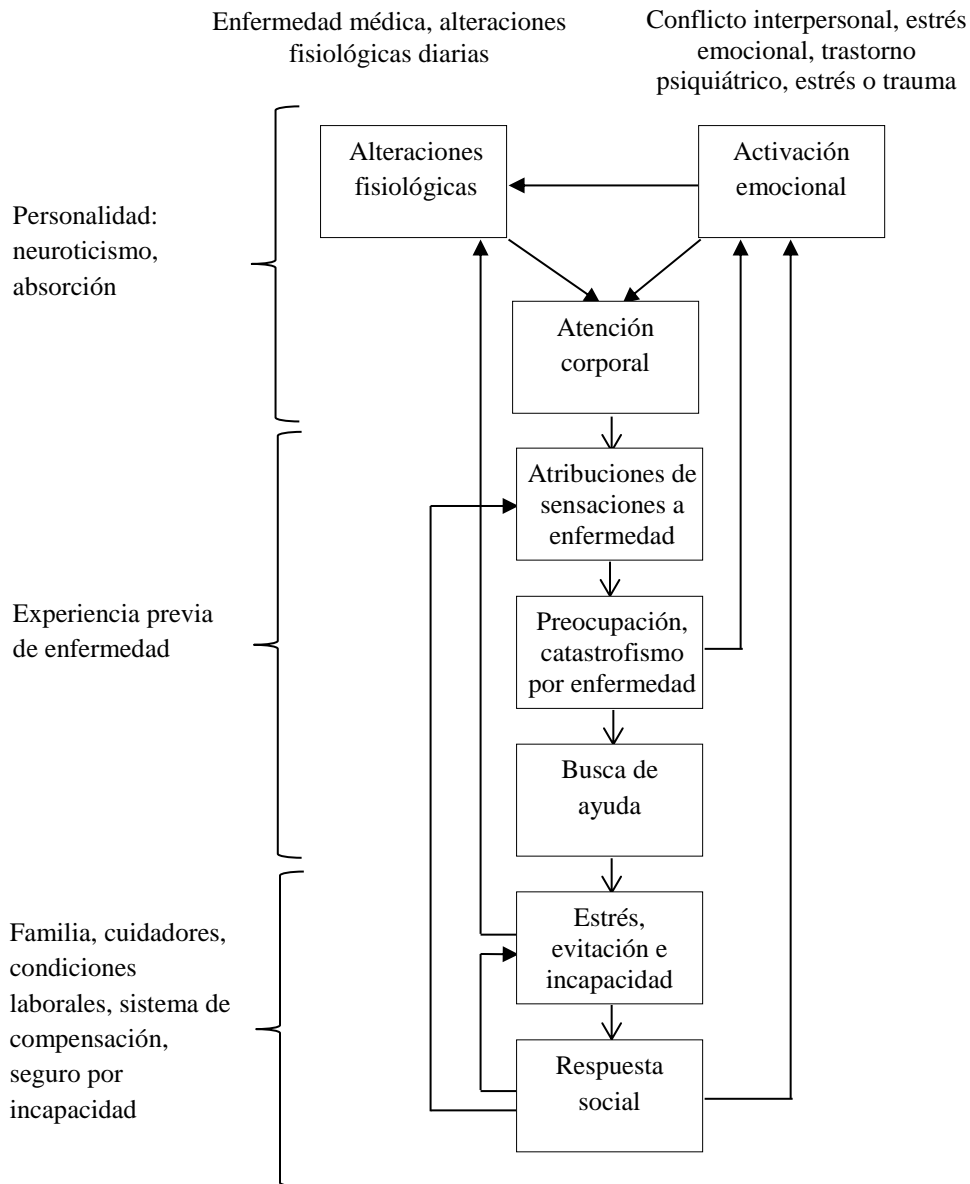


Figura 3. Modelo de Kirmayer para explicar los síntomas somatoformes (Rief y Broadbent, 2007)

El tercer modelo cognitivo de la somatización, lo defiende Brown (2004), que presenta otro modelo multicomponente para explicar el desarrollo y el mantenimiento de SSCO. En el desarrollo de su teoría, Brown reconoce e incorpora los conceptos psicoanalíticos de conversión y disociación, pero la parte central de su modelo es cognitiva. Propone de esta manera que los SSCO constituyen una alteración de la imagen corporal generada por información sesgada (a la que denomina *falsas representaciones*) que está almacenada en el sistema cognitivo y pueden contener cualquier tipo de información acerca de la naturaleza de los síntomas físicos. Estas falsas representaciones pueden adquirirse por diversas fuentes: desde exposición a

periodos de enfermedad en uno mismo (ej. durante periodos de enfermedad física o por medio de experiencias traumáticas) hasta por transmisión socio cultural o sugestión verbal. Todo este amplio rango de experiencias, crean rastros en la memoria, que llevarán al sistema de atención primaria a seleccionar estas falsas representaciones. La selección de estas representaciones por partes el sistema de atención primaria, conllevan consecuencias en el sistema de atención secundario, como por ejemplo una atención selectiva de información que confirme la creencia de enfermedad y del afecto negativo. A su vez, estas consecuencias fortalecen y refuerzan las falsas representaciones, facilitando su reactivación. De esta manera, el modelo de Brown aporta además de una visión cognitiva un modelo basado en procesos de memoria, añadiendo un nuevo elemento a los modelos anteriores.

- La importancia de los procesos perceptivos

Como se ha visto, los modelos multicomponente analizados hasta ahora, reconocen diferentes factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de las quejas somáticas. Sin embargo, todos los modelos mencionados mantienen como eje central los procesos perceptivos. Desde los modelos cognitivos se defiende que las personas han de percibir primero una sensación corporal para poder reportar la queja física. Esto ha llevado a muchos autores a plantearse como se construyen los sistemas perceptivos.

A lo largo de la literatura se distinguen dos modelos principales que focalizan su atención en el proceso perceptivo del individuo: el modelo de Pennebaker (1982) sobre la psicología de los síntomas físicos; y el modelo de filtro único de Rief y Barsky (2005). Ambos modelos asumen que hay una estimulación sensorial permanente, la cual manda impulsos neuronales desde la periferia del cerebro hacia el cuerpo. El modelo de percepción-filtraje, que se muestra en la Figura 1.4, sugiere que los diferentes órganos y partes corporales, como por ejemplo la piel, continuamente producen información sensorial (señales corporales) que a su vez es reenviada a las estructuras corticales superiores, para poder ser percibida (percepción cortical).

Pero el sistema nervioso, cuando funciona de manera sana y adaptativa, aprende a filtrar todas esas informaciones sensoriales, denominadas *ruido sensorial*, previniendo así la sobre-estimulación de las estructuras corticales superiores a base de información

irrelevante (sistema de filtraje) (Lorenz et al., 2005; Rief y Barsky, 2005). Teniendo esto en cuenta, los autores proponen que las personas experimentan quejas físicas si este proceso de filtraje no funciona o está distorsionado por los factores que pueden verse en la ver Figura 4.

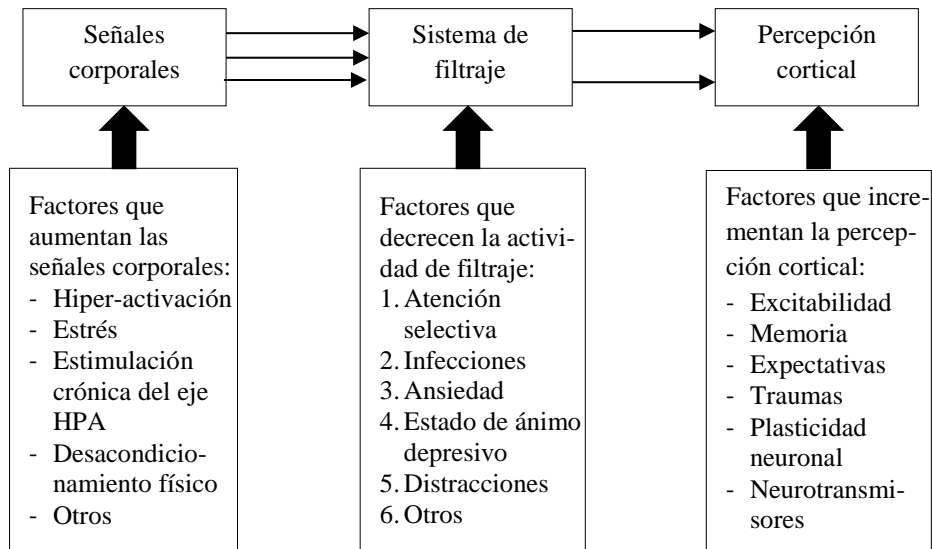


Figura 4. El modelo de percepción-filtraje para los trastornos somatomorfos por Rief y Barsky, 2005 (extraído de Rief y Broadbent, 2007).

Pennebaker (1982, 1990) en su trabajo a principio de los 80, mostró que el input sensorial que viene del cuerpo se hace consciente solo en dos situaciones:

- a) Cuando las señales sensoriales se amplifican (amplificación somatosensorial),
- b) Cuando la estimulación distractora externa se reduce.

Mientras que la primera situación lo que hace es incrementar el input sensorial, la segunda crea interferencias que influyen a la capacidad de filtraje (Rief y Broadbent, 2007).

La mayoría de los modelos recién explicados focalizan su atención en los procesos perceptuales y cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas somáticos, donde entran en juego una multiplicidad de factores cognitivos. En los siguientes apartados se pretende resaltar la relevancia que aspectos cognitivos como la

atribución, las creencias, la atención y la percepción, las expectativas y la memoria o las preocupaciones sobre la salud tienen en relación a los síntomas somáticos.

- Otros factores de riesgo cognitivos en el desarrollo y mantenimiento de síntomas somáticos

Además de lo recalado hasta ahora en los diferentes modelos explicados, el campo cognitivo es tan amplio que existen una multiplicidad de factores que puede influir en el desarrollo de la sintomatología somática. A continuación, se nombrarán los más resaltados por la literatura actual, y no mencionados hasta ahora.

A la hora de interpretar las sensaciones y cambios corporales que se dan en el individuo, se asume la crucial importancia de dos procesos cognitivos: el catastrofismo de los síntomas físicos (la tendencia a tener una fijación con la sintomatología física y a sentirse incapaz de manejarlos) y la malinterpretación de explicaciones causales para dichos síntomas. Varios estudios han encontrado, usando medidas de autoinforme, que los pacientes somatizadores e hipocondríacos reportan más interpretaciones catastróficas que el grupo sin ira (Barsky y Ahern, 2004; Chogle, Mintjens, y Saps, 2014; Grodzinsky et al., 2015; Hitchcock y Mathews, 1992; Marcus, 1999; Marcus y Church, 2003; Shipton, 2014; Smeets, de Jong, y Mayer, 2000). Rief, Hiller, y Margraf (1998) encontraron que el estilo cognitivo catastrofista era específico de pacientes somatizadores e hipocondríacos y, que por el contrario, estaba mucho menos presente en pacientes con otras patologías o trastornos mentales como la depresión o la ansiedad. Además, se ha demostrado que el pensamiento catastrofista aumenta la interferencia atencional inmediatamente después de la percepción del estímulo. Dicho de otra manera, los pacientes con un estilo catastrofista tienen una mayor percepción del dolor o una aumentada percepción del síntoma físico asociado a una hiperfocalización en el síntoma y a una reducida capacidad de distracción. Estas consecuencias pueden influir en la cronicidad de la somatización (Crombez, Eccleston, Baeyens, y Eelen, 1998; Rief y Broadbent, 2007). Además Lackner y Quigley (2005) afirman que la tendencia general de preocupación por la salud y la enfermedad, acentúa las creencias catastrofistas sobre la sintomatología somática percibida, cuando esta se da. Aumentando asimismo creencias irracionales sobre las posibles causas de estos síntomas.



En lo que a la causalidad y el estilo atribucional respecta, como se mencionaba anteriormente, uno de los criterios para definir al paciente somatizador, es que busca explicaciones médicas para los síntomas somáticos, atribuyéndolos erróneamente al padecimiento de una enfermedad orgánica (Escobar et al., 1998; García-Campayo, 2007; Lipowsky, 1988). Cuando el estilo atribucional se ha estudiado en pacientes somatizadores, se ha encontrado que en la mayoría de casos reportan múltiples atribuciones (Rief y Broadbent, 2007). Aunque tendría sentido asumir que entre este tipo de personas predominarían las atribuciones orgánicas, y la creencia de padecimiento de una enfermedad médica como respuesta a la sintomatología que padecen, la gran comorbilidad que estos síntomas muestran con trastornos como la depresión y la ansiedad, hace que las explicaciones psicológicas (propias de estos últimos trastornos) aumenten, encontrándose una gran prevalencia en pacientes somatizadores (Fritzsche et al., 2013; Lee, 2013; Lundh y Wangby, 2002; Rief, Nanke, Emmrich, Bender, y Zech, 2004; Robbins y Kimayer, 1991). Pero las atribuciones psicológicas solo se relacionan con la sintomatología somática en presencia del afecto negativo o síntomas depresivos (Lundh y Wangby, 2002; Rief y Broadbent, 2007). Si por el contrario el paciente presenta quejas somáticas pero no mentales, entonces la evidencia se torna a favor de una relación directa entre los síntomas somáticos y las atribuciones orgánicas (García-Campayo, 2007; Rief y Broadbent, 2007; Sensky, 1997).

Estas atribuciones causales no solo se relacionan con diferentes síndromes, sino que también influyen en la salud directamente. Taillefer y colaboradores (2002) y Schmaling, Fiedelak, Katon, Bader, y Buchwald (2003) encontraron que las atribuciones orgánicas se relacionaban con un peor funcionamiento físico, con una mayor severidad de la sintomatología en general, con la cronicidad de las quejas reportadas y con un mayor uso de los recursos médicos (Ma-Kellams, 2014; Razaz et al., 2014; Rief et al., 2004).

Por otro lado, anteriormente se comentaba la importancia que la percepción tiene en los modelos cognitivos a la hora de explicar a la aparición de sintomatología somática. En este sentido, varios estudios han encontrado que los pacientes somáticos, muestran mayores niveles de escáner corporal que el grupo control, lo que podría significar que las personas que padecen estos trastornos observan sus procesos corporales de manera frecuente con el fin de detectar cualquier señal de enfermedad

(Hausteiner et al., 2009; Rief et al., 1998; Wollburg, Voigt, Braukhaus, Herzog, y Löwe, 2013). Lim y Kim (2005) en un intento de medir el efecto de la atención y percepción diferencial, sometieron a pacientes con trastorno de síntomas somáticos, trastorno depresivo, trastorno de pánico, y un grupo control sano, a una tarea Stroop modificada en la que enseñaron palabras que contenían amenazas físicas, palabras negativas y palabras neutras. Los resultados mostraron que los pacientes depresivos presentaban interferencias cognitivas para las palabras negativas, mientras que en aquellos que sufrían trastorno de pánico las interferencias se daban en las palabras que contenían una amenaza física. Por último, los pacientes con trastorno de síntomas somáticos presentaban interferencias cognitivas tanto para las palabras negativas como para aquellas que contenían amenaza física. Aunque este experimento medía la interferencia cognitiva y no la atención selectiva, deja constancia de la importancia de los procesos cognitivos de atención y percepción, que pueden llegar a aumentar la probabilidad de reportar quejas físicas o somáticas (Lim y Kim, 2005; Pennebaker, 1982, 1990; Rief y Broadbent, 2007; Wollburg et al., 2013).

En la mayoría de modelos explicativos de SSCO se cree que la base motivacional para la atención selectiva a procesos corporales son la preocupación por la enfermedad y la ansiedad por la salud. Un estudio realizado por Jackson y Passamonti (2005) concluía que la preocupación por la enfermedad predecía un peor funcionamiento físico en un seguimiento a 5 años, en pacientes de atención primaria.

El miedo a la enfermedad es un fenómeno muy común en la población general, que tiende a incrementar con la edad (Noyes et al., 2000; Rief, Hessel, y Braehler, 2001; Sirri, 2014). Pero en pacientes somatizadores, los niveles de preocupación por la enfermedad incrementan significativamente en comparación con otras patologías o con grupos control (Burton, McGorm, Weller, y Sharpe, 2011; Martin y Rief, 2011; Rosendal et al., 2013; Sumathipala et al., 2008). Es por ello que las preocupaciones acerca de las amenazas a la salud, y del cuidado ante la enfermedad se han posicionado como factores de riesgo en el desarrollo de sintomatología física, y son considerados como un criterio diagnóstico en la nueva clasificación de trastornos de síntomas somáticos del DSM-V (APA, 2013).

#### 1.3.2.4. Acercamiento emocional

Tras haber analizado los factores cognitivos que predisponen al individuo a padecer síntomas somáticos, es el turno de los emocionales. Desde el comienzo de su conceptualización, la somatización ha estado íntimamente ligada a los procesos afectivos y emocionales. Cuando Freud trataba a sus pacientes histéricas, ya resaltó que la inhibición emocional era una causa importante de enfermedad psicológica y que podía ser tratada con la expresión del afecto reprimido (citado por Rachman, 1980). En este sentido, el malestar emocional y los afectos reprimidos, han ocupado siempre un lugar destacado en la psicopatología y han supuesto la base de muchos problemas psicológicos y también físicos. Aunque estos han sido estudiados mucho menos en profundidad y con menos exhaustividad que los anteriores factores cognitivos.

Hace ya varias décadas, Rachman (1980) afirmaba que las experiencias emocionales no procesadas y, por lo tanto, no exteriorizadas, pueden reverberar durante un tiempo considerable e incluso pueden seguir interfiriendo en el comportamiento del individuo años después de haber sucedido el evento que las elicató. Esta relación ha sido replicada y validada por estudios posteriores. Silva y Fuentealba (2004) sugerían que la dificultad para reconocer y diferenciar estados emocionales internos produce un efecto de acentuación de la esfera somática del estado afectivo en la conciencia del individuo, aumentando la activación corporal generada por la emoción, que podría ser el desencadenante de muchos síntomas somáticos. Waller y Scheidt (2006) también sugieren la relación entre la no expresividad de las emociones y una mayor activación psicofisiológica, que generaría un aumento de las señales corporales. Así, varios autores defienden que los factores psicológicos, sobre todo la capacidad de hacer frente a las emociones y afectos, tienen la capacidad de alterar los parámetros biológicos, contribuyendo al desarrollo o evitando la aparición de la queja somática (Baker, 2012; Charmandari, Tsigos, y Chrousos, 2005; Compas, 2006; Costello et al., 2002; Jellesma et al., 2008; Montoya, Price, y Lepage, 2006; Perez, Barsky, Vago, Baslet, y Silbersweig, 2015; Van der Leeuw et al., 2015; Waller y Scheidt, 2006; Watson y Penebaker, 1989). Por lo tanto, desde esta perspectiva se entiende que cuando para la persona es difícil o incluso imposible hacerse cargo, ser consciente, procesar y/o expresar su emoción, ésta puede ser expresada mediante síntomas físicos, derivados de una hiperactivación biológica causada por la represión de la emoción.

A pesar de que las emociones se entienden como experiencias físicas, psicológicas y cognitivas, al nacer y durante los primeros años de vida, las emociones son primariamente eventos biológicos, debido a la activación fisiológica que generan (Choliz, 2005; Lang, 1968; Leventhal, 2014; Taylor et al., 2012; Thompson, Arnkoff, y Glass, 2011). Por lo tanto, el componente subjetivo de los sentimientos y sensaciones queda en un segundo lugar. Sin embargo, al llegar a la etapa adulta, las personas normalmente reconocen primero la emoción causada por un estímulo concreto, y la reacción fisiológica que la acompaña se percibe después. En pacientes somatizadores, se ha encontrado que la emoción no suele ser percibida, y por lo tanto la reacción fisiológica es primaria y única en este proceso (Allen et al., 2002; Barlassina y Newen, 2014; Tyrer, 1973). Cuando esto ocurre, la persona puede experimentar la activación fisiológica, pero no el aspecto cognitivo ni afectivo de la emoción, y las experiencias emocionales son malinterpretadas como sensaciones físicas. Por lo tanto las personas que somatizan, tiene muy poca o ninguna conciencia de la emoción implicada en la presencia de la sintomatología física que experimentan. Se asume entonces, que es un microprocesamiento de las emociones, es decir, un déficit en el procesamiento de las mismas, lo que favorece el desencadenamiento de la sintomatología somática.

Aun así, como se mencionaba anteriormente, es necesario ahondar en el impacto que el mundo emocional y la manera de manejarlo y regularlo, tienen en el desarrollo de los procesos somáticos, ya que la relación causal es aun incongruente y requiere de más estudios e investigaciones que la respalden y aporten evidencia empírica (Rief y Broadbent, 2007). Además, convencer o tratar de explicar a los pacientes con síntomas somáticos, que podrían beneficiarse de un tratamiento psicológico y no únicamente médico, no es tarea sencilla. Estos pacientes se mantienen firmes en su creencia de estar realmente enfermos, a pesar de la falta de evidencia orgánica. Pero aunque los síntomas primarios sean físicos, en la gran mayoría de pacientes somáticos se han observado déficits emocionales, afectos reprimidos, y problemas sustanciales en el funcionamiento emocional y en uso de estrategias emocionales (Soriano et al., 2012).

En este apartado, se analizarán dos puntos clave en el acercamiento emocional de la somatización que impedirían un adecuado manejo de las emociones fomentando los déficits en el procesamiento de las mismas: la alexitimia y las estrategias de manejo emocional.

- Alexitimia

La alexitimia representa uno de los enfoques emocionales más populares a la hora de entender y explicar la somatización. El concepto de Alexitimia se desarrolló en la década de los 70, para definir un estado en el que las personas eran incapaces de detectar, nombrar y expresar emociones y sentimientos (APA, 2013; Lumley 2004; Sifneos, 1973).

Saber cómo nos sentimos es indispensable para poder dar un significado a la situación que genera la experiencia emocional, para saber cómo actuar en consecuencia, y para poder en último lugar, regular y expresar dicha experiencia (Barret, Gross, Christensen, y Benvenuto, 2001). La idea de que problemas con la toma de conciencia y la expresión del afecto contribuyen a la expresión de éste mediante síntomas corporales ha estado vigente desde las primeras teorías de la somatización y como ha podido verse en este apartado, sigue vigente hoy en día (Bach y Bach, 1995; Bucci, 1997; Demers y Koven, 2015; Sifneos 1973; Torres-Hernández, López-García, Pedroza-Escobar, y Escamilla-Tilchd, 2015).

Precisamente es esa incapacidad de diferenciar o detectar y ser consciente de las experiencias emocionales lo que hace que la alexitimia sea un factor de riesgo en el desarrollo de sintomatología somática, ya que impide que el individuo diferencie el aspecto físico del aspecto psicológico de la emoción. Como se ha explicado recientemente, esto conlleva una incapacidad para expresar o procesar la emoción de una manera adecuada, y ésta es negada, al no poder ser reconocida (Mattila et al., 2008; Neuman et al., 2015; Rief y Broadbent, 2007; Sifneos, 1973; Taylor et al., 2012). Varios autores describen que las personas que sufren alexitimia son incapaces de conectar con sus emociones, y tan solo pueden atender a la activación fisiológica que éstas generan. Como se comentaba con anterioridad, esta actividad fisiológica inducida por los estados emocionales no experimentados ni expresados pueden confundirse y malinterpretarse como síntomas somáticos (Mattila et al., 2008; Nemiah, Freyberger, y Sifneos, 1976; Neuman et al., 2015).

Hace unas décadas, Lumley, Stettner, y Wehmer (1996), presentaron un modelo teórico que organizaba los diferentes caminos que unían la alexitimia con la enfermedad orgánica. En la Figura 5 se presenta dicho modelo. Como puede verse, proponen que los problemas de salud tienen dos componentes básicos: la enfermedad orgánica y la conducta de enfermedad. La enfermedad orgánica incluiría la etiología, la progresión, la exacerbación y la remisión de la sintomatología somática como patología; mientras que la conducta de enfermedad haría referencia al dolor que el paciente reporta, a la discapacidad conductual que causa el síntoma, a las alteraciones del estado de ánimo, y al uso de los recursos sanitarios. Según Lumley (2004), la alexitimia puede causar o aumentar y reducir tanto la enfermedad orgánica como la conducta de enfermedad por medio de vías fisiológicas, conductuales, cognitivas o sociales.

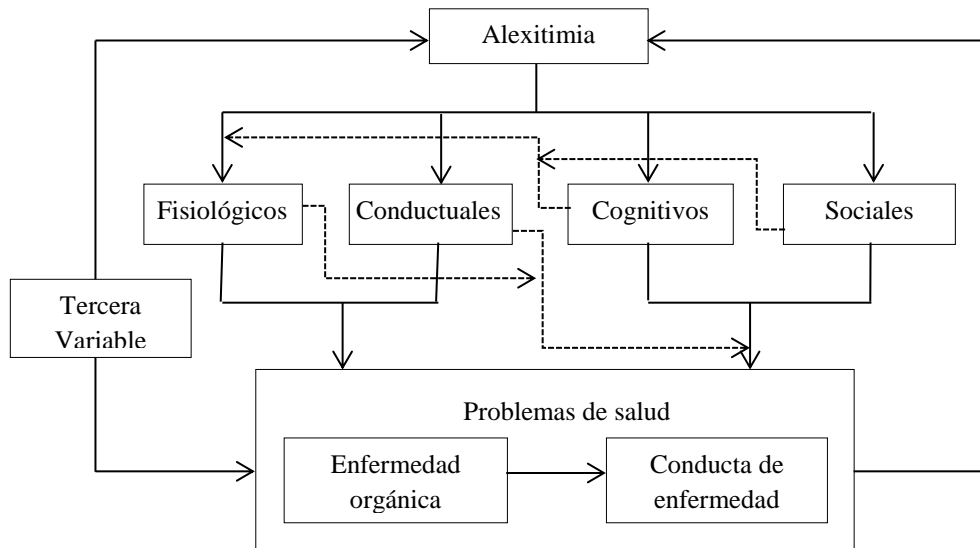


Figura 5. Modelo teórico de la relación entre la alexitimia y los problemas de salud. Adaptado de Lumley et al., 1996; Lumley, 2004.

Las líneas continuas representan relaciones primarias entre los constructos. Las líneas discontinuas representan relaciones secundarias.

Las rutas fisiológicas y conductuales afectan principalmente a la enfermedad orgánica, y en segundo lugar, al comportamiento de enfermedad. Sin embargo, las rutas cognitivas y sociales, influyen principalmente en la conducta de enfermedad, aunque indirectamente se relacionan con la enfermedad orgánica, ya que afectan a la fisiología y al comportamiento del individuo (Lumley et al., 1996; Lumley, 2004). Por otro lado existen de rutas alternativas que unen la alexitimia con los problemas de salud, y que

funcionarían en sentido contrario. Es decir, a la vez que la alexitimia influye en la salud mediante las cuatro variables mencionadas, los problemas de salud podrían estar causando o aumentando la alexitimia directamente, o por medio de terceras variables donde se incluirían aspectos socioeconómicos y genéticos que moderarían esa relación (Lumley, 2004; Lumley, Beyer, y Radcliffe, 2008; Lumely, Gustavson, Partridge, y Labouvie-Vief, 2005).

De esta manera, la alexitimia se perfila como un factor de riesgo a la hora de padecer enfermedades psicológicas o médicas, porque los déficits cognitivos y afectivos impiden la regulación emocional, interfiriendo así en el logro de la adaptación (Lumley, 2004; Taylor et al., 2012). El impedimento de la regulación emocional y la falta de adaptabilidad, contribuyen a las manifestaciones de enfermedad que incluyen problemas del estado de ánimo como la depresión, con la que el trastorno de síntomas somáticos presenta tan alta comorbilidad, comportamientos adictivos o compulsivos, hipervigilancia corporal, activación fisiológica aumentada y prolongada en el tiempo, y enfermedades orgánicas (Lumley, 2004).

- El manejo emocional: el uso de estrategias emocionales

El segundo constructo que se resalta desde un acercamiento emocional en el estudio de la somatización son las estrategias emocionales: las herramientas con las que contamos para desenvolvemos, manejar, afrontar y regular las emociones que sentimos. La forma en que tratamos las emociones es de gran importancia a la hora de entender la aparición de sintomatología somática (Jellesma et al., 2008; Rieffe et al., 2009). Las emociones y el manejo de las mismas han estado relacionadas con la sintomatología somática desde que Stekel introdujera el término somatización (Coughlin Della Selva y Malan, 2006). En este apartado se resaltarán los aspectos más importantes de la forma en la que nos enfrentamos a estas emociones, y las consecuencias que tiene en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología somática. Más adelante, en el siguiente capítulo se ahondará sobre estos aspectos, su desarrollo, y su relación con la sintomatología somática.

Davanloo (1990; 2000), fue uno de los primeros psicólogos en definir que los pacientes que presentaban trastornos psicósomáticos, presentaban también una profundamente asentada inhabilidad para experimentar emociones, lo que les llevaba a

emplear respuestas defensivas erróneas ante los sentimientos y afectos que éstas elicitan. Descubrió que los pacientes con quejas somáticas exhibían un patrón en el que las emociones nunca son procesadas, pero si internalizadas, quedándose almacenadas en el cuerpo, pero sin tomar conciencia de las mismas. Este proceso, resultaba en un empeoramiento y un aumento de la sintomatología somática.

Gross (2002); Littleton, Horsley, John, Nelson (2007), y Subic-Warna (2011) apoyan esta relación, añadiendo que cuando las estrategias de afrontamiento emocional ante situaciones negativas fallan, aumenta el estrés psicológico. Cuando este estrés es muy intenso y la persona no se ve capaz de hacerle frente, lo reprime, lo que a su vez aumenta la activación fisiológica. Este aumento en la activación fisiológica, explicaría porque muchos de los pacientes que muestran múltiples síntomas somáticos, son incapaces de asociar sus síntomas a sus emociones. Sería debido a una falta de conciencia emocional relacionada con dificultades en la diferenciación de síntomas físicos (Burton et al., 2011; Subic-Wrana, 2011). Como se explicaba anteriormente desde el modelo cognitivo, la activación somatosensorial podría causar sesgos en la percepción y en la atribución de sensaciones físicas, que podrían estar en la base de la sintomatología somática.

Coughlin Della Selva y Malan (2006) encontraron, en línea con los resultados mencionados que la inhibición emocional provocada por eventos vitales negativos, conlleva altos niveles de estrés y perjudica el funcionamiento del sistema inmune, mientras que la libre expresión de los mismos se asocia con un descenso de la reactividad física, y con un mejor funcionamiento inmunológico. Asimismo, concluían que el hecho de mantenerlos fuera de la conciencia es lo que convierte estos afectos en sintomáticos. Las evidencias que estos estudios aportan, invitan a sugerir que muchos de los síntomas físicos que nos acompañan cotidianamente, pueden tener que ver con una mayor utilización de mecanismos defensivos cuyo fin es evitar la ansiedad que conllevan ciertas experiencias emocionales, y por lo tanto resaltan la importancia de la manera en la que manejamos y regulamos los estados emocionales a los que nos enfrentamos en nuestro día a día.

En línea con estos resultados, en los últimos años ha aumentado la evidencia a favor de factores psicosociales y emocionales que afectan al sistema inmunológico y a



las funciones del mismo (Baker, 2012; Schaller, Murray, y Bangerter, 2015). Estos estudios afirman que las alteraciones en el sistema inmunológico serían debidas al desgaste y el esfuerzo de los mecanismos de defensa y otros factores de procesamiento emocional por evitar la experiencia de dicha ansiedad. Esto tiene como consecuencia, que dichos factores puedan influir en el desarrollo de enfermedades autoinmunes, alergias, enfermedades infecciosas, y desórdenes físicos similares (Baker, 2012; Bucci, 2011). En este sentido, el modelo de procesamiento emocional que se describirá exhaustivamente en el próximo capítulo, propone que la persona se compone por un sistema emocional inmune, cuya función no es únicamente la protección física del individuo, sino también la emocional, protegiendo a la persona de daño emocional o experiencias traumáticas.

Este sistema emocional inmune es el encargado de llevar a cabo el procesamiento emocional, que permite al individuo sentir y enfrentar su emoción. Mecanismos como la supresión, la evitación o la disociación son descritos como soluciones temporales para evitar la emoción, y por lo tanto, impiden el procesamiento de la misma. Cuando esto ocurre, esa emoción queda atrapada en el cuerpo, junto con la energía negativa que provoca lo que es dañino para el individuo, y por eso, necesita ser liberada, ya que el estrés almacenado en el cuerpo podría ser manifestado mediante síntomas somáticos, en vez de buscar una expresión emocional. Por lo tanto se entiende el cuerpo como un contenedor de emociones, que pueden resultar nocivas para la salud si no se liberan (Baker, 2012). La presente investigación, toma como punto de partida la teoría del procesamiento emocional de Baker para explicar la somatización basándose en la existencia de este sistema emocional inmune, además del sistema inmune puramente biológico.

#### 1.3.2.5. La importancia de las relaciones tempranas en la aparición y el mantenimiento de la sintomatología somática

Como resaltaban varias corrientes previamente mencionadas, muchos de los traumas en edades tempranas, y muchos de los bloqueos emocionales o conflictos intrapsíquicos que podrían causar la desconexión entre mente y cuerpo que lleva al individuo a expresar el afecto reprimido por vía corporal, tienen su base en las relaciones tempranas que el menor establece con sus figuras de referencia

(Ciechanowski, Walker, Katon, y Russo, 2002; Neuman et al., 2015; Rousseau, 2014; Waller y Scheidt, 2006).

La teoría de las relaciones objetales de Melanie Klein (1962), sugiere que las deficiencias en las relaciones tempranas entre la madre y el niño pueden resultar en déficits psicológicos a lo largo del desarrollo del menor. Para el niño las representaciones mentales del objeto y del self se construyen a partir de los pasos progresivos en el desarrollo de las relaciones con los objetos. Malher (1974) puntualizó la disponibilidad emocional apropiada de la madre y el intercambio afectivo entre ésta y su bebé como rasgos importantes para promover la formación de las estructuras psíquicas (Tyson, 2000). Rene Spitz (1965) intenta demostrar que el crecimiento y desarrollo psicológico, dependerá del establecimiento y despliegue progresivo de las relaciones de objeto cada vez más significativas. En resumen, lo que estos autores sugieren es que déficits en la relación entre el menor y su cuidador principal pueden desembocar en una incapacidad para usar la imaginación y el lenguaje a la hora de comunicar emociones negativas o insoportables.

En este sentido, estudios en las últimas décadas resaltan que vínculos paterno-filiales deficientes se relacionan con un aumento de la sintomatología somática, relación en la que se ahondará más adelante, en un tercer capítulo (Berry y Drummond, 2014; Liu et al., 2011; Luyten et al., 2012; Noyes et al., 2000; 2008; Waldinger et al., 2006).

La teoría del apego de Bowlby, que define las cualidades de los vínculos que el niño crea con sus cuidadores principales, se ha considerado en los últimos años como un acercamiento útil y enriquecedor a la hora de entender la problemática somática (Luyten et al., 2012; Noyes et al., 2000; 2008; Waller y Scheidt, 2006). La mayoría de pacientes que acuden al médico aquejados de síntomas somáticos han vivido experiencias tempranas adversas, caracterizadas por un acercamiento parental frío, distante, poco cálido, inconsistente o impredecible. Mediante estas experiencias, el menor aprende que la comunicación directa de la emoción negativa no es efectiva para obtener amor y cariño, ya que no encuentra una figura calmante ante la angustia. Este tipo de vínculos no permiten la expresión emocional del estrés, y a la vez acentúan la necesidad de una ganancia secundaria de atención y cuidado mediante el síntoma físico (Craig et al., 1994; Neumann et al., 2015; Rudolf y Henningsen, 2003; Stuart y Noyes, 1999). Así, el

niño somatiza su angustia, y desarrolla una tendencia a experimentar y expresar los conflictos internos mediante el cuerpo.

Luyten y colaboradores (Luyten, Van Houdenhove, Lemma, Target, y Fonagy, 2013; Luyten et al., 2012), llevaron a cabo un estudio en el que explican cómo el apego y la mentalización influyen en el desarrollo de SSCO. Basándose en las teorías contemporáneas acerca del desarrollo y el mantenimiento de SSCO, proponen un modelo que distingue entre factores que predisponen, factores que precipitan y factores que perpetúan la sintomatología somática. Según los autores, el sistema de apego, está íntimamente ligado a la regulación del estrés y, por lo tanto, al sistema inmune. A su vez, explican desde la teoría de la mentalización, qué déficits en mentalización, posiblemente causados por la falta de seguridad en el vínculo de apego, aumentan los niveles de estrés, lo que actúa como factor precipitante en la perpetuación de la sintomatología somática (ver Figura 6).

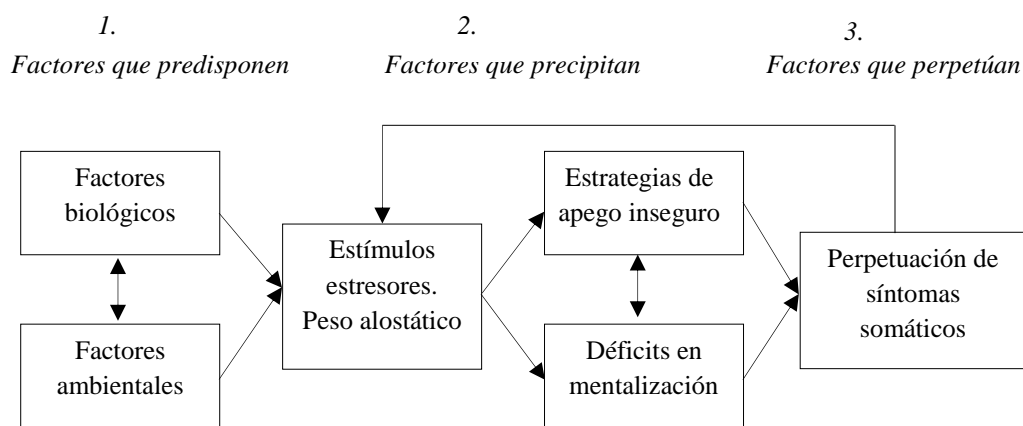


Figura.6. Una Aproximación de la somatización basada en la mentalización (Luyten et al., 2012)

A modo de resumen de lo hasta ahora expuesto, partiendo de una perspectiva psicológica a la hora de entender y explicar la somatización, los factores que promueven la aparición y facilitan el mantenimiento de estos síntomas son principalmente cuatro.

En primer lugar, desde las tradicionales teorías psicoanalíticas, se hace hincapié en la simbolización de experiencias, emociones y afectos que sobrepasarían a la persona, y se traducirían en síntomas somáticos al no poder ser expresados de otra

manera. Es decir, el estrés producido por el conflicto inconsciente y reprimido, se expresaría a modo del síntoma somático.

En segundo lugar, las teorías del aprendizaje social, resaltan y apoyan la importancia de las figuras de referencia que rodean al niño, como modelos de comportamiento para éste último. Defienden así, que el menor aprenderá a comportarse ante la enfermedad, y aprenderá también herramientas de comunicación ante el malestar físico mediante el aprendizaje vicario.

En tercer lugar, los factores cognitivos, hacen especial hincapié en la importancia de la percepción y atribución de significado a las sensaciones y cambios físicos que se dan a nivel corporal. Un modelo más emocional, defiende que una mala gestión de las emociones, podría bloquear la expresión de las mismas almacenándolas en el cuerpo y obligando al afecto reprimido a buscar una vía de expresión somática. Asimismo y apoyando las teorías cognitivas, los modelos centrados en las emociones ofrecen evidencias empíricas a favor de la alteración en la percepción de síntomas somáticos que suponen bloquear el componente psicológico de la emoción, lo que podía llevar a una amplificación del componente somático de la misma.

En último lugar, y en cierta consonancia con las teorías mencionadas, las teorías de las relaciones tempranas, defienden que la forma en la que aprendemos a manejar el conflicto, depende de la calidad de las relaciones tempranas con las figuras de cuidado en la infancia, creando así una asociación entre los vínculos de apego y la sintomatología somática.

En la presente investigación, enmarcamos el estudio de la sintomatología somática en el modelo biopsicosocial, resaltando la característica multifactorial de los procesos somáticos, y centrándonos en los aspectos psicológicos que son los que competen al presente trabajo. Nuestro cuerpo es en sí mismo contenedor de múltiples sensaciones que tenemos y experiencias que vivimos desde una temprana infancia. Como explica Antonio Damasio en *El error de Descartes* (2006), mente y cuerpo no pueden concebirse por separado y, por lo tanto, nuestro funcionamiento emocional y las experiencias tempranas, infantiles, adolescentes y adultas moldean nuestro cuerpo de la misma manera que lo hacen los procesos biológicos.

Así, se entiende que los diferentes aspectos psicológicos mencionados, están muchas veces solapados y pueden unirse en conjunto para explicar parcialmente la etiología de la somatización. Por lo tanto, uno de los mejores acercamientos sería la creación de una síntesis de las perspectivas mencionadas, donde las experiencias tempranas y las interacciones con las figuras de referencia y el ambiente, así como la respuesta que el menor obtiene ante sus necesidades emocionales influirán en el desarrollo de cogniciones que a su vez condicionan la percepción de los cambios físicos y las atribuciones que las personas hacen de estos cambios. Asimismo, los vínculos y las relaciones con estas figuras de referencia, condicionan la manera en la que procesamos y regulamos nuestras emociones. De esta manera, si en el núcleo familiar no se han atendido las necesidades emocionales del menor, y tampoco se ha fomentado la expresión de las mismas, éste será más proclive a atribuir las sensaciones corporales y los cambios somáticos a causas físicas y biológicas, y no tanto psicológicas o emocionales; ya que no desarrollará las herramientas necesarias para un adecuado funcionamiento emocional, donde la emoción es experimentada, procesada y regulada. Esto supone una malinterpretación y un etiquetaje inadecuado, que a su vez favorecen la amplificación somatosensorial, y fomentan la idea de padecimiento de enfermedad o de que la sensación física generada por la emoción inconsciente o reprimida se debe realmente a algo orgánico. Así se crea un patrón perceptivo, cognitivo y emocional, basado en las relaciones tempranas y en las creencias familiares, que favorece la somatización y su mantenimiento.



## CAPÍTULO 2

---

### LAS ESTRATEGIAS EMOCIONALES





En el capítulo anterior se analizaba cómo los factores psicológicos podían estar relacionados con la aparición de síntomas somáticos. Entre estos factores se encontraban las emociones y las estrategias con las que manejamos, procesamos y regulamos las mismas, y que según varios estudios actúan, como factor de riesgo y de mantenimiento en los procesos de somatización (Charles y Carstensen, 2007; Barret et al., 2011, Malatesta e Izard, 1984; Treasure, Corfield, Cardi, 2012; Zaccagnini, 2004). Varios autores opinan que una gran variedad de problemas psicológicos, entre los que resaltan la somatización, son frecuentemente el resultado de un bloqueo, de una supresión, de una evitación o de un inadecuado manejo de sentimientos, afectos y emociones (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Baker et al., 2012; Berking y Wupperman, 2012; Caballero, Carrera, Sánchez, Muñoz, y Blanco, 2003; Hong, 2007; Liu, Cohen, Schulz, y Waldinger, 2011; Luyten et al, 2012; Nolen-Hoeksema y Harrell, 2002; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, y Bohon, 2007; Pulgar, Garrido, Alcalá, y Reyes del Paso, 2012; Rousseau et al., 2014; Williams y Evans, 2014; Zawadzki, 2015). Por lo tanto comprender las emociones y las estrategias emocionales individuales que las personas emplean a la hora de lidiar con ellas, tiene una gran relevancia en el estudio del desarrollo adaptativo.

Por todo ello, en el presente capítulo se pretende estudiar con mayor exhaustividad qué entendemos por emoción y en qué consiste el manejo de las emociones, cómo se construyen y desarrollan las diferentes estrategias emocionales, y cómo surgen o a qué se deben las diferencias individuales que han demostrado tener consecuencias diferenciales a nivel de salud física y psicológica (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010; Caballero et al., 2003; Coughlin Della Selva, 2006; Gross y Levenson, 1997; John y Gross, 2004; Rousseau et al., 2014).

## 2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS EMOCIONES A LO LARGO DEL TIEMPO: ¿QUÉ ENTENDEMOS POR EMOCIÓN?

Definir las emociones no ha sido tarea fácil. Wenger, Jones, y Jones afirmaban que "casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla" (1962, pg. 3).

Diferentes autores desde diferentes perspectivas, han ofrecido a lo largo de la historia de la psicología diversos puntos de vista y acercamientos al mundo emocional del ser humano. Es por eso que la psicología de la emoción es, probablemente, una de las áreas en las que existe un mayor número de modelos teóricos, pero al mismo tiempo sigue siendo uno de los ámbitos de estudio más imprecisos (Choliz, 2005; Izard, 2013a; Scherer, 2013). Burke (2005), explica que esto se debe a la falta de un marco analítico riguroso actual, es decir a la falta de un acuerdo a la hora de entender y definir las emociones como objeto de estudio en la actualidad. Algunos autores también remarcan que el gran abanico de métodos, conceptos y teorías, dificultan el estudio de las emociones si no se unifican y no se desarrollan específicamente en base al objeto de estudio (Burke, 2005; Labanyi, 2010; Rosenwein, 2010; Zaragoza-Bernal, 2013).

El inicio del estudio de las emociones se remonta a finales del siglo XIX con los estudios de William James (1884) y Carl Lange (1885, citado por Shields y Zawadzki, 2012). Estos autores ya resaltaban la unión entre procesos emocionales y somáticos, argumentando que las emociones se debían únicamente a la percepción de los cambios fisiológicos corporales que se producen ante distintas situaciones o estímulos. Defendían que en el caso de que no existieran tales percepciones somáticas, la consecuencia principal sería la ausencia de cualquier reacción afectiva. Asimismo, sugirieron que la respuesta emocional estaría condicionada por los cambios fisiológicos, y que éstos constituían un patrón de respuesta distinto para cada una. Así, las emociones similares se caracterizarían por un patrón visceral y fisiológico similar, existiendo cierta especificidad individual.

Años más tarde, Walter Cannon (1929) y Philip Bard (1938, citado por Dror, 2014) refutaron esta idea criticando la visión de James-Lange en lo que se refiere al papel de los procesos corporales en la reacción emocional, y negando el hecho de que la ausencia de sensaciones fisiológicas no producía necesariamente ausencia de reacciones emocionales. Todo ello cuestionaría que dichas reacciones fisiológicas fueran un antecedente de la reacción emocional. Según Cannon y Bard (1929), las reacciones fisiológicas y viscerales no definirían la cualidad de la reacción emocional, sino en todo caso la intensidad de la misma, preparando al organismo para una eventual respuesta que requiriera un gasto energético de importancia. Se trataría de una respuesta similar a todas las emociones, en la que la única diferencia entre las mismas sería la intensidad

con la que reaccionan, pero no en un patrón de respuesta diferenciado (Dror, 2014; Shields y Zawadski, 2012).

A contrario que James y Lange, Cannon y Bard (1929) afirmaban que es la interpretación cognitiva acerca del evento o situación la responsable de las distintas emociones, y de la respuesta que se da a las mismas. Defendían también que si dependiéramos únicamente de nuestras respuestas fisiológicas, no seríamos capaces de distinguir una emoción de otra, concluyendo así que las reacciones viscerales no eran primarias en la secuencia emocional, pero sí en cambio las cogniciones.

Paralelamente y desde el campo de la neurobiología, se estudiaban las emociones desde un plano conductual como respuestas a estímulos que las desencadenaban, siguiendo la teoría de James y Lange y en base a los estudios pioneros de Charles Sherrington (Damasio, 2006). Los modelos neurológicos han evolucionado desde los planteamientos iniciales que defendían un único sistema de activación cerebral ante las emociones. Hoy en día se asume la existencia de al menos dos sistemas de activación (Norman, Berntson, y Cacioppo, 2014; Swerdlow y Koob, 1987). El primero de ellos, que estaría organizado por el córtex cerebral, implicaría a las estructuras cerebrales superiores y determinaría especialmente procesos cognitivos y de rendimiento. El otro sistema de activación, implicaría estructuras subcorticales y estaría directamente relacionado con el estado emocional (Choliz, 2005; Damasio 2006; 2010; Norman et al., 2014). En la actualidad parece asumido que, pese a que las estructuras subcorticales son de especial relevancia en los sistemas emocionales básicos, el papel del córtex no solamente se ciñe a ejercer efectos inhibidores sobre dichas reacciones afectivas, sino que está involucrado principalmente en la experiencia emocional, especialmente en lo que hace referencia a los procesos cognitivos característicos de la emoción (Panksepp, 1991; Pribram, 1973; Stein, Leventhal, y Trabasso, 2013).

Esta evolución refleja a su vez la inclusión del modelo cognitivo en el estudio de las emociones. A lo largo del siglo XX, las cogniciones y pensamientos empezaron a tomar un papel fundamental en la relación entre las emociones y las situaciones que las desarrollaban, llegando a entender la emoción como una consecuencia de los procesos cognitivos (Aguado, 2014; Bearison y Zimiles, 2014). En esta nueva concepción, la

magnitud de la reacción fisiológica determinaría la intensidad de la reacción emocional, mientras que los procesos cognitivos darían razón de la cualidad de la misma.

Desde entonces y hasta el día de hoy, el estudio de las emociones ha experimentado enormes y crecientes avances dentro de la comunidad científica (Bisquerra, 2002; Ford y Mauss, 2015; Gross, 1998; Music, 2014; Norman et al., 2014; Oatley y Jonhson-Laird, 2014; Silva, 2005; Thompson, 1994). Hoy en día, y desde que Lange lo propusiera en 1968, se entiende la emoción como una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo, conductual/expresivo, y fisiológico/adaptativo (Choliz, 2005; Lang, 1968; Lanteigene, Flynn, Eastabrook, y Hollenstein, 2014; Leventhal, 2014; Weiss, Thompson, y Chang, 2014).

Este recorrido, y el incesante interés por las emociones y los procesos emocionales, ha permitido lograr una aproximación que hace hincapié en el rol de las emociones como reguladoras y determinantes del comportamientos intra e interpersonal, resaltando su función adaptativa y organizadora al combinar las necesidades del individuo con las demandas del medio (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Campos y Barret, 1984; Mitchel y Phillips, 2015; Roemer, Williston, y Rollins, 2015; Thompson, 1994; Williams y Evans, 2014; Zawadzski, 2015). A pesar del poco consenso que se encuentra en la literatura en cuanto a la definición de las emociones, parece ser que la función de éstas es algo en lo que muchos autores convergen. Todas las emociones, incluso las más desagradables, tienen funciones importantes en la adaptación y el ajuste personal. Según Reeves (2007), la emoción tiene tres funciones principales: una función adaptativa, una función social y una función motivacional. Carver, Johnson, y Joormann (2013) e Izard (2013a; 2013b), siguiendo las ideas de Reeves, describen que las emociones motivan la cognición y la acción, y además proveen al individuo de información, guiando y coordinando nuestras respuestas en el medio físico y social para favorecer el afrontamiento, la adaptación, la afiliación social y el bienestar.

En este sentido, y basándose en la multidimensionalidad de las emociones propuesta por Lang (1968), Lanteigene y colaboradores (2014), explican el sistema emocional como un ciclo en el que forman parte tres aspectos fundamentales e influyentes entre sí, y que el individuo es capaz de manejar y controlar, de manera más

o menos adaptativa, haciendo uso de diferentes estrategias. Estos tres aspectos son: la experiencia emocional (donde se ve reflejado el componente cognitivo/subjetivo de la emoción), la activación fisiológica que provocan las emociones (que depende del componente fisiológico/ adaptativo de la emoción) y, por último, la expresión emocional (ligada al componente conductual/expresivo de la emoción). Como se aprecia en la Figura 7, la experiencia y la activación emocional hacen referencia a un funcionamiento emocional más interno, en el sentido de que son procesos que ocurren dentro de la persona; mientras que la expresión emocional, haría referencia a la respuesta del organismo y, por lo tanto, a un funcionamiento externo.

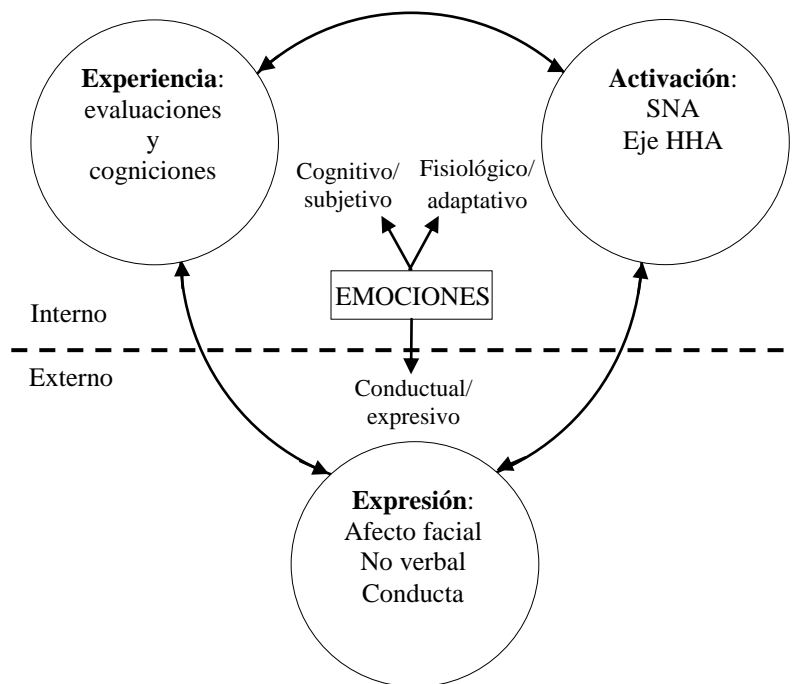


Figura 7. Modelo conceptual del sistema emocional (adaptado de Lanteigne et al., 2014)

Nota. SNA: Sistema nervioso autónomo; HHA: Hipotalámico, hipofisario adrenal

El primer aspecto resalta la importancia del componente cognitivo en la emoción. Los pensamientos y las cogniciones que emergen de la reacción emocional a una situación concreta ayudarán a dar forma y a la vez condicionarán la emoción que experimentamos, mediante la evaluación de la estimulación interna o externa que elicitó la emoción. Asimismo, este componente cognitivo es subjetivo y estará influenciado por las vivencias e individualidades de cada persona, cuya reacción emocional puede ser diferente ante una misma situación (Izard, 2013b; Lazarus, 1984; Leventhal, 2014; Moors, Ellsworth, Scherer, y Frijda, 2013; Zajonc, 1984).

En segundo lugar, el componente fisiológico/adaptativo, hace referencia, como se comentaba en el capítulo anterior, a la reacción fisiológica y corporal que generan las emociones y, por lo tanto, al componente más consciente y primario de la emoción (Deater-Deckard, Li, y Bell, 2015; Lench, Flores, y Bench, 2011; Russell, 2009; Taylor, 2003). Ante emociones intensas, la activación somática aumenta, como también lo hace el ritmo cardiovascular, la conductancia de la piel y la activación respiratoria (Allaz y Cedraschi, 2015; Campo, 2012; Gross y Levenson, 1997; Lee, 2013). Posteriormente, se ha comprobado que después de percibir un evento externo, se generan una multiplicidad de cambios a nivel fisiológico, como parte de la experiencia emocional, y se entienden como experiencias corporales inmediatas e individuales (Valderrama y Ulloa, 2011). Estas sensaciones corporales derivadas de la emoción, son a las que nos referíamos en el capítulo anterior como precursoras de los síntomas somáticos, cuando no eran debidamente percibidas, cuando se les atribuían causa errónea, o cuando se amplificaban.

Por último, el componente conductual/expresivo, hace referencia a la expresión emocional en sí misma. Es el comportamiento externo que sirve como respuesta emocional y da salida a todos aquellos estados emocionales internos que el individuo tiene, expresando el estado afectivo y la intensidad emocional (Dael, Mortillaro, y Scherer, 2012; Leventhal, 2014). Como se comentaba en el capítulo anterior, según algunos autores, los SSCO podrían ser expresiones fisiológicas de emociones no expresadas, por lo tanto el componente expresivo de la emoción podría ser especialmente relevante en el estudio de la somatización y del funcionamiento emocional individual. Ambos constructos y su relación son objeto de estudio de la presente investigación.

Para entender la emoción, es conveniente atender a estas tres dimensiones por las que se manifiesta. Los problemas emocionales aparecen cuando existe desincronía entre los tres sistemas de respuesta, que pueden, individualmente, adquirir una relevancia especial en una emoción concreta, en una persona individual, o ante una situación determinada (Lanteigne et al., 2014). En muchas ocasiones, las diferencias entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben únicamente al papel que otorgan a cada una de las dimensiones mencionadas.

En la presente investigación, se definen las emociones como estados psicológicos que incluyen respuestas fisiológicas, experiencias subjetivas, respuestas cognitivas y tendencias de acción; y son entendidas como flexibles, contextualizadas y dirigidas a metas (Aguado, 2014; Hagemann, Waldstein, y Thayer, 2003; Leventhal, 2014; Oatley y Jonhson-Laird, 2014). Como señalan varios autores (Lench et al., 2011; McGaugh, 2013), se comparte la idea de que la emoción es una respuesta inmediata del organismo que informa del grado en que es favorable un estímulo o situación. Si la situación parece favorecer su supervivencia, el individuo experimenta una emoción positiva (alegría, satisfacción, deseo, paz, etc.); en caso contrario, experimenta una emoción negativa (tristeza, desilusión, pena, angustia, etc.).

Sin embargo, lo que desde este trabajo se quiere resaltar, no son las emociones en sí, sino cómo el individuo responde a ellas, como las percibe, como las entiende y como las expresa. Por eso, el apartado siguiente se centra en explicar las diferentes estrategias que las personas desarrollan para poder hacer frente a las emociones y vivencias que las acompañan. Estas estrategias variarán según el modelo que las explique, pero todos coinciden en que la forma en la que manejamos nuestras emociones, tiene repercusiones tanto físicas como psicológicas.

## 2.2. CÓMO MANEJAMOS LAS EMOCIONES: LAS ESTRATEGIAS EMOCIONALES.

Por lo tanto, ¿qué hemos de hacer con las emociones que sentimos? Dependiendo de cómo manejemos la emoción, ésta puede ayudarnos o, por el contrario, volverse desadaptativa. Las personas tienen la capacidad de incrementar, mantener o reducir sus emociones positivas y negativas mediante el uso de estrategias emocionales (Aldao et al., 2010; Gross, 1998; Koole, 2009; Parrot, 1993), que además permiten que cada persona pueda modular la experiencia y la expresión de sus emociones (Davidson, Putnam, y Larson, 2000; Greenberg y Paivio, 1997; Gross, 2003; Kennedy-Moore y Watson, 1999; Larsen, 2000; Silva, 2005). Estas estrategias pueden ser automáticas o controladas, conscientes o inconscientes, y pueden tener efectos, positivos o negativos, en una o más dimensiones de la emoción (Gross, 1998; John y Gross, 2004), por lo que

abarcan los componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales de las emociones, previamente mencionados.

Por lo tanto, de igual manera que las emociones se entienden como conceptos multidimensionales, las estrategias emocionales también pueden actuar en los tres componentes de la emoción. Así, por un lado contamos con estrategias que influyen en la dimensión cognitiva y, por ende, en el componente experiencial de la emoción. Estas estrategias nos permitirán percibir la emoción y condicionarán el valor que le damos a la emoción percibida; aunque por el contrario el individuo puede también desarrollar diferentes bloqueos o estrategias que impedirían una experiencia emocional completa, como pueden ser la evitación o la supresión de la propia experiencia emocional.

En segundo lugar, en cuanto a la activación fisiológica se refiere, el individuo puede desarrollar estrategias o herramientas que le ayuden a modular la activación emocional para no sentirse sobrepasado, y poder atender al resto de componentes emocionales. O en el caso de que se dé un funcionamiento emocional no adaptativo, estas estrategias impedirían que el individuo atendiera al resto de componentes emocionales, favoreciendo la focalización de la atención en la esfera somática (Aldao et al., 2010; Frijda, 2007; Penley, Tomaka, y Wiebe, 2002), y facilitando la percepción de estos síntomas.

Por último, están las estrategias que influyen en la expresión emocional, que como se ha visto anteriormente, es el único componente externo del sistema emocional. Las personas, desarrollan durante sus primeros años de vida modelos y estrategias flexibles de expresar sus emociones tanto de manera facial, verbal o conductual, que les permiten comunicar sus sentimientos a los demás, ajustar la comunicación de los mismos de acuerdo a la situación, e incluso encubrir sus emociones (Chaplin y Aldao, 2013; Denham, 2007; Halberstadt, Denham, y Dunsmore, 2001; Malatesta e Izard, 1984). En la infancia las emociones se expresan de forma espontánea, sin control alguno, pero a medida que vamos creciendo se va desarrollando la modulación emocional, capacidad que trata de controlar nuestras respuestas emocionales en interacción con el medio. Desde las teorías del desarrollo se defiende que esta modulación aparecerá en torno a los tres años. Por lo tanto, es a partir de esa edad cuando se puede empezar a hablar de la existencia de un control o manejo emocional,



que se proyecta en la manera en la que sentimos y experimentamos las emociones y, de manera más explícita, en como las expresamos y nos comportamos ante ellas (Pallarés, Peris, Santas, Suller, y Pastor, 2015). El control de las emociones a medida que el individuo va adentrándose en la etapa adulta, es de vital importancia para un desarrollo sano. Ante el descontrol, los afectos y emociones tienden a buscar vías alternativas de expresión, como es el caso del cuerpo en la aparición de sintomatología somática.

Las diferentes maneras de expresión emocional tendrán un efecto diferencial en la autorregulación emocional y en el desarrollo del individuo, a la vez que influirán en las interacciones sociales y en la relación con el otro (Márquez-González, Izal, Montorio, y Losada, 2008; Stenberg y Hagekull, 2007). Suprimir la expresión de ciertas emociones, por ejemplo, se relaciona con un empeoramiento del bienestar, y con una gran variedad de problemas psicopatológicos en la edad adulta (Aldao et al., 2010; Baker, Thomas, Thomas, y Owens, 2007; Chaplin y Aldao, 2013; Gross y John, 2003; Lantaigne et al., 2014; Zimmermann e Iwanski, 2014). Como ha podido leerse en el capítulo anterior, la presencia de síntomas somáticos está muy ligada a la supresión y al rígido control de las emociones (Barlassina y Newen, 2014; Holstege y Huynh, 2013; Lily y Valdez, 2012; Villanueva et al., 2015).

Al igual que en el párrafo anterior se mencionaba que la falta de control favorece la aparición de sintomatología somática, el exceso de control también perjudica la salud física y psicológica del individuo, impidiendo de igual manera que la experiencia emocional sea adecuadamente percibida y expresada. Las consecuencias del uso de estrategias emocionales que no facilitan experiencia ni la expresión de las mismas, y por lo tanto, se consideran desadaptativas, se analizarán con mayor detalle en el apartado 2.3.

En resumen, desde que la emoción se genera, a raíz de un input interno o externo, y es percibida, hasta que el individuo responde a ella, y la exterioriza, han de darse una serie de pasos, que implican una monitorización, un procesamiento, una regulación y una absorción de la experiencia emocional para que esta pueda ser debidamente expresada (Baker et al., 2007; Kwasniewska, Thomas, y Baker 2014). Todo este proceso, donde las estrategias emocionales juegan un rol fundamental, queda recogido en el modelo de procesamiento emocional que se analiza a continuación.

### 2.2.1. El procesamiento emocional: estrategias de experiencia, control y expresión de las emociones.

El procesamiento emocional, fue descrito por primera vez por el psicólogo Jack Rachman en 1980, en su artículo “*Emotional Processing*”, donde explicó que las experiencias emocionales disruptivas eran en su mayoría satisfactoriamente absorbidas, gracias a diferentes mecanismos y estrategias emocionales. Argumentaba que si no tuviéramos mecanismos de disolución del estrés, el daño emocional se acumularía bloqueando todos los canales de salida del mismo. Propuso entonces el procesamiento emocional como el proceso mediante el cual las experiencias emocionales que generan malestar son debidamente absorbidas para no interferir con las experiencias de vida normales. Según Rachman (1980), las condiciones que tienen que cumplirse para poder decir que se ha dado un correcto procesamiento emocional, y que por lo tanto la emoción ha sido debidamente absorbida son las siguientes: primero, debe de haber alguna evidencia de perturbación o alteración emocional; segundo, ha de evidenciarse que esa perturbación o alteración emocional se ha disminuido significativamente; y por último, el individuo debe volver a su estado normal, previo a la aparición de la perturbación. Si cualquiera de estas tres condiciones no se cumpliera, el procesamiento emocional sería incompleto, y la emoción no sería debidamente procesada. Entonces, aparecerían memorias intrusivas y ciclos rumiativos del evento perturbador, y el individuo re-experimentaría de forma cíclica la emoción que causa malestar, bajaría su nivel de concentración, y una serie de experiencias similares, síntomas de los trastornos psicológicos más comunes (Baker, 2012; Casado, Cobos, Godoy, Farias, y Vila-Castellar, 2014; Coughlin Della Selva, 2006; Edelstein y Gillath, 2008; Novak y Sprah, 2011).

Roger Baker, dos décadas más tarde, desarrolló un modelo de procesamiento emocional basado en el primer modelo propuesto por Rachman (Baker, 2001; 2012; Baker, Holloway, Thomas, Thomas, y Owens, 2004). El modelo de procesamiento emocional de Baker (2012) surge con el fin de aunar la multiplicidad de teorías y modelos que en la actualidad explican diferentes aspectos del funcionamiento y del manejo de las emociones, y capturar la naturaleza polifacética de las emociones teniendo en cuenta todo el proceso, desde la percepción del estímulo emocional, hasta la

generación de una respuesta como expresión de la emoción generada (Baker, 2012; Baker et al., 2012; Wilkins, Baker, Bick, y Thomas, 2009).

Baker (2012) desde su teoría del procesamiento emocional, afirma que tenemos una única mente que contiene pensamientos y sentimientos, que son inseparables, y que ambos operan al mismo tiempo. Defiende que los individuos aprehenden la realidad mediante dos sistemas conceptuales pero interactuantes, un sistema experiencial y automático para las emociones, y otro analítico y racional para los pensamientos. Por lo tanto, emociones y cogniciones se desarrollan conjuntamente, como sistemas que interactúan mutuamente.

Basándose en constructos de la terapia cognitivo-comportamental (evaluación cognitiva, y esquemas emocionales) y de terapias experienciales (focusing, experiencia y expresión emocional), desarrolló una teoría psicológica de manejo adaptativo y saludable de las emociones. El modelo de procesamiento emocional de Baker (2001; 2012), se compone de cuatro pasos para lograr el correcto procesamiento de las emociones, y por lo tanto un funcionamiento emocional adaptativo: registro de la emoción, experiencia de la emoción, expresión de la emoción, y control o regulación de la emoción (ver Figura 8).

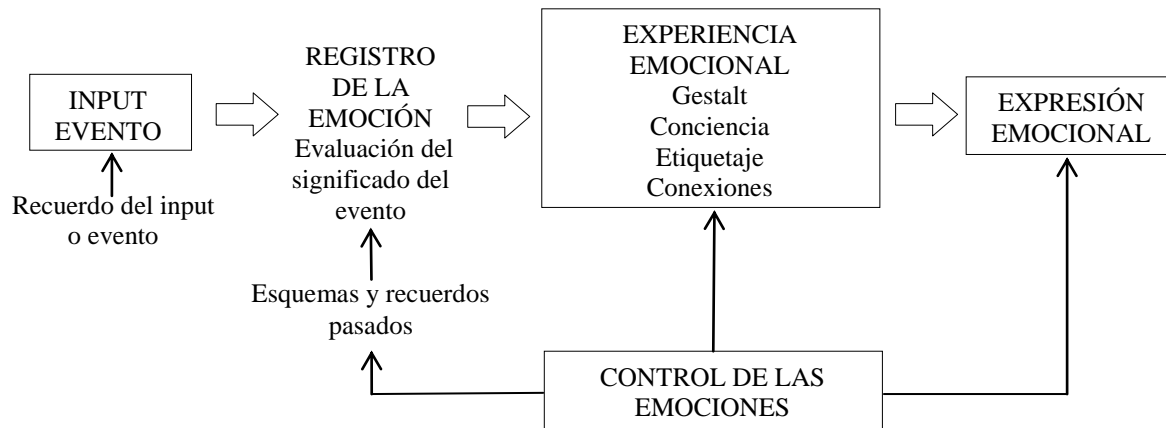


Figura 8. Modelo de procesamiento emocional propuesto por Baker (2012, p. 118)

El procesamiento emocional comienza cuando un evento cualquiera es percibido e interpretado de una manera concreta. Este input que desencadenaría el proceso, puede ser un evento sin demasiada trascendencia (por ejemplo, una discusión menor con una pareja), un evento traumático de mayor magnitud (por ejemplo, la muerte de un ser

querido), o una serie de acontecimientos sucesivos y estresantes (por ejemplo, el acoso laboral). De acuerdo con las ideas clásicas (y también más actuales) de la emoción resumidas en el primer apartado, Baker y colaboradores (2010; 2012) asumen que todas estas pequeñas o mayores situaciones, desencadenarán una emoción en el individuo, cuya experiencia estará determinada por la evaluación cognitiva del significado del evento. En este primer punto del procesamiento, hay una serie de estrategias desadaptativas que podrían interferir y afectar el procesamiento, como es el caso de la malinterpretación del evento en sí o la evitación del mismo (por ejemplo, en caso de sentirlo como amenazador).

Desde que el evento es percibido, y para ser correctamente experimentado, según el modelo del procesamiento emocional primero ha de ser registrado (Baker 2001; 2012; Baker et al., 2012). En este registro de la emoción, influyen recuerdos pasados y esquemas emocionales previamente establecidos. Según Bucci (2011), en consonancia con la teoría de Baker, los esquemas emocionales son un tipo de esquemas de memoria que se desarrollarían a partir de las interacciones con otros, en particular los cuidadores, desde el comienzo de la vida del individuo. Estos esquemas emocionales darían cuenta del conocimiento de uno mismo en relación con los demás, y estarían compuestos predominantemente de representaciones y procesos de experiencias sensoriales y corporales. Estos esquemas determinarían en cierto modo cómo el individuo percibe la realidad y, por lo tanto, la forma en que registra, reconoce e interpreta la emoción generada por un evento concreto.

Una vez la emoción queda registrada, ha de ser experimentada y sentida para poder ser debidamente procesada. Saber cómo nos sentimos, ser conscientes de la emoción que experimentamos, nos ayudará a la hora de interpretar e informar acerca de la situación inmediata, a tomar decisiones acerca de qué hacer después y, en caso necesario, a saber qué hacer para modificar la emoción que sentimos (Barret et al., 2001). Cuanta mayor sea la capacidad para diferenciar y experimentar una emoción, mayor será la capacidad de manejo emocional del individuo, y más fácil resultará el correcto procesamiento emocional (Gohm y Clore, 2002). Una vez experimentada, para poder concluir el ciclo del procesamiento emocional, la emoción en concreto ha de ser expresada. Esta expresión radica en qué hace el individuo con esa experiencia emocional previa, qué salida le da. La expresión de la emoción puede tomar muchas

formas y matices, pero su último fin siempre será dar salida a todos aquellos estados emocionales internos que el individuo tiene, poniendo así fin al procesamiento de la emoción. Por último, la teoría del procesamiento emocional plantea como elemento clave el control y la regulación emocional, que según Baker y colaboradores (2007; 2010; 2012) es parte de un desarrollo infantil saludable, y puede ocurrir en cualquier etapa del continuo del procesamiento emocional descrito en la Figura 8.

Sin embargo, a veces las emociones son tan intensas o peligrosas, las situaciones tan complejas, o los recursos y estrategias tan ineficaces, que el proceso emocional se queda bloqueado en alguna fase, y la emoción no es debidamente procesada, quedando almacenada en el cuerpo (Baker, 2001; Baker et al., 2007; 2010; Kealy, Ogodniczuk, y Howell-Jones, 2011). Este bloqueo ocurriría por el uso inadecuado de ciertas estrategias emocionales, así como por un fallo en la regulación de las emociones. Baker y colaboradores (2007; 2010; 2012) definen cinco estrategias emocionales que bloquearían e impedirían un correcto procesamiento emocional: la supresión, la evitación, las emociones no procesadas, la pobre experiencia emocional y las emociones no reguladas. Estas estrategias son consideradas negativas, ya que impedirían el correcto procesamiento y absorción de la emoción percibida, podrían estar en la base de la aparición de la sintomatología somática. Impidiendo un correcto manejo y expresión emocional, las dificultades en el procesamiento de las emociones facilitarían la expresión alternativa de esta por vía corporal o somática. Según Baker y colaboradores (2007), estas estrategias pueden, al mismo tiempo, clasificarse en tres grandes categorías superiores: dificultades en la experiencia emocional (pobre experiencia emocional), dificultades en el procesamiento de las emociones (emociones no procesadas) y dificultades en el control de las emociones (supresión, evitación, y emociones no reguladas).

Asimismo, cada una de estas estrategias estaría unida a una fase concreta dentro del modelo de procesamiento emocional. La supresión y la evitación impedirían un correcto registro emocional. Ambas hacen referencia a los esfuerzos por contener la experiencia y la expresión de las emociones. La experiencia de emociones intensas puede resultar abrumadora para algunas personas, que la perciben como peligrosa y por eso la suprimen o la evitan (Kealy et al., 2011). Por lo tanto, estas emociones se quedan atrapadas dentro del individuo, que intenta no sentir las, y mucho menos transmitir las.

Sin embargo, ambos mecanismos permiten al individuo sentir, momentáneamente, un alivio del sentimiento de disforia, pero es un alivio ilusorio, ya que los estudios de regulación emocional sugieren que restringir la experiencia emocional solamente retrasa su aparición, a la vez que conlleva otras dificultades psicológicas y problemas de salud como es el caso de la expresión somática de afectos y emociones (Edelstein y Gillath, 2008; Koole, 2009; Lumley, 2004; Luyten et al., 2012). Las emociones no procesadas no dejarían experimentar la emoción. Este mecanismo se refiere a la persistencia de emociones intrusivas, y sentimientos negativos que atormentan al individuo repetidamente. Una pobre experiencia emocional obstaculizaría la correcta expresión de las emociones y, por último, la falta de control emocional haría referencia a la desregulación de las emociones, que sería una dificultad añadida en todo el proceso (Baker, 2012).

Cuando estas estrategias negativas dificultan el procesamiento emocional, llegando a bloquearlo, la emoción se queda dentro del cuerpo del individuo, sin que éste pueda darle una salida. Ante esta situación, y ante la imposibilidad de ser expresado emocionalmente, el estrés almacenado en el cuerpo puede ser manifestado mediante síntomas físicos o somáticos (Aldao, 2013; Baker et al., 2007; Coughlin Della Selva, 2006; Gross, 2002; Lumley, 2004; Rachman, 1980; Rieffe et al., 2009). Dicho de otra manera, si las perturbaciones emocionales no son debidamente absorbidas, aparecerán señales que mostrarán que la emoción no ha sido debidamente procesada. Estas señales de un procesamiento inadecuado, pueden en ocasiones ser conceptualizadas como síntomas de diversos trastornos psicológicos, incluida la somatización, cuando se manifiestan como síntomas físicos sin que se encuentre para éstos una causa orgánica (Baker et al., 2004; 2010; 2012; Baker, Gale, Abbey y Thomas, 2013; Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, y Alvarez-Conrad, 2002; Foa, Huppert, y Cahill, 2006; Rachman, 2001; Rauch y Foa, 2006).

### 2.2.2. La regulación emocional como puente entre la experiencia y la expresión de las emociones.

La mayoría de estudios realizados sobre estrategias emocionales realizados hasta la fecha se han centrado en la parte más relacionada con el control de la experiencia y de la expresión emocional, que como bien afirma Baker (2012), es central en el

procesamiento de las emociones, y condiciona el paso de la experiencia emocional a la expresión emocional.

Este control se ejerce principalmente mediante la regulación de la experiencia y de la respuesta emocional. En este contexto, la regulación emocional se entiende como la habilidad de monitorizar y modular las reacciones emocionales (Gratz y Roemer, 2004; Gross y Thompson, 2007); como el conjunto de procesos en los que la gente consciente o inconscientemente se ve envuelta para redirigir el flujo espontáneo de cualquier estado que implique carga emocional (Koole, 2009). La regulación emocional también se ha definido como las estrategias o “procesos de iniciación, evitación, inhibición, mantenimiento o modulación de la ocurrencia, forma o duración de estados emocionales internos y procesos atencionales, psicológicos o motivacionales relacionados con la emoción” (Eisenberg y Spinard, 2004, p.338).

La manera en la que regulamos nuestras emociones es esencial, ya que nuestro bienestar físico y psicológico está unido a ellas (Gross, 2002; Silva, 2005). Concretamente, en lo que se refiere a regular emociones negativas, Roth, Assor, Niemiec, Ryan, y Deci (2009) y Ryan, Deci, Grolnick, y la Guardia (2006) han propuesto una distinción entre tres estilos de regulación que explicarían los diferentes estilos de funcionamiento emocional entre las personas: el estilo *integrativo*, el estilo *controlador* y el estilo *desregulado*.

En la regulación integrativa, las personas son capaces de experimentar emociones negativas como paso necesario para la absorción y el procesamiento de las mismas. Las ven como una importante fuente de información, y es por ello que intentan comprenderlas y conocer sus fuentes. La regulación emocional integrativa por lo tanto, se define como la habilidad de experimentar emociones negativas, explorar sus orígenes, y usar esta exploración como regulación voluntaria y adaptativa del comportamiento (Roth et al., 2014).

En la regulación controladora, las personas intentan ignorar, esconder y suprimir de manera consistente y rígida las emociones negativas, ya que las perciben como amenazantes y peligrosas. Como se ha mencionado anteriormente, ejercer un control excesivo sobre las emociones que percibimos y sentimos puede resultar

contraproducente, y al final este tipo de estrategias dificultarían la regulación de las emociones negativas, así como su procesamiento. Aunque la supresión de las emociones puede tener un beneficio a corto plazo, y posibilita el funcionamiento bajo condiciones de alto estrés, a la larga dificulta, llegando a impedir, la capacidad de afrontar y manejar de forma efectiva las emociones negativas intensas, que son parte y se dan en muchas relaciones cercanas (Roth y Assor, 2012). Cuando esto ocurre, la emoción queda estancada, y el sistema físico y psicológico dañado.

Por último, en la condición de desregulación, las personas son incapaces de manejar sus emociones negativas ni de expresarlas ni de reprimirlas, y por lo tanto se sienten desbordadas, bloqueadas e incapaces de funcionar de manera efectiva. Mientras que en la regulación integrativa los individuos hacen uso de estrategias que, como el propio nombre indica, integran la emoción, permitiendo su correcta absorción; y mientras que en la regulación controladora, las personas muestran una excesiva rigidez emocional, que no les permite tomar contacto con ellas; en el caso de la desregulación, supone un manejo inexistente de las emociones. Este tipo de regulación se considera la más desadaptativa, al ser la más invalidante, ya que la emoción sobrepasa al individuo, y éste es incapaz de ejercer ningún tipo de control sobre la misma.

Gross (1998; 2002), en un intento de aunar el número ilimitado de estrategias de regulación emocional y basándose en el estudio de la regulación emocional iniciado por Gaensbauer en 1982, identificó dos formas principales de regular las emociones: la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva.

La reevaluación se refiere a un afrontamiento emocional basado en el antecedente, en la situación o contexto en el que se genera la emoción; mientras que la supresión se basa en la respuesta emocional del individuo. La primera de ellas hace referencia a cambios cognitivos en la manera de interpretar y construir la situación, con el fin de disminuir el impacto emocional que ésta provoca y, en consecuencia, la respuesta emocional. Se considera una estrategia focalizada en el antecedente ya que su fin es cambiar el efecto que la situación tiene en la generación de la emoción modificando la interpretación de la misma, y podría compararse con una forma integrativa de regular las emociones. Por el contrario, la segunda implica el inhibir de comportamientos que expresen la emoción en curso y, por lo tanto, los cambios se dan



directamente en la expresión emocional, de ahí que se considere focalizada en la respuesta (Gross y Levenson, 1997; John y Gross, 2004; Lazarus y Alfert, 1962). El inhibir de la respuesta emocional, relaciona la supresión expresiva con una regulación controladora.

Gross y Barret (2011) distinguen diferentes etapas en el proceso de generación de la emoción y explican que la emoción puede ser regulada en cinco puntos del proceso. Como puede verse en la Figura 9, el proceso de generación de las emociones comienza con una situación concreta, la cual es percibida, y evaluada para poder así responder ante ella. La reevaluación cognitiva, focalizada en el antecedente, englobaría las estrategias de *selección situacional*, *modificación de la situación*, *despliegue atencional* y *cambio cognitivo*.

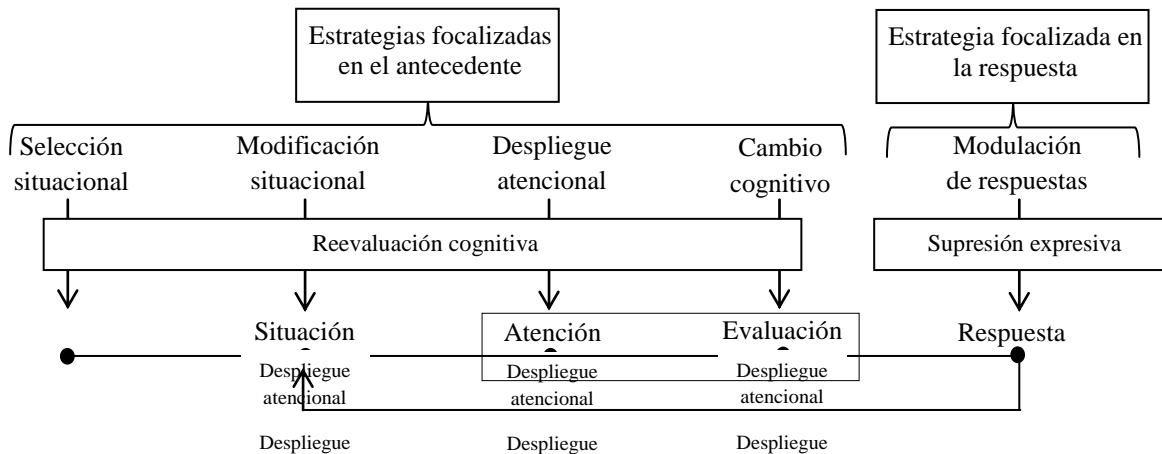


Figura 9. Proceso de regulación emocional según el modelo de regulación emocional de Gross (Gross y Barret, 2011)

La *selección situacional* consiste en acercarse o en evitar a ciertas personas, situaciones o cosas que nos provocan emociones concretas como el modo de regular las mimas. Por el contrario, la *modificación de la situación*, confiere una manipulación del contexto en el que surge la emoción para incidir en su impacto emocional. El *despliegue atencional* regula la emoción focalizando la atención de manera selectiva en ciertos aspectos de la situación. Por último, el *cambio cognitivo* es la estrategia de regulación emocional que permite otorgar un significado emocional u otro a la situación que acompaña a la emoción. El significado personal que el individuo asigna a cada situación es crucial para el funcionamiento emocional, ya que ejerce una poderosa influencia en las tendencias de respuesta que se generarán para esa particular situación. Dependiendo

de si el significado otorgado a la situación es positivo o negativo, así será la respuesta ante dicha situación. Por otro lado y volviendo a la Figura 9, la supresión expresiva, focalizada en la respuesta, engloba la estrategia de *modulación de respuestas*, que se refiere a los intentos de regular la emoción modificando e tendencias de respuestas una vez éstas han sido elicitadas.

Debido a que la reevaluación ocurre antes en el proceso de generación de la emoción, se considera que es posible que pueda llegar a cambiar la secuencia emocional completa antes de que las tendencias de respuesta emocional hayan sido completamente generadas. Por lo tanto, inhibe e interviene en la emoción negativa antes de que las respuestas experienciales, conductuales o fisiológicas sean generadas. Sin embargo, mediante la supresión, al darse más tarde en el proceso de generación emocional, la expresión conductual de una emoción negativa puede ser satisfactoriamente modificada, pero no ayuda a reducir la experiencia de dicha emoción negativa, que sigue acumulándose en un estado no resuelto. Esta situación conlleva un aumento de las respuestas fisiológicas y de los recursos cognitivos, debido al esfuerzo por inhibir la expresión de la emoción en curso (Aldao, 2013; Aldao et al., 2010; Gross, 2002; Gross y Levenson, 1997; John y Gross, 2004; San Miguel, 2008; Szczygieł, Buczny, y Bazińska, 2012).

El uso crónico de estas estrategias tendría diferentes consecuencias a nivel personal. Se cree que la reevaluación es, a la larga, más adaptativa. Por el contrario, la supresión, se considera más desadaptativa que la anterior (Fredrickson, 2004; Gross, 2003; John y Gross, 2004). Los individuos que usan la reevaluación, tienden a expresar más sus emociones y, por lo tanto, mantienen una menor distancia interpersonal, mientras que el uso abusivo de la supresión como estrategia de regulación emocional está asociado a un bajo apoyo social, y a una menor cercanía con los otros (Gross, 2003; Koole, Webb, y Sheeran, 2015; Moyal, Cohen, Henike, y Anhotl, 2015). En cuanto a la salud física y el bienestar subjetivo, la reevaluación se relaciona de manera positiva con ambos constructos, mejorando tanto la salud como el bienestar del individuo; mientras que la supresión se asocia negativamente con ambos constructos (Aldao, 2013; Carl, Soskin, Kerns, y Barlow, 2015; John y Gross, 2004). Además, la supresión de una emoción puede crear en el individuo una sensación de discrepancia entre la experiencia interna y externa, que a su vez se relaciona con sentimientos negativos sobre uno mismo

y los demás, y con un comportamiento interpersonal caracterizado por la evitación (John y Gross, 2004).

Pero existen, a día de hoy, más clasificaciones de las estrategias de regulación emocional. Otro autores, como Mauss, Bunge, y Gross (2007) clasifican las estrategias de regulación emocional atendiendo a si son procesos automáticos o controlados; otros de acuerdo a sus objetivos o funciones (Koole et al., 2015). Como concluye Zawadzki (2015) en una reciente revisión, a día de hoy no hay un claro consenso en cuanto a la clasificación de estrategias de regulación emocional.

#### 2.2.2.1. El afrontamiento como estrategia de regulación emocional

En la bibliografía sobre manejo de emociones, la regulación de las emociones, entendida como el conjunto de estrategias que nos ayudan a afrontar las emociones que sentimos, es muchas veces comparada con los procesos de afrontamiento emocional, que resaltan el valor de los pensamientos y cogniciones a la hora de hacer frente a las emociones que sentimos. Desde esta perspectiva nace la regulación emocional cognitiva (Garnefski y Kraaij, 2007). El modelo de la regulación emocional cognitiva, entendería el afrontamiento en sí mismo como una estrategia de regulación emocional, ya que tiene la capacidad de aumentar, disminuir o controlar la experiencia emocional. Hace hincapié en el papel de la evaluación cognitiva a la hora de dar forma a la respuesta emocional que el estímulo estresor generaba en el individuo, como indican numerosas investigaciones, que afirman que los estilos de afrontamiento están fuertemente ligados a la regulación emocional (Folkman y Moskowitz, 2004; Garnefski y Kraaij, 2007; Garnefski, Kraaij, y Spinhoven, 2001; Garnefski, van den Kommer et al., 2002). La evaluación cognitiva que comprende este modelo, es de vital importancia a la hora de entender los trastornos de síntomas somáticos, tal y como se explicada en el anterior capítulo. Es por ello que la teoría de Garnefski y su modelo de regulación emocional cognitiva resulta de gran interés en el presente trabajo, al combinar dos grandes constructos explicativos de los síntomas somáticos: la emoción y la cognición.

La regulación emocional cognitiva se refiere al proceso consciente y cognitivo de afrontamiento de las emociones (Garnefski y Kraaij, 2007; Garnefski, van den Kommer et al., 2002; Thompson, 1994). La regulación emocional por medio de

cogniciones o pensamientos ayuda al individuo a mantener un control emocional tras haber experimentado una situación estresante o amenazante (Garnefski et al., 2001; Garnefski, van den Kommer et al., 2002). Por ejemplo, cuando experimentamos un acontecimiento vital negativo, es muy probable que tengamos pensamientos de autculabilidad, o igual de probable es que culpemos a otros. Es posible que nos obcequemos en nuestros pensamientos, cayendo en la rumiación o, por el contrario, podemos intentar aceptarlos y reevaluar la situación de manera más positiva.

Garnefski y Kraaik (2007), paralelamente a la clasificación realizada por Gross, identificaron una serie de estrategias de regulación cognitiva que dividieron en dos grandes grupos: las estrategias positivas, aquellas que disminuían y regulaban la magnitud de las emociones negativas facilitando una expresión adaptativa; y las negativas, entendidas como las estrategias que no solo no conseguían disminuir la emoción negativa, sino que su uso aumentaba el efecto adverso de ésta en el individuo, impidiendo así su regulación y su posterior procesamiento. Entre las estrategias positivas, destacan aquellas que facilitan la reevaluación de la situación (concepto muy similar a la *reevaluación cognitiva* propuesta por el modelo de regulación emocional de Gross) y la resolución de problemas. Ambas han sido ampliamente estudiadas como factores protectores contra el desarrollo de trastornos psicopatológicos (Aldao, 2013; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012).

La reevaluación implica generar interpretaciones benignas o positivas acerca de la situación estresante para poder así reducir la angustia que genera, y se perfila como una estrategia que resulta en respuestas positivas tanto emocionales como físicas ante estímulos emocionales, aunque estos sean negativos (Gross, 1998). Las teorías cognitivas, que han dedicado mucho tiempo al estudio de estas estrategias, entienden que una evaluación desadaptativa de la situación influye en el manejo igualmente desadaptativo de las emociones y es la clave en el desarrollo de trastornos psicopatológicos como es el caso de la somatización (Beck, 1991; Beck y Clark, 1997; Salkovskis, 1998). La resolución de problemas por su parte, tiene efectos beneficiosos en las emociones mediante la eliminación de los estresores. Un funcionamiento emocional bajo en habilidades de resolución de problemas se ha asociado a trastornos somáticos (Van Boven y Espelage, 2006), así como a síntomas que altamente correlacionan con este trastorno como con los depresivos (Billings y Moos, 1981;

D’Zurilla, Chang, Nottingham, y Faccinni, 1998), y ansiosos (Chang, Downey, y Salata, 2004; Kant, D’Zurilla, y Maydeu-Olivares, 1997).

En lo que a estrategias negativas respecta, destaca la rumiación, que se define como la tendencia a focalizarse de manera repetitiva en la experiencia de la emoción negativa, así como en sus causas y consecuencias, y ha sido una de las más estudiadas (Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008; Trapnell y Campbell, 1999; Watkins, 2008). Aunque las personas defienden que la rumiación les permite entender las causas del estrés percibido, estudios experimentales demuestran que la rumiación aumenta el estado de ánimo y los pensamientos negativos, que interfiere y dificulta la capacidad de solucionar los problemas, y disminuye el apoyo social (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Lyubomirsky y Tkach, 2004; Papageorgiou y Wells, 2003).

Existen por lo tanto estrategias de regulación adaptativas que controlarían y regularían la intensidad de la emoción, permitiendo su experiencia y por lo tanto su adecuada expresión; y por otro lado, estrategias negativas que bloquearían el proceso emocional, impidiendo que la emoción sea debidamente procesada en alguno de sus puntos. Las diferentes estrategias de regulación emocional, y su uso, han demostrado actuar como factores de riesgo o, por el contrario, de protección ante determinadas psicopatologías (Aldao et al., 2010; Silva, 2005).

### 2.2.3. La relación entre las estrategias emocionales y el malestar físico y psicológico

Como se ha comentado anteriormente, cuando las estrategias que empleamos para afrontar las emociones, lejos de ser adaptativas, no facilitan ni el procesamiento ni la expresión de éstas, el bienestar pierde su equilibrio. Varios estudios han identificado que aquellas estrategias que reprimen la expresión emocional, o aquellas que dificultan una adecuada experiencia de las emociones, no hacen sino favorecer el malestar a largo plazo. Sin embargo, hay estudios que señalan que la funcionalidad de la estrategia empleada con el fin de aumentar, disminuir o controlar una emoción, dependerá, no tanto de la estrategia en sí, sino del estímulo emocional involucrado, así como de la propia persona y sus características, ya que es a raíz de la evaluación y percepción emocional individual de un estímulo concreto que se desencadenan las emociones (John

y Gross, 2004; Pulgar et al., 2012; Zawadski, 2015). Por lo tanto no sería correcto suponer que una misma estrategia resultará igualmente efectiva frente a diferentes estímulos emocionales. Las emociones negativas necesitan ser reguladas, pero hay tantas formas de regular las emociones, que es difícil saber con claridad qué estrategias funcionan mejor y cuándo es necesario ponerlas en práctica (Gross, 2002). Hay muchos factores que influyen en la respuesta emocional y, por lo tanto, una misma estrategia puede tener consecuencias muy diferentes depende del momento en la que se use.

En esta línea, varias investigaciones han señalado que ninguna estrategia es por sí misma positiva o negativa, y señalan la frecuencia o rigidez con que estas estrategias se utilizan, así como su ineficacia a la hora de regular la emoción, como los factores que acaban por convertirlas en un problema (Estévez, Ramos-Tejedo, y Salguero, 2015). En esta línea, algunos estudios recientes han mostrado que es la presencia de estrategias desadaptativas o ineficaces, y no tanto la ausencia de estrategias adaptativas o eficaces la que se asocia con más problemas emocionales (Aldao et al., 2010; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Zawadski, 2015).

Estudios más recientes, también han asociado el uso de estrategias emocionales positivas y adaptativas a resultados saludables tanto físicos (Arran, Craufurd, y Simpson, 2014; Pulgar et al., 2012) como psicológicos (Aldao et al., 2010; Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Gross, 2003), así como a mejores relaciones interpersonales (Eisenberg, Fabes, Guthrie, y Reiser, 2000). Por el contrario, dificultades en el procesamiento y regulación emocional se asocian a trastornos mentales y psicopatologías específicas, sobre todo aquellas relacionadas con síntomas somáticos, y síntomas ansiosos y depresivos, como se ha podido ver a lo largo de este capítulo (Bathia y Tandon, 2005; Baker, 2012; Charmandari et al., 2005; Compas et al., 2006; Costello et al., 2002; Koh, 2013; Jellesma et al., 2008; Montoya et al, 2006; Pérez et al., 2015; Van der Leeuw et. al., 2014; Waller y Scheidt, 2006). La literatura deja en evidencia que el excesivo control o la excesiva represión de experiencias emocionales desagradables, para eliminar un malestar a corto plazo, puede tener consecuencias peligrosas para el individuo (Abascal y Palmero, 1999). Más de la mitad de los trastornos del Eje I no relacionados con el consumo de sustancias, y todos los trastornos del Eje II del DSM-IV-TR se relacionan con el control emocional (APA, 2002). Entre los más destacados se encuentran los trastornos del estado de ánimo como la depresión

o la ansiedad, los trastornos de personalidad y los trastornos de somatización (Baker et al., 2007; 2010; 2013; Campbell-Sills y Barlow, 2007; Coughlin Della Selva, 2006; Mennin, Holoway, Fresco, Moore, y Heimberg, 2007). Elklit y Brink (2003) encontraron que la tendencia a experimentar emociones negativas y sentimientos de incompetencia relacionados con la incapacidad de afrontar el estrés, explicaban un 42% de la varianza en somatización, en población que reportaba haber sufrido algún tipo de trauma en la infancia.

Las estrategias de funcionamiento emocional que a lo largo de la bibliografía han demostrado actuar como factores de riesgo para trastornos somáticos y psicopatologías relacionadas como la depresión o la ansiedad han sido la supresión, la evitación y la rumiación (Aldao et al., 2010; John y Gross, 2004; Williams y Evans, 2014; Zawadzki, 2015).

Los déficits en el control emocional, que como indica la teoría de procesamiento emocional de Baker (2012), son principalmente causados por una evitación, supresión o desregulación de las emociones y su experiencia, son una de las principales causas de malestar físico y psicológico. La evitación y la supresión, por ejemplo, se han asociado a menudo con síntomas depresivos (Beevers y Meyer, 2004; Kashdan y Breen, 2008), y con problemas comportamentales en la adolescencia, especialmente entre las mujeres y más comúnmente de tipo internalizante, como los trastornos somáticos y ansioso depresivos hasta ahora mencionados (Cooper, Wood, Orcutt, y Albino, 2003). La evitación, así como la supresión de experiencias emocionales, y de los pensamientos y cogniciones que de ellas se derivan, puede proporcionar al individuo un alivio temporal, pero paradójicamente, esa evitación emocional tiene la capacidad de aumentar la reexperimentación de los síntomas que acompañan a la emoción evitada, que generalmente suele ser negativa e intensa (Beck, Gudmundsdottir, Palyo, Miller, y Grant, 2006).

Varios estudios llevados a cabo por Baker y su equipo de profesionales en el Dorset Health Care Institute (Baker et al., 2004, 2012, 2013; Kwasniewska et al., 2014; Wilkins et al., 2009), han analizado a lo largo de la última década los efectos del déficit en el procesamiento de las emociones en patologías como el síndrome de estrés post traumático (Baker et al., 2013) o los trastornos de pánico (Baker et al., 2004); aunque

también han encontrado que los déficits en el procesamiento emocional se asocian a trastornos somáticos, y trastornos relacionados como la ansiedad y la depresión (Baker et al., 2012; Luminet, Bagby, y Taylor, 2001; Mennin et al, 2007; Rude y McCarthy, 2003), pero dichos estudios no se realizaron con muestra clínica, a diferencia de los anteriormente citados.

En sus diversas investigaciones, Baker y colaboradores (2004) hallaron que aquellas personas que reportaban sufrir ataques de pánico, tendían a suprimir sus experiencias emocionales, y mostraban una mayor dificultad a la hora de identificar sus estados emocionales, o de nombrar emociones, en comparación con el grupo control. De forma similar, la supresión de la respuesta o expresión emocional ha demostrado estar asociada con un incremento de la tasa cardíaca, lo que evidenciaría la relación que existe entre las emociones y los procesos de somatización (Baker et al., 2012; Campbell-Sills y Barlow, 2007). Problemas a la hora de expresar e identificar las emociones también han sido tradicionalmente ligados a patologías médicas como la fibromialgia, el síndrome de intestino irritable, y la aparición y reproducción de células cancerígenas (Brosschot, Gerin, y Thayer, 2006; Kwaśniewska et al., 2014), y otras patologías similares, relacionadas con los procesos somáticos ante la falta de una causa orgánica clara que las explique.

Aun así, y a pesar de la significación estadística y de la evidencia empírica, es necesario seguir investigando en esta línea del procesamiento emocional, para poder obtener datos más generales y que puedan llevar a conclusiones más claras y superar las limitaciones que los mencionados estudios presentan, como el hecho de haberse realizado todos en el mismo contexto y con población similar.

En lo que a la rumiación respecta, muchas veces, en vez de suprimir o evitar una emoción, las personas no podemos evitar focalizarnos repetidamente en la emoción que estamos sintiendo, en sus causas y en sus consecuencias (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Trapnell y Campbell, 1999; Watkins, 2008). Las investigaciones previas han encontrado, como comentábamos brevemente en el apartado anterior, que las personas utilizan más las estrategias de rumiación cuando están bajo condiciones de estrés (Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991; Sontag y Graber, 2010; Verkuil, Brosschot, Meerman, y Thayer, 2010; Zawadzki, Graham, y Gerin, 2013). Cuando los individuos



rumian, aumenta su estado emocional negativo, al no ser capaces de desconectar ni de la situación ni de la sensación negativa generada por la misma (Nolen-Hoeksema, Morrow, y Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema et al., 2007; 2008). Además, la focalización mental en el estrés característica de la rumiación, impide que el individuo pueda concentrarse en tareas de resolución de problemas, aumentando así la tensión emocional (Hong, 2007). Esto puede explicar porque las personas que rumian, muestran un peor procesamiento emocional, y tienen a su vez peores respuestas de afrontamiento (McLaughlin, Brokovec, y Sibrava, 2007; Nolen-Hoeksema et al., 2008; Papageorgiou y Wells, 2003; Ward, Lyubomirsky, Sousa y Nolen-Hoeksema, 2003). El peor funcionamiento emocional con el que los estudios mencionados han relacionado la rumiación, podría justificar la peor salud física y psicológica que las personas que rumian muestran en comparación con aquellas que hacen uso de otras estrategias de funcionamiento emocional (Brosschot et al., 2006; Gerin, Davidson, Christenfeld, Goyal, y Schwartz, 2006; Glynn, Christenfeld, y Gerin, 2007; Smyth y Arigo, 2009). Entre las patologías más estudiadas en relación al uso de la rumiación y la imposibilidad de “desengancharse” de la emoción negativa, y de la situación o evento que la genera, se encuentran la depresión (Hong, 2007; Thomsen, Mehlsen, Christensen, y Zachariae, 2003; Zawadzki et al., 2013), los trastornos de sueño (Thomsen et al., 2003; Zawadzki et al., 2013) y la ansiedad (Davis y Nolen-Hoeksema, 2000). En un segundo lugar, por la menor atención recibida, se encuentran los trastornos por síntomas somáticos. Aunque son escasos, los estudios realizados al respecto proponen seguir investigando esta relación, debido a la significación de los resultados obtenidos (Leigh y Bailey, 2013; Lohaus et al., 2013; Verkuil et al., 2011).

Garnefski y colaboradores estudiaron además, otras estrategias de regulación emocional (Garnefski, Koopman, Kraaij y Ten Cate, 2009; Garnefski y Kraaij, 2007). Llevaron a cabo en la pasada década varios estudios que analizaban como el uso de estrategias de regulación emocional cognitiva positivas y negativas influían en la salud física y psicológica de la personas. Estudiaron los efectos que la rumiación, el catastrofismo, el culpar a otros, la aceptación, la reevaluación positiva, el poner en perspectiva, la focalización positiva y la planificación tenían sobre la depresión, a través de cinco muestras diferentes (adolescencia temprana, adolescencia tardía, población adulta general, tercera edad y población psiquiátrica). Los resultados que encontraron,

mostraban que únicamente las estrategias de rumiación y catastrofismo se relacionaban con la depresión de manera consistente y significativa. Entre la población adolescente, tanto la rumiación como el catastrofismo, mostraron relación directa con problemas internalizantes, como es el caso de la somatización, y únicamente la rumiación se asociaba con la calidad de vida (Aldao et al., 2010; Garnefski et al., 2009).

Como ha podido observarse a lo largo del apartado, la rumiación es sin duda la estrategia de regulación emocional que más atención ha recibido en los estudios realizados hasta la fecha. Sin embargo, el resto de estrategias de regulación emocional no han sido concurrentemente examinadas, y el impacto que pudieran tener en la salud física o psicológica del individuo no es aun concluyente, aunque los estudios indican que las estrategias desadaptativas, predicen de manera independiente una mayor puntuación en índices psicopatológicos (Berenbaum, Raghavan, Vernon, y Gomez, 2003; Greenberg, 2002; Berking y Wupperman, 2012; Kring y Bachorowski, 1999; Mennin y Farach, 2007) entre los que se encuentran los trastornos de síntomas somáticos (Berking y Wupperman, 2012; Leigh y Bailey, 2013; Verkuil et al., 2011).

En cambio, las estrategias de regulación positivas o adaptativas no parecen relacionarse con la aparición de síntomas patológicos físicos, pero si con un mejor funcionamiento psicológico y emocional (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012; Zawadski, 2015). Sin embargo, existe controversia en este punto, ya que modelos teóricos como el de Gross, asocian una regulación emocional satisfactoria y adaptativa con una mejor salud (Brackett y Salovey, 2006; John y Gross, 2004). Asimismo, tres estrategias de regulación emocional que han sido vistas, desde un marco teórico, como protectoras ante el desarrollo de psicopatología, han sido la reevaluación, la resolución de problemas y la aceptación (Aldao et al., 2010; Berking y Wupperman, 2012). Hong (2007) atribuye cambios favorables en síntomas de depresión al uso de estas tres estrategias de regulación emocional adaptativas. Aldao y colaboradores (2010, 2012) concluyen que en general las estrategias desadaptativas que impiden una correcta regulación emocional están más fuertemente ligadas a la psicopatología que aquellas estrategias adaptativas. Esto, puede indicar que la presencia de estrategias de regulación emocional desadaptativas es más perjudicial que la ausencia de estrategias positivas o adaptativas (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Zelazo y Cunningham, 2007).

En resumen, a veces, las emociones y, sobre todo, la manera en la que respondemos a ellas pueden ser destructivas, y otras veces, pueden ayudarnos. El reto es encontrar la manera de controlar y manejar las emociones para poder sacar partido de ellas, mientras que reducimos al máximo los aspectos destructivos, y aprendemos a manejarlas para poder absorberlas y expresarlas, ya que si no encontramos la manera de regularlas de forma que podamos retener sus características beneficiosas y limitar los aspectos desadaptativos de las mismas, pueden volverse en nuestra contra (John y Gross, 2004), facilitando que a la larga el cuerpo, contenedor de las emociones estancadas y no procesadas, las exprese por la vía somática.

#### 2.2.4. Cómo evaluar las estrategias emocionales

Hoy en día, y tras el auge que en las últimas décadas ha tenido el estudio sobre las emociones y la manera de enfrentarnos y lidiar con ellas, existen muchos y diferentes instrumentos de evaluación emocional específicos, para medir aspectos del manejo y del procesamiento de las emociones como son el control emocional (Watson y Greer, 1983), la conciencia emocional (Lane, Quinlan, Schwartz, Walker, y Zeitlin, 1990), o la experiencia emocional, y su opuesto, la alexitimia (Bagby, Parker, y Taylor, 1994; Bagby, Taylor, y Parker, 1994), que haría referencia a la incapacidad de experimentar y percibir emociones.

Las emociones y la manera de enfrentarnos a ellas, se evalúan principalmente observando o midiendo el uso de estrategias emocionales específicas. El manejo emocional implica diferentes sistemas y puede darse a diferentes niveles (Adrian et al., 2011; Thompson, 1994) como hemos visto a lo largo del presente capítulo. Debido a esta diversidad de sistemas, es difícil encontrar un método de evaluación óptimo que recoja las diferentes estrategias de manejo emocional en todos sus aspectos (Cole, Martin, y Dennis, 2004; Langlois, 2004).

En el caso de las estrategias de procesamiento y de regulación emocional, las herramientas utilizadas para su evaluación han sido principalmente de cuatro tipos: autoinformes, informes de terceras persona (padres, profesores o amigos), observacionales, e indicadores fisiológicos (para una revisión más extensa consultar Adrian et al., 2011; Morris, Robinson, y Eisenberg, 2006). Los cuestionarios de

autoinformes suelen ser el método más usado en investigación en psicología, debido a su practicidad (Adrian et al., 2011; Durbin, 2010). Aunque muchas veces han sido criticados por el sesgo que suponen, y los informes de terceras personas se consideran más válidos y fiables, estos últimos también han revelado sesgos que afectan a la evaluación del constructo (Fergusson, Lynskey, y Horwood, 1993). Por otro lado, los métodos observacionales, son muchas veces considerados los de mayor idoneidad en estudios del desarrollo de las emociones (Campbell-Sills y Barlow, 2007). La comunicación no verbal, como gestos corporales, el tono de voz y las expresiones faciales, ofrece mucha información acerca de los procesos. Sin embargo, la complicación que implica codificar estas conductas, y la dificultad de llevarlos a cabo imposibilitan su uso en investigación (Saarni, 1984).

En la Tabla 8 se muestran algunos de los cuestionarios de autoinforme, las entrevistas y los informes de terceros más utilizados en la bibliografía revisada a la hora de medir los diferentes aspectos del procesamiento y la regulación emocional en adolescentes y jóvenes adultos. Pero estos instrumentos han sido ampliamente criticados por adoptar una visión relativamente cerrada en lo que respecta a los procesos afectivos y emocionales explicados en el anterior apartado (Baker et al., 2007; 2012). Hoy en día existen múltiples pruebas, entrevistas y autoinformes que evalúan cómo manejamos nuestro mundo emocional, cada una desde su propio modelo teórico y con su propia definición de lo que implica el manejo de las emociones (Adrian et al., 2011; Baker et al., 2007). Esto supone una gran dificultad, y obstaculiza el poder hacer comparaciones entre los diferentes estudios. Como afirman Larsen y Prizmic-Larsen (2006) “los investigadores que estudian las emociones necesitan tener claro y ser conscientes de que los constructos jamás podrán ser puramente medidos (...), y que son los propios métodos que utilizamos para medirlos los que le dan al constructo su significado teórico” (p. 342).

Baker et al. (2004) señalan que existe un vacío a la hora de medir el conjunto del proceso desde que el individuo percibe la emoción hasta que la expresa, y argumentan que las medidas existentes tan solo se focalizan en una fase del continuo que Baker y

Tabla 8. Instrumentos más utilizados para medir el funcionamiento emocional en adolescentes y jóvenes adultos (extraído y adaptado de Adrian et al., 2011).

Nombre Instrumento	Autores (año)	Construceto a medir	Ítems	Formato
Autoinforme, cuestionarios				
ASRE (Affective self-regulatory efficacy)	Bandura et al. (2003)	Percepción de eficacia en la regulación de emociones positivas y negativas	14	2 subescalas: Eficacia percibida para manejar el afecto positivo y el negativo
EPS-25 (Emotional processing scale)	Baker et al (2007)	Procesamiento emocional	25	5 subescalas: supresión, evitación, emociones no procesadas, emociones no reguladas, experiencia emocional empobrecida.
IVA (Inventario de valoración y afrontamiento)	Cano-Vindel y Miguel-Tobal (1992)	Estrategias de afrontamiento		4 subescalas de afrontamiento: cognitivo dirigido a modificar la situación o la emoción; conductual dirigido a modificar la situación o la emoción
Hostile Rumination Scale	Caprara (1986); Dhariwal et al. (2009)	Inhibición de la rumiación	20	Una sola escala
NMR (Negative Mood Regulation)	Catanzaro y Mearns (1990)	Regulación emocional	30	3 subescalas: general, cognitiva y conductual.
RSQ (Responses to Stress Questionnaire)	Connor-Smith et al. (2000)	Estrategias de afrontamiento emocional	57	Codifica categorías: control primario y secundario, desapego, apego involuntario, apego involuntario,
CERQ (Cognitive emotion regulation questionnaire)	Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001)	Aproximaciones cognitivas para controlar emociones	36	9 subescalas: 4 evalúan estrategias de regulación negativas y 5 positivas
EIS-R (Emotional Intensity Scale-Reduced)	Geuens y De Pelsmacker (2002)	Intensidad emocional	17	2 subescalas: Intensidad Emocional Positiva; Intensidad Emocional Negativa
DEERS (Difficulties with Emotion Regulation Scale)	Gratz y Roemer (2004)	Problemas para manejar emociones negativas	36	6 subescalas: no aceptación, metas, impulsividad, conciencia, estrategias y claridad
ERQ (Emotion Regulation Scale)	Gross y John (2003)	Supresión y reevaluación	10	2 subescalas: supresión expresiva y reevaluación cognitiva
Emotion dysregulation and suppressive regulation	Roth y Assor (2003)	Supresión y desregulación de la ira y el miedo	15	4 subescalas supresión del miedo, desregulación del miedo, supresión de la ira y desregulación de la ira
TMMS (Trait Meta-Mood Scale)	Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, (1995)	Estados emocionales	24	3 subescalas: Atención emocional; Claridad de sentimientos; Reparación emocional
Emotion Regulation Strategies	Schmidt et al. (2010)	Estrategias de regulación emocional	18	6 subescalas: focalización en el problema, supresión, apoyo social, reevaluación positive, distanciamiento, evitación

Tabla 8 (Continuación). Instrumentos más utilizados para medir el funcionamiento emocional en adolescentes y jóvenes adultos (extraído y adaptado de Adrian et al., 2011).

Entrevistas				
PANAS (Positive Affect and Negative Affect Schedules)	Watson, Clark y Tellegen (1988)	Afecto positivo y negativo	2 subescalas de 10 adjetivos cada una	
Structural cognitive interview	Blachard-Fields y Coats (2008)	Regulación emocional ante la tristeza y el enfado	Entrevista semiestructurada que analiza 4 campos: romántico, familiar, grupo iguales, trabajo.	
Social Information processing anger vignettes	De Castro et al. (2005)	Estrategias de regulación emocional	4 viñetas	
Emotion Vignettes	McDowell et al. (2000)	Estrategias de regulación emocional	Entrevista estructurada mediante viñetas.	
ERI/ARI (Emotion/Affect regulation interview)	Zeman y Garber (1996)	Regulación emocional	9 viñetas	Entrevista semiestructurada
Cuestionarios para otros informadores				
California Q-Short	Block y Block (1980)	Temperamento	100 ítems	Cuestionario par apadres. 10 ítems específicos para analizar la regulación emocional
ERC (Emotion regulation Checklist)	Shields y Cicchetti (1997)	Desregulación del afecto negativo	24 ítems	Cuestionario para padres o profesores. 2 subescalas: negatividad y regulación emocional

colaboradores (2010) plantean como procesamiento emocional. Con el fin de llenar este vacío, Baker y colaboradores (2007; 2010) crearon el cuestionario de procesamiento emocional, que para medir las estrategias emocionales en cada paso del proceso emocional, desde la percepción hasta la expresión de la misma. Sin embargo, aún es un instrumento novedoso, y aunque se perfila como una medida válida y fiable para medir las dificultades en el procesamiento de las emociones, englobando todo el proceso desde su percepción y experiencia hasta la expresión emocional, todavía no ha sido validada en la mayoría de países, y su uso está aún muy restringido.

### 2.3. DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN EL USO DE ESTRATEGIAS EMOCIONALES.

Como se ha comentado a lo largo de este capítulo, no solo los elementos situacionales y contextuales influyen a la hora de generar la experiencia y la respuesta emocional, sino que también las características personales del individuo juegan un papel fundamental en dicho proceso, y son estas características las que cobran una mayor importancia en el presente estudio. En los últimos años ha habido un creciente interés en el campo de la psicología por estudiar cómo las personas difieren en la forma en que manejan las emociones, y en cómo esto puede influir en su bienestar psicológico. El poseer o no habilidades de control y afrontamiento emocional influirá en la forma en que procesamos las emociones y, en última instancia, en las estrategias específicas que pongamos en marcha para su correcta regulación (Estévez, Ramos-Tejedo, y Salguero, 2015).

Los individuos desarrollan diferentes formas de manejar las emociones a lo largo de la vida. Como hemos visto hasta ahora, algunas estrategias puede ser positivas y regular la emoción de una manera saludable, mientras que otras no facilitan el procesamiento de la emoción y dificultan su expresión. Un procesamiento o regulación adaptativa es parte de un desarrollo infantil más saludable. John y Gross (2004) apoyan la idea de que estas diferencias individuales en el manejo emocional no son inmutables, ya que han sido adquiridas socialmente y, por lo tanto, son sensibles al desarrollo personal. Pero aunque mucho se ha escrito e investigado acerca del manejo de las emociones y de la experiencia y expresión emocional, las diferencias individuales en

cuanto a funcionamiento y respuesta emocional se refiere sigue aún sin consensuarse (Kang y Shaver, 2004). En el presente estudio se resaltan tres factores que podrían estar influyendo en las diferencias individuales a nivel emocional: la edad, el género y las relaciones tempranas con las figuras cercanas que ofrecen protección y cuidado.

### 2.3.1. Las estrategias emocionales a lo largo del ciclo vital

Varios estudios han demostrado que la edad y, por lo tanto, la etapa del desarrollo, condiciona la manera en la que nos enfrentamos a nuestras emociones (Deater-Deckard, Li, y Bell, 2015; Diamond y Aspinwall, 2003; John y Gross, 2004; Sims y Carstensen, 2014). De acuerdo con estos estudios la forma en la que las personas modulan sus evaluaciones emocionales, así como la activación fisiológica y la expresión de las emociones determinará la frecuencia, la intensidad y la persistencia de las reacciones emocionales, por lo tanto es importante analizar los cambios que se puedan dar en el funcionamiento emocional en las diferentes etapas del ciclo vital.

La mayoría de estudios acerca del funcionamiento emocional se han centrado principalmente en la niñez e infancia temprana, o en la edad adulta. Sin embargo, la adolescencia, así como el inicio de la edad adulta, también son etapas del desarrollo relevantes para el funcionamiento emocional, dónde el comportamiento está altamente influenciado por las emociones. La adolescencia, es un periodo vital donde ocurren rápidos y fundamentales cambios a nivel biológico, cognitivo, social y también emocional (Lerner y Steinberg, 2009; Zimmermann y Iwanski, 2014). Durante esta etapa, muchos acontecimientos diarios van acompañados de intensas emociones negativas, ya sea por relaciones de amistad o relaciones románticas inestables o, por el cambio, y la disminución del apoyo parental percibido, en pos de una ganancia de autonomía, característica fundamental de esta etapa (Chaplin y Aldao, 2013; Kurma, Sharma y Singh, 2014; Neumann, Malec, y Hammond, 2015; Newman et al., 2011; Rousseau, 2014; Tyson, 2000; Waller y Scheidt, 2006; Zimmermann e Iwanski, 2014).

En el caso del inicio de la edad adulta, ésta se considera una etapa similar a la anterior, descrita igualmente por una prolongada inseguridad emocional y por la aparición de nuevas y complicadas tareas unidas al desarrollo (Arnett, 2011; Roisman, Masten, Coastworth, y Tellegen, 2004). Aun así, varios estudios han encontrado diferencias significativas al comparar estos dos grupos de edad en lo que al



funcionamiento emocional se refiere. Por un lado, los conflictos entre progenitores y entre iguales tienden a volverse más emocionales a medida que la adolescencia avanza (Soto, John, Gosling, y Potter, 2011; Zimmermann e Iwaski, 2014); aunque por otro, la variabilidad de emociones negativas se estabiliza con la edad, siendo mayor al comienzo de la adolescencia, que al inicio de la vida adulta (Larson, Moneta, Richards, y Wilson, 2002; Richards, McGee, Williams, Welch, y Hancox, 2010).

En la etapa adolescente, por ejemplo, las evaluaciones cognitivas, las atribuciones, y las evaluaciones de uno mismo y los demás, previas a la experiencia emocional, tienden a ser globales y a estar negativamente sesgadas, mientras que a mayor edad, menor es la influencia de este sesgo negativo (Hoffman, Cole, Martin, Tram, y Seroczynski, 2000; Lanteigne et al., 2014; Mezulis, Abramson, Hyde, y Hankin, 2004). Por otro lado, en esta etapa previa a la edad adulta, los sistemas fisiológicos que subyacen a la activación emocional (por ejemplo, los sistemas nerviosos simpático y parasimpático, o el eje hipotalámico hipofisario adrenal) están sometidos a constantes cambios relacionados con la pubertad (Gunnar, Wewerka, Frenn, Long, y Griggs, 2009; Spear, 2009). Esta hiperactivación fisiológica ante determinados estímulos emocionales, podría sesgar la atribución que el adolescente hace del cambio orgánico, a favor de la creencia del padecimiento de algún tipo de enfermedad médica, lo cual impediría darse cuenta de la emoción subyacente, bloqueándola. Esto explicaría la alta tasa de prevalencia de SSCO en la adolescencia, ante la incapacidad de procesarla emoción debidamente. Sin embargo, a medida que el individuo avanza en la etapa adulta, las reacciones fisiológicas disminuyen, y es más fácil conectar con la emoción que subyace a ciertos cambios corporales.

En España, Márquez-González y colaboradores (2008) llevaron a cabo un estudio emocional en diferentes grupos de edad, y concluyeron que los participantes más jóvenes mostraban una mayor alteración fisiológica ante estímulos emocionales, mayor frecuencia de emociones negativas y una mayor intensidad de la experiencia emocional. También encontraron que en los grupos de edad más avanzados, en comparación con el grupo más joven, el control emocional percibido tendía a ser mayor, así como la estabilidad emocional y la madurez y moderación de las emociones.

Esta última idea respalda la hipótesis de la madurez emocional, según la cual la mayor experiencia acumulada por las personas a lo largo de su vida les proporcionaría una mayor capacidad para ejercer control sobre sus emociones y optimizar su experiencia emocional, evitando las sobrecargas emocionales (Charles y Carstensen, 2007; Gross y Levenson 1997; Mather y Cartensen, 2005; Zimmerman e Iwanski, 2014); y también aporta evidencia a favor de la teoría de la selectividad socioemocional (Charles y Carstensen, 2007; English y Carstensen, 2014; Uzer y Gulgoz, 2015), que defiende una mejora del funcionamiento emocional cuanto mayor es la edad del individuo, argumentando que el envejecimiento se acompaña por un giro motivacional que sitúa la optimización de la experiencia emocional en el primer lugar de la jerarquía de metas, convirtiendo la regulación emocional efectiva en una característica de la edad avanzada (Márquez-González et al., 2008). En esta línea, Soto et al. (2011) afirmaban que es alrededor de los 50 años cuando la personalidad de los individuos comienza a caracterizarse por una estabilidad emocional, un aumento del autocontrol, bajo neuroticismo y mayor conciencia emocional. Asimismo, la bibliografía revisada coincide en resaltar que la estabilidad emocional tiende a ser baja durante la adolescencia, y sigue sin estabilizarse durante la adultez emergente (Zimmermann e Iwanski, 2014). Sin embargo, durante estas etapas los mecanismos de regulación y de control emocional van, paulatinamente, volviéndose más flexibles, a la vez que aumenta la coherencia a la hora de reconocer y entender los sentimientos propios y los de los demás (Saarni, Campos, Camras, y Witherington, 2006; Zimmermann, 2004; Zimmermann e Iwanski, 2014).

Desde una perspectiva general del desarrollo humano, Sameroff (2010) sugiere que la continua mejora en el autocontrol y auto-regulación de las emociones, va paralelamente unida al progresivo descenso en las estrategias externas de regulación, fenómeno que acontece a partir de la adolescencia temprana. Durante la infancia temprana y la niñez, el funcionamiento emocional de los menores está en gran medida condicionado por su entorno social. Los progenitores o cuidadores principales son quienes regulan las habilidades del menor y dan forma a las estrategias de regulación que éste adquiere mediante las interacciones y relaciones tempranas con sus padres o cuidadores. Por lo tanto, en esta primera etapa, la regulación emocional es socializada mediante procesos como las prácticas parentales, el clima emocional familiar y las

relaciones de apego (Chang, Schwartz, Dodge, y Mcbride, 2003; Jabeen, Anis-ul-Haque, y Riaz, 2013).

Como parte del desarrollo socioemocional, a medida que el menor se adentra en la adolescencia, y crece hasta convertirse en adulto, los mecanismos de regulación tienden a volverse cada vez más individuales y menos dependientes del exterior (Gross y Thompson, 2007). En este sentido, Labouvie-Vief, Hakim-Larson, DeVoe, y Schoeberlein (1989) propusieron hace unas décadas un proceso de desarrollo emocional que explicaría este cambio en las estrategias de regulación. Según los autores, la regulación y el control emocional ocurrirían en un principio y durante la infancia a un nivel presistémico, mediante agentes externos; mientras que en la adolescencia y en la adultez temprana la regulación se da a nivel intrasistémico, y está caracterizada por una regulación interna cada vez mayor, aunque sigue siendo dependiente de las reglas y estructuras impuestas desde fuera. Por último, sería en la adultez plena cuando el individuo desarrolla un nivel intersistémico de regulación y control emocional, que le permitirá un control interno que equilibra los afectos irracionales e idiosincráticos (Lavoubie-Vief et al., 1989).

Sin embargo, estas diferencias en las que se basan tanto la hipótesis de la madurez emocional como la teoría de la selectividad socioemocional, apenas son perceptibles durante el periodo que dura la adolescencia (Chang et al., 2003; Gullone, Hughes, King, y Tonge, 2010; Uzer y Gulgoz, 2015). Por otro lado, Silk, Steinberg, y Morris (2003) compararon tres grupos de edad en la adolescencia (temprana, media y tardía) y no encontraron diferencias en el uso de estrategias de regulación emocional. Garnefski y Kraaij (2007), por el contrario, sí que encontraron que los adultos hacían más uso de estrategias de regulación emocional cognitiva en comparación con los adolescentes.

La etapa adolescente y el comienzo de la edad adulta, son por lo tanto puntos importantes de inflexión en el ciclo vital del individuo, en gran parte debido a las fluctuaciones emocionales características de esta etapa. Además es en este momento cuando el funcionamiento emocional comienza a madurar, favoreciendo la autoregulación. Pero a pesar de esta importancia, son escasos los estudios realizados en

población adolescente y joven adulta en comparación aquellos centrados en la infancia o edad adulta.

### 2.3.2. Diferencias de género en el uso de estrategias emocionales

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres a la hora de manejar las emociones que sentimos, hay evidencia a favor de preferencias específicas del género en expresión, regulación y estabilidad emocional, aunque al igual que ocurría con la somatización, éstas no se hacen latentes hasta la niñez tardía o la adolescencia (Aleem, 2005; Chaplin y Aldao, 2013; Hammen y Brennan, 2001; Hankin y Abramson, 2002; Zimmermann e Iwanski, 2014).

Las investigaciones llevadas a cabo en procesamiento emocional, desde la teoría de Baker, indican que los hombres muestran una emocionalidad más restrictiva, y que por lo tanto están menos en contacto con las emociones, en comparación con el grupo de mujeres. Sobre todo se encontraron diferencias significativas en lo referente al control emocional, que abarcaría tanto la supresión, como la evitación o la regulación de las emociones. En este sentido, los hombres tendían a suprimir y evitar más las emociones negativas mientras que las mujeres reportaron una mayor desregulación emocional (Baker et al., 2012; 2010; Kwasnewska et al., 2014). Pero debido a la relativa novedad de esta teoría de procesamiento emocional, y a la escasez de investigaciones al respecto, es necesario llevar a cabo más estudio con el fin de replicar y reforzar las diferencias encontradas hasta la fecha.

Sin embargo, los estudios realizados desde otros marcos dentro del funcionamiento emocional, a lo largo de las últimas décadas, siempre coinciden en señalar que en lo que a expresión emocional se refiere, los hombres difieren de las mujeres (Brody y Hall, 1993; MacGeorge, 2003).

El papel que juega la biología en estas diferencias no está del todo claro. Sin embargo, sí que parece que las diferencias en el funcionamiento emocional de hombres y mujeres están en cierta medida influenciadas por la cultura, que en el caso de la occidental, promueve el desarrollo emocional de las mujeres pero no el de los hombres, sobre todo en lo que a expresión emocional se refiere. En cambio, en lo que a experiencia emocional respecta, varios estudios han encontrado similitudes entre

hombres y mujeres. Por lo tanto estas diferencias aparentemente tan claras y consolidadas, no se darían en todo el espectro del procesamiento emocional, sino únicamente en algunos aspectos (Averill, 1982; Fischer, 2000; Fischer y Manstead, 2000), sobre todo en la expresión (Hutson-Comeaux y Kelly, 2002; Kring y Bachorowski, 1999; Lanzetta, Cartwright-Smith, y Kleck, 1976). En este sentido, existe evidencia que apoya la idea de que los hombres prefieren un acercamiento basado en el problema, que uno basado en la emoción, al contrario que las mujeres, a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes o emociones negativas (Ben-Zur y Zeidner, 1996; Kindlon y Thompson, 2000; Ptacek, Smith, y Dodge, 1994).

Los estudios más actuales sobre diferencias de género en funcionamiento emocional muestran conclusiones similares aunque desde perspectivas dispares. En general podría asumirse que las mujeres muestran una mayor vulnerabilidad emocional que los hombres y generalmente sus puntuaciones en estrategias que conllevan dificultades y problemas emocionales son mayores en comparación con el grupo masculino, aunque estos estudios se basan principalmente en la expresión y la percepción emocional, dejando de lado todo lo que el procesamiento emocional implica, así como las estrategias de regulación, que no han sido tan estudiadas en función del género, sino en su papel en el desarrollo de sintomatología física y psicológica (Adams, Kleck, y Hess, 2015; Hutson-Comeaux y Kelly, 2002). Pero estos autores no coinciden a la hora de analizar estas diferencias. Chaplin (2015) discute como los factores biológicos y de socialización pueden interactuar en el desarrollo de comportamientos de expresión de emoción específicos de cada género durante la adolescencia. En este sentido, varios autores han focalizado sus estudios en los diversos factores biológicos, bioquímicos y hormonales que podrían estar en la base de estas diferencias (Kuehner, 2003; Nusslock y Miller, 2015; Pigott, 1999).

McKeown, Sneddon, y Curran (2015) también consideran las diferencias en la expresión emocional desde una perspectiva evolutiva, defendiendo que estas diferencias comienzan a darse en la infancia tardía e inicio de la adolescencia. Sin embargo, Adams y colaboradores (2015) resaltan la importancia de la información estereotípica y fenotípica y su efecto la percepción del comportamiento emocional de los hombres y las mujeres. Fischer y LaFrance (2015) revisaron la literatura existente sobre las diferencias en expresión emocional entre hombres y mujeres, desde un modelo que considera que el

impacto de la intensidad emocional, así como las normas y los roles sociales aumentan estas diferencias de género. Por último, MacArthur y Shields (2015) argumentan a favor de creencias culturales prevalentes en la sociedad, acerca de expresión emocional normativa respecto a hombres y mujeres, como explicación de las diferencias de género encontradas.

Los datos obtenidos en las diversas investigaciones, muestran que las mujeres tienden a obtener puntuaciones más bajas en estabilidad emocional, y que el uso de estrategias emocionales varía dependiendo del sexo de los participantes: mientras que las mujeres reportan un uso más recurrente de estrategias de rumiación; los hombres se decantan por estrategias como la evitación y la supresión de la experiencia emocional (Aleem, 2005; Blanchard-Fields y Coats, 2008; Silk et al., 2003; Vierhaus, Lohaus, y Ball, 2007). Desde el modelo cognitivo genérico de vulnerabilidad al estrés, se defiende la idea de que las chicas adolescentes serían quienes exhiben más rumiación que los chicos (Gjerde, 1995). Este estilo de respuesta sería responsable de centrar la atención directamente en los pensamientos y sentimientos negativos, que llevarían a un manejo desadaptativo de las emociones, facilitando así la aparición de síntomas físicos o psicológicos como es el caso de los síntomas somáticos.

Sin embargo, los datos de los estudios empíricos realizados hasta la fecha indican que aunque las mujeres generalmente expresan más las emociones en comparación con los hombres, y que muestran una mayor intensidad emocional, la evidencia para establecer diferencias de género en lo que a experiencia emocional se refiere no es aún concluyente (Shields y Zawadski, 2012). Nolen-Hoeksema y Aldao (2011) aseguran que las diferencias encontradas siguen siendo altamente diversas, y recomiendan analizar estas diferencias de género con amplias muestras de adolescentes y jóvenes adultos.

### 2.3.3. La influencia de las relaciones tempranas en el uso de estrategias emocionales

Tal y como se mencionaba en el capítulo anterior, la teoría del aprendizaje social afirma que muchos comportamientos son aprendidos por modelación e imitación. Así, la respuesta emocional, también puede desarrollarse por aprendizaje vicario (Bandura y

Rosenthal, 1966), por lo que la manera en la que los padres regulan sus propias emociones, y responden a las demandas del menor, influirá en las estrategias de regulación que estos niños desarrollarán a lo largo del ciclo vital. Varios autores también defienden, como veremos en el siguiente capítulo, como los vínculos afectivos tempranos influyen en la posterior regulación y manejo emocional del niño, que queda condicionada por las interacciones tempranas con las figuras de cuidado (Bowlby, 1980; Mikulincer, Shaver, Sapir-Lavid, y Avihou-Kanza, 2009; Pinedo y Santelices, 2006; Wallin, 2007).

Asimismo, Baker (2012) defiende que durante la época de crianza los niños desarrollan estilos de manejo emocional, algunos de los cuales promueven el procesamiento emocional, pero otros lo impiden, explicando así las diferencias individuales en la absorción de experiencias emocionales que generan malestar. La expresividad emocional infantil está profundamente ligada a la familia, especialmente a la madre (Del Barrio, 2002) que es la principal modelo de conducta y funciona como intérprete ante los distintos estímulos emocionales y ambientales (Halberstadt, 1991).

Por otro lado, Keally et al. (2011), subrayaban que los problemas en el procesamiento y regulación de las emociones, se debían a una habilidad limitada a la hora de afrontar experiencias afectivas. Estas habilidades limitadas se entienden como consecuencia de representaciones de uno mismo y de los demás poco desarrolladas, a causa de relaciones tempranas débiles e interacciones inconsistentes con los otros.

En esta línea, varios estudios recientes (Music, 2014; Young y Widom, 2014) demuestran que niños que reportan algún tipo de maltrato, sobre todo emocional, o que han sufrido algún tipo de trauma durante la etapa infantil o adolescente, muestran interferencias a la hora de procesar y regular sus emociones. Asimismo, Burns, Jackson, y Harding (2010) encontraron que mujeres con historias de abuso infantil reportaban mayores dificultades a la hora de regular sus emociones en comparación con mujeres sin historia de abuso. Waldinger y colaboradores (2006), en línea con estos resultados, hallaron que las relaciones tempranas de inseguridad, caracterizadas por dificultades en la relación con los demás, y por una búsqueda desesperada del otro ante situaciones de estrés o amenaza, mediaban la relación entre el trauma infantil y la somatización y otros

indicadores de problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad en la etapa adulta.

Baker (2012) afirma que durante la época de crianza los niños desarrollan estilos de manejo emocional, algunos de los cuales promueven el procesamiento emocional, pero otros lo impiden, explicando así las diferencias individuales en la absorción de experiencias emocionales que generan malestar.

La calidad de las relaciones tempranas y de las primeras interacciones con los otros, ofrecen un amplio marco para un mejor entendimiento de las diferencias individuales en funcionamiento adaptativo, y han sido identificadas como un determinante importante de la salud psicológica y emocional (Liu et al., 2011; Luyten et al., 2012; Noyes et al., 2000, 2008; Waldinger et al., 2006). Tanto Bowlby (1986) como Ainsworth (1989) apuntaron la importancia que tienen los vínculos establecidos con los padres o cuidadores durante la infancia para el establecimiento de posteriores relaciones afectivas.

En el siguiente capítulo se analizarán con detenimiento como las experiencias tempranas influyen en el procesamiento y la regulación de las emociones.



## CAPÍTULO 3

---

### LAS RELACIONES TEMPRANAS DE APEGO



En este tercer capítulo se describen las relaciones tempranas que establecemos en la infancia con aquellas figuras de referencia, generalmente la madre y el padre<sup>1</sup>, que son las encargadas de cuidar, dar cariño y cubrir las necesidades del menor, desde su nacimiento y a lo largo del ciclo vital hasta que éste adquiera la suficiente autonomía e independencia.

En los capítulos anteriores se ha mostrado evidencia a favor de la influencia que tienen los vínculos relacionales que conformamos en la infancia temprana, con aquellas personas que aportan cariño y cuidado tanto en el proceso de somatización, como en el desarrollo de estrategias y herramientas para hacer frente y manejar los afectos y emociones. Las personas aprendemos a regular y a procesar nuestras emociones a lo largo de la infancia, principalmente a través de las interacciones, relaciones y vínculos afectivos con las figuras de referencia. Estos vínculos afectivos nos ayudan a crear, a la vez que pueden llegar a condicionar, las relaciones interpersonales que desarrollaremos a lo largo del ciclo vital, y las competencias individuales para desenvolvernó en actividades cotidianas. Son precisamente estas competencias las que permiten el desarrollo de las estrategias emocionales analizadas en el capítulo anterior. Cuando los vínculos afectivos son fuertes y sanos, y las necesidades del menor son debidamente cubiertas, será más fácil que las estrategias emocionales desarrolladas sean adaptativas, facilitando las relaciones sociales y la salud tanto física como psicológica. Sin embargo, cuando estos vínculos se tornan frágiles y negativos, existe una falta de cuidado y las necesidades no son debidamente cubiertas, las estrategias desarrolladas son desadaptativas y la persona se encontrará con dificultades a la hora de manejar sus emociones debidamente, dando lugar a la aparición de síntomas somáticos que pueden reflejar aquellas emociones que no han sido absorbidas.

---

<sup>1</sup> En el presente capítulo se utilizarán indistintamente los términos figura de referencia, o cuidador (principal) para hacer referencia a la persona encargada de los cuidados de menor, generalmente los progenitores, madre o padre. Asimismo, el término “cuidador” no pretende hacer referencia únicamente al sexo masculino, sino que se ha decidido, con el único fin de facilitar la lectura, utilizar como genérico que englobe ambos sexos, pudiendo referirse tanto a hombres como mujeres, tanto al padre como a la madre. Esta decisión no implica ninguna preferencia o inclinación por el sexo masculino, ni pretende discriminar al sexo femenino. Tampoco muestra una prevalencia mayor de los hombres respecto a las mujeres.

A lo largo de este capítulo, se pretende explicar qué son y en qué consisten estos lazos afectivos, y estudiar cómo se forman en la infancia temprana y si se mantienen a lo largo del ciclo vital, resaltando su influencia respecto los conceptos explicados en los capítulos anteriores.

### 3.1. LA TEORÍA DEL APEGO

Desde el momento en el que nacemos, las personas necesitamos del cariño y cuidado de otros para sobrevivir. Aquellas personas a cargo de brindarnos este cariño y cuidado, y satisfacer así nuestras necesidades, son las que se denominan personas de referencia, o personas cuidadoras, rol que generalmente recae sobre los progenitores (Bowlby, 1969; 1973; 1980). La familia es por lo tanto, y generalmente, la influencia primaria más importante que tenemos y en función del cuidado que nos brinden, iremos formando nuestras propias representaciones sobre nosotros mismos, los demás y del mundo que nos rodea. Cuando estas necesidades de cuidado físico y emocional son cubiertas, existe un crecimiento físico y psicológico sano y adaptativo. Sin embargo, cuando no se satisfacen o se viven experiencias traumáticas, podrían aparecer dificultades que afectarán a lo largo del ciclo vital. Como se ha analizado previamente, cuando las emociones se bloquean o no encuentran una manera de ser comunicadas, podrían transformarse en síntomas físicos, expresándose de manera no verbal. En este caso el cuerpo actuaría como contenedor emocional, y al mismo tiempo como vía de expresión de aquellas emociones contenidas, dando lugar a la somatización (Baker 2007; Baker et al., 2010; Güney, Sattel, Cardone, y Merla, 2015; Liu, Cohen, Schulz, y Waldinger, 2011; Luyten et al., 2012; Nyklíček, Zeelenberg, y Vingerhoets, 2011).

Esta necesidad de vinculación con nuestros cuidadores principales o figuras de referencia, conforma una necesidad humana que se manifiesta desde la primera infancia y se denomina apego (*attachment*, Bowlby, 1969; 1980). El apego se define como una conducta instintiva y universal, biológicamente predispuesta, que reduce la distancia de las personas u objetos que suministran protección, y que es necesaria para la supervivencia física y emocional del ser humano (Ainsworth, Blehar, y Waters, 1978, Alonso-Arbiol, Shaver, y Yáñez, 2002, Bowlby, 1979). Años antes de que Bowlby definiera este vínculo de apego, Lorenz (1970), gracias a sus estudios etológicos con

aves en la década de los 50, descubrió que muchas especies mostraban por parte del recién nacido una predisposición innata para reconocer o buscar a una figura de sostén y vincularse a ella hasta desarrollar cierta autonomía. A esta predisposición la denominó *imprinting*, y mediante el mismo demostró que los vínculos afectivos no estaban condicionados, sino que eran más bien innatos (Wallin, 2007). Más adelante, Harlow, Harlow, Dodsworth, y Arling (1963) descubrieron a través de sus experimentos con primates, que esta predisposición a establecer lazos afectivos con las personas que suministran protección no era únicamente innata, sino también universal.

Tomando como punto de partida los trabajos realizados por Lorenz y Harlow, Bowlby recogió en su Teoría del apego, esta necesidad de establecer relaciones afectivas desde la infancia temprana (Bowlby, 1969; 1973; 1980). Basada en los tres principales estudios de Bowlby, *Attachment and Loss: Attachment* (1969), *Anxiety and Anger* (1973) y *Loss* (1980), la teoría de apego, defiende que el sistema de comportamiento biológico y social del niño está diseñado para mantener proximidad con el cuidador o figura de referencia. Esta persona cuidadora será quien proveerá al niño de una base segura a la que éste podrá regresar en caso de experimentar angustia. En este contexto, el apego se entiende como un sistema de regulación interna, de autoregulación, que permite un conjunto de comportamientos de apego como por ejemplo llorar, aproximarse, o buscar ayuda, con el fin de reducir la emoción negativa (Bowlby, 1969; Buchheim y Kachele, 2003; Kochanska, y Kim, 2012; Shaver y Mikulincer, 2002, 2010).

Como sistema de regulación, el vínculo de apego se activa cuando el niño se siente en riesgo, activándose también los comportamientos de apego hacia esa figura particular, que tienen como fin, y van dirigidos a restaurar la seguridad (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1979; Brooks y Lewis, 1974; Fraley y Shaver, 1998; Mikulincer et al., 2009; Shaver y Mikulincer, 2002; Wei, Vogel, Ku, y Zakalik, 2005). Por lo tanto, la finalidad principal del sistema de apego es restablecer la proximidad física o psicológica con el cuidador para regular la angustia del menor ante lo desconocido (Bowlby, 1969). Es decir, si el niño percibe una amenaza ante la relación o ante sí mismo (por ejemplo, enfermedad, miedo o separación), se sentirá ansioso, asustado y buscará la atención y el apoyo del cuidador principal, desplegando los comportamientos de apego. Por lo tanto es el propio niño quien configura sus conductas respecto al ambiente y las diferentes

situaciones, en función de la respuesta que obtenga por parte de la figura cuidadora, con el fin de calmar su angustia ante la amenaza. Típicamente los comportamientos de apego terminan cuando las condiciones que indican seguridad y confort se reestablecen, y el riesgo y la angustia ante la amenaza se minimizan (Fraley y Shaver, 2000; Uytun, Oztop, y Esel, 2013).

Una vez la seguridad ha sido restaurada, es necesario poder desactivar el vínculo de apego para que el menor pueda seguir explorando el ambiente de forma independiente, ganando autonomía, y aprendiendo a autorregularse. La desactivación de este sistema requiere de una figura de cuidado que esté presente física y emocionalmente permitiendo al niño reorientar su energía hacia la exploración del mundo (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1979; Buchheim y Kachele, 2003; Marrone, 2008; Sroufe y Waters, 1977; Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz de Murieta, 2001).

Se entiende por lo tanto, que en este proceso, la respuesta y actitud del cuidador ante las demandas del menor, es fundamental y su disponibilidad emocional se convierte en un aspecto fundamental para la regulación emocional del bebé (Bowlby, 1988; Ryan, Brown, y Creswell, 2007). Esta disponibilidad emocional es evaluada por el bebé y en caso de ser favorable, puede retomar su exploración en el mundo desactivando su sistema de apego y reorientando su atención y conducta al exterior (Bowlby, 1973; Sroufe y Waters, 1977). Si el niño percibe a la figura de apego como cercana y responsiva, el niño se siente a salvo, seguro ante los otros y ante sí mismo, y se comporta jugando y explorando el entorno de forma sociable. Sin embargo, cuando la figura de apego se muestra reticente al contacto o no está disponible en momentos de necesidad, ese sentimiento de seguridad no se desarrollará, promoviendo una relación de inseguridad (Mikulincer y Shaver, 2007a; 2007b). Por lo tanto, la figura del cuidador, actúa desde la infancia temprana como elemento externo de regulación emocional. Si el sentimiento de seguridad se desarrolla, el niño será capaz de ganar la suficiente autonomía como para desarrollar mecanismos de regulación individuales. A medida que el niño va sintiéndose más seguro, es capaz, paulatinamente, de ir separándose de la figura de apego, explorando el ambiente y obteniendo cada vez más autonomía. Sin embargo, si el cuidador principal falla como elemento externo regulador de la angustia, el menor no tendrá una base sobre la que desarrollar sus propias

estrategias de regulación emocional (Adrian et al., 2011; Gross y Thompson, 2007; Jabeen, Anis-ul-Haque, y Riaz, 2013). Esta adquisición de autonomía es necesaria para un desarrollo adaptativo a lo largo del ciclo vital, que permite al individuo pasar de la niñez a la adolescencia, y de ahí a la edad adulta.

Como resultado de las diferentes experiencias de apego a través de interacciones repetidas, cada persona acaba formando un *patrón* o *estilo* de apego hacia la figura cuidadora, caracterizado por una forma relativamente estable de relacionarse, sentir y pensar, transversal a todas las relaciones de apego, a los nuevos procesos de apego, a las relaciones de amistad, a las relaciones amorosas y a otros muchos aspectos de la vida, y que condicionaran el funcionamiento emocional del menor, incluso en su etapa adulta (Hazan y Shaver, 1994; Kochanska y Kim, 2012; López, 2006; Schneider, Atkinson, y Tardif, 2001; Vega, Roitman, y Barrionuevo, 2011; Zimmermann, 2004). Existen diferentes tipos o estilos de apego, en función de las características de la interacción del menor con su figura de referencia. En el siguiente apartado, se analizarán los diferentes estilos de apego, y qué es lo que lleva al desarrollo de cada uno de ellos.

### 3.2. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO

Unos años más tarde de la formulación de la Teoría del Apego, Mary Ainsworth, discípula de Bowlby, descubrió que el sistema de apego, aunque biológicamente guiado, es maleable, e hizo patente que las diferencias cualitativas en comportamientos y relaciones de apego de los individuos dependían de las diferentes actitudes que sus cuidadores habían mantenido hacia ellos. Inició así en la década de los 70 sus estudios sobre los tipos de apego identificando, dentro de un modelo categorial, tres estilos principales: apego seguro, apego inseguro ambivalente y apego inseguro evitativo (Ainsworth, 1979; et al., 1978).

Desde entonces, han sido muchos los autores que han revisado y modificado la clasificación de estilos de apego originalmente propuesta por esta autora, y aunque difieran en tipologías, denominaciones e incluso modelos, siempre se mantienen las dos grandes categorías de apego seguro y apego inseguro (Bartholomew y Horowitz, 1991; Brennan, Clark, y Shaver, 1998; Feeney, Noller, y Hanrahan, 1994; Fraley y Waller,

1998; Hazan y Shaver, 1987; Hesse y Main, 2000; Kobak, 1986; Main y Solomon, 1990; Mikulincer y Shaver, 2003). Sobre esta clasificación básica, las aportaciones más significativas son la posible existencia de un tipo de apego desorganizado (Main y Solomon, 1990) y la distinción de modelos dimensionales en vez de categoriales propuestos por Bartholomew y Horowitz (1991) y Shaver y colaboradores (Brennan et al., 1998; Hazan y Shaver, 1987; Mikulincer y Shaver, 2003), quienes identifican dos dimensiones sobre las que se establecen los diferentes estilos de apego.

### 3.2.1. Ainsworth y la situación extraña

Desde que comenzó estudiar el apego, Ainsworth (et al., 1978) afirmaba que era la cualidad de la comunicación no verbal entre el niño y su cuidador en las relaciones de apego lo que determinaría la calidad del vínculo entre ambos y, por tanto, lo que condicionaría el desarrollo emocional del niño. La manera en la que los cuidadores responden ante las necesidades emocionales del menor, facilitará o dificultará la toma de conciencia de éste último con sus emociones, como primer paso para el desarrollo de un funcionamiento emocional adaptativo.

Ainsworth comenzó su trabajo sobre los vínculos de apego con niños y sus madres en Uganda (Wallin, 2007), donde observó tres patrones de relación principales: niños que lloraban poco y se mostraban contentos cuando exploraban en presencia de la madre; niños que lloraban frecuentemente, incluso cuando estaban en brazos de sus madres; y niños que parecían no mostrar ningún vínculo de apego ni conductas diferenciales hacia sus madres. Ainsworth (1979) concluyó que estos comportamientos dependían de la sensibilidad de la madre a las peticiones y demandas del niño, así como de su disponibilidad y de su capacidad para calmar la angustia del menor.

Tras estos descubrimientos, Ainsworth diseñó un experimento que denominó *situación extraña*: una prueba de laboratorio para medir el apego en niños de entre uno y dos años (Ainsworth y Bell, 1970). Esta prueba constaba de tres momentos diferentes: 1) Al comienzo de la misma, un bebé y su madre acudían a una sala y se observaba la interacción entre ambos, cómo el menor exploraba la habitación o cuánto era capaz de alejarse de su madre; 2) en un segundo momento, se pedía a la madre que abandonase la sala dejando al bebé solo, entonces se observaba la reacción de éste último ante la



ausencia de su principal figura de apego; 3) por último, se pedía a la madre volviera a entrar en la sala y una vez más se observaba la reacción del niño ante su vuelta, interacción entre ambos, y ,sobre todo, cuánto tiempo tardaba el bebé en calmarse y que recursos empleaba (Ainsworth et al., 1978). El objetivo era evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos, en este caso a su madre, como fuente de seguridad desde la cual podían explorar su ambiente y, sobre todo, como reaccionaban en los momentos de separación y de reunión con la madre.

En los resultados de la prueba, Ainsworth y colaboradores (1970; 1978) encontraron claras diferencias individuales en el comportamiento de los niños en esta situación. Estas diferencias le permitieron describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos estilos de apego establecidos, a los que denominó: apego seguro (A), cuando el niño se sentía suficientemente libre para explorar antes de la separación, mostraba angustia ante la ausencia de la madre, y reaccionaba con entusiasmo a su llegada; apego inseguro evitativo (B), cuando los niños mostraban una exploración activa durante la presencia de la madre pero apenas se angustiaban ante la separación y tendían a evitarla cuando volvía; y apego inseguro ambivalente (C), cuando los menores exploraban el entorno sin alejarse demasiado de la madre, dando muestra de angustia a lo largo de todo el procedimiento, especialmente durante la separación. Estos bebés parecían no tener suficiente con la presencia de la madre y parecían seguir echándola de menos a pesar de que ésta estaba presente.

Mediante esta prueba de observación, Ainsworth fue capaz de clasificar, identificar y definir la manera en la que los niños con diferentes estilos de apego regulaban su conducta y sus emociones. Los niños clasificados como seguros eran capaces de calmar y controlar sus emociones cuando la madre regresaba, volviendo al estado inicial de juego antes de su ausencia. Por el contrario, ambos estilos inseguros presentaban dificultades en la regulación de las emociones. Los niños clasificados con un apego ambivalente no eran capaces de calmarse, ni aun en presencia de la madre, lo que indicaba que ésta figura no cumplía el papel de regulador emocional externo, y la angustia del menor se volvía difícil de controlar. En el caso de los niños identificados como evitativos, parecían no sentir angustia ante la separación, evitando la emoción, y evitando así tener que regularla o enfrentarla (Brenning y Braet, 2013; Jones, Brett,

Ehrlich, Lejuez, y Cassidy, 2014; Malik, Wells, y Wittkowski, 2015; Roque, Verissimo, Fernandes, y Rebelo, 2013).

### 3.2.1.1. Los tres estilos de apego: seguro, ambivalente y evitativo

Tras las investigaciones llevadas a cabo por Ainsworth y su equipo (1978) quedó en evidencia, que en el estudio del apego lo principal es sobre todo la interacción que se produce entre el niño y el adulto responsable de la crianza, en la mayoría de los casos la madre, o en su defecto la figura de apego o referencia que le sustituya. La familia, o en su ausencia la figura de referencia, es el primer referente social, por lo que su papel es esencial a la hora de configurar los esquemas que regularán la interacción futura del niño con el entorno y del niño consigo mismo (Allen, Porter, McFarland, McElhaney, y Marsh, 2007; Bowlby, 1985; Brumariu y Kerns, 2010; Gorrese y Ruggieri, 2012; Musitu y Cava, 2001; Sánchez-Queija y Oliva, 2003).

En ese sentido, un patrón óptimo de apego, un patrón seguro, se debe a la sensibilidad ante la demanda del menor, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño (Aizpuru, 1994). Ainsworth y colaboradores (1978), en la situación extraña, observaron que los niños con apego seguro mostraban ansiedad de separación ante la ausencia del cuidador, pero reaseguramiento al volver a reunirse con él. Es por lo tanto un estilo de apego caracterizado por la confianza en el cuidador, cuya presencia conforta y calma al individuo (Fonagy, 2004), consiguiendo y enseñando al menos a regular la angustia. Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que cuando están presentes, los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles a sus necesidades. Conlleva a su vez sentimientos de seguridad, estabilidad y autoestima en uno mismo (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1985). Esta seguridad, facilita la empatía, la ternura, el consuelo, la comunicación y la regulación emocional (Kobak y Sceery, 1988; Lecannelier, 2002; López, 2006; Mikulincer, Shaver, y Pereg, 2003; Sroufe y Waters, 1977; Valdés y Sánchez, 2002). Además, permite que los individuos con apego seguro desarrollen creencias optimistas acerca del manejo de situaciones angustiosas, confianza en el otro, y un sentimiento de autoeficacia a la hora de afrontar el estrés y las emociones negativas (Blatt y Levy, 2003). Así, el vínculo de apego seguro se ha encontrado en varia

ocasiones unido a resultados favorables y positivos tanto en salud física como en salud psicológica (Martínez, Miró, Sánchez, Mundo, y Martínez, 2012; McWilliams y Bailey, 2010; Meredith, Ownsworth, y Strong, 2008; Quirin, Pruessner, y Kuhl, 2008) y se cree que puede actuar como factor de protección ante el desarrollo de ciertas enfermedades o trastornos psicológicos (Mikulincer y Shaver, 2007a; Mikulincer et al., 2003).

El estilo de apego seguro se ha observado en un 55%-65% de niños en muestras no clínicas (Botella, 2005; Del Barrio, 2002). Oliva (2004) cita la cifra del 65%-70% de los niños observados en distintas investigaciones realizadas en los Estados Unidos.

En segundo lugar, las características de la relación entre el cuidador y el menor en el caso del estilo de apego ambivalente, son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia (Botella, 2005). Se podría decir que el rasgo que más define a los cuidadores es el no estar siempre disponibles. Estudios recientes han encontrado que en algunas circunstancias los cuidadores se encuentran disponibles y son sensibles ante las necesidades del menor, lo que podría indicar que son capaces de interactuar positivamente con el niño cuando se encuentran emocionalmente estables. Pero este cuidado no es siempre consistente, y es esta inconsistencia la que torna el vínculo en ambivalente (Morley y Moran, 2011; Shaver y Mikulincer, 2010; Uytun et al., 2013). Durante la situación extraña, Ainsworth et al. (1978) observaron que el niño también mostraba ansiedad de separación cuando la madre se marchaba, pero a diferencia de los niños con un vínculo de apego seguro, no se tranquilizaba al reunirse con ella más tarde. Otros autores, han observado además, en los niños con apego ambivalente, un intento de exagerar el afecto para asegurarse la atención del cuidador (Fonagy, 2004; Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming, y Gamble, 1993; Kobak y Sceery, 1988). Esta angustia por la ausencia de cercanía de la persona cuidadora ante la necesidad de cuidado y seguridad, crean una fuerte preocupación en el menor que le impide explorar y conseguir autonomía. Para Mikulincer (2007), es evidente que el niño muestra un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una gran sensación de inseguridad y temor de desamparo frente a los demás. Los individuos con un estilo inseguro ambivalente, es probable que interpreten el afecto positivo como un peligro para ellos, ya que en el pasado fue ese tipo de afecto el que les hizo bajar la guardia con consecuencias dolorosas o peligrosas, al no encontrar respuesta del cuidador, quién a ratos se muestra disponible ante su demanda de seguridad y protección, y a ratos no. De acuerdo con Bowlby (1998), uno

de los antecedentes del estilo ambivalente, es el fallo por parte de las figuras de apego a la hora de proporcionar al niño una base segura para la exploración del entorno, así como la imposibilidad de aliviar su angustia cuando la exploración se vuelve amenazante para el menor (Shaver y Mikulincer, 2002). Ante la dificultad por parte de la figura de referencia de regular la angustia que muestra el menor, éste no tiene la base necesaria para aprender a regular sus emociones de manera adecuada. Así, varios estudios han encontrado relaciones positivas y significativas entre la desregulación emocional y el vínculo de apego ambivalente, e incluso entre las quejas somáticas y el padecimiento de enfermedades cuya causa orgánica no es fácilmente identificable (Bonab y Kooshar, 2011; Ciechanowski, Katon, Russo, y Dwight-Johnson, 2002; Ciechanowski, et al. 2002; Haliburn, 2011; Maunder y Hunter, 2001; Waller, Scheidt, y Hartmann, 2004).

Este estilo de apego se ha observado en un 5%-15% en niños de muestras no clínicas (Botella, 2005; Del Barrio, 2002). Oliva (2004) ofrece cifras del 10% en los estudios realizados en los Estados Unidos.

Por último, las características del cuidado en el estilo de apego evitativo, son de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto (Botella, 2005). El niño actúa como si no tuviera confianza en la disponibilidad de la madre o cuidador principal, mostrando poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador principal. El estilo de apego inseguro evitativo se caracteriza por la vivencia del rechazo de las emociones del menor por parte de la figura de apego. La persona evitativa no confía en recibir respuesta ante su demanda de cuidado y protección, e intenta entonces volverse emocionalmente autosuficiente como resultado del constante rechazo de la persona cuidadora. Ainsworth et al. (1978), observaron en la situación extraña, que incluso si la madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento (Fonagy, 2004; Oliva, 2004). Debido a su conducta independiente, podría interpretarse como una conducta saludable y autónoma, sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales. Kobak y Sceery (1988), Hazan y Shaver (1987, 1994) y Mikulincer y colaboradores (2009) enfatizan en sus estudios que las personas que muestran un apego inseguro evitativo tiene una capacidad limitada para enfrentarse a las emociones, especialmente a aquellas emociones negativas. Ainsworth también observó que el desapego que mostraban los menores con vinculaciones

evitativas, era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas y traumáticas (Oliva, 2004). Como se ha mencionado en capítulos anteriores, las experiencias traumáticas se consideran un factor de riesgo en los procesos somáticos, y se considera que podrían crear un bloqueo a nivel emocional que desencadenara en la expresión somática de la emoción no procesada. Elklit y Brink (2003) y Waldinger y colaboradores (2006) encontraron fuertes relaciones entre las situaciones de trauma infantiles, la incapacidad de manejar emociones negativas, y la presencia de sintomatología somática.

El estilo de apego inseguro-evitativo se ha observado en un 20%-30% de niños en muestras no clínicas (Botella, 2005; Del Barrio, 2002; Oliva, 2004).

En resumen, Ainsworth (1979; et al., 1978) describe tres estilos de apego divididos en dos grandes grupos: el estilo seguro, y dos estilos inseguros: ambivalente y evitativo. El estilo seguro, permite al menor usar a sus cuidadores como base de seguridad cuando están angustiados. Los cuidadores se muestran sensibles ante sus necesidades, y los niños depositan su confianza en ellos. Así, pueden desarrollar la independencia y autonomía necesaria no solo para explorar su entorno sino para aprender a regular sus emociones de forma autónoma, a medida que van creciendo, permitiendo un desarrollo saludable.

Por el contrario, los estilos de apego inseguros, se caracterizan por haber recibido un cuidado inconstante (en el caso del ambivalente), o por la falta de apoyo y cuidado (en el caso del evitativo). Así, en ninguno de los dos casos el cuidador principal será referente a la hora de calmar la angustia del menor, quién tendrá dificultades a la hora de aprender a regular sus emociones. Esto puede traducirse en problemas psicológicos, y aumentar el riesgo de aparición de síntomas somáticos o enfermedades orgánicas.

### 3.2.2. Otros autores y clasificaciones

Varios años después de que Ainsworth y colaboradores publicaran su clasificación de los vínculos de apego (1978), Main y Solomon (1990) añadieron un cuarto estilo, el apego desorganizado (D), al grupo de apego inseguro. Main y sus compañeros (Main y Hesse, 1990; Main y Solomon, 1990) se dieron cuenta de que

había un grupo de niños que, además de mostrar comportamientos ambivalentes y evitativos en el contexto de la situación extraña, también mostraban comportamientos sorprendentes y anómalos que sugerían un colapso de sus estrategias conductuales de apego (Botella, 2005), mostrando una variedad de conductas confusas y contradictorias al reencontrarse con la madre tras su ausencia en la *situación extraña* (Oliva, 2004). Inicialmente, este grupo fue considerado inclasificable, y luego denominado desorganizado o desorientado (Main y Solomon, 1990).

En la misma década, Bartholomew y Horowitz (1991) analizaron las categorías de apego existentes hasta el momento, y propusieron un modelo basándose en dos dimensiones: la representación (positiva o negativa) que el niño tiene de sí mismo, y la representación (positiva o negativa) que tiene de los demás. De estas dos dimensiones se extraían cuatro estilos de apego. Distinguieron además del apego seguro e inseguro ambivalente (al que ellos denominaron inseguro preocupado) dos subtipos en la categoría de apego inseguro evitativo (ver Figura 10): el estilo miedoso, y el estilo huidizo. Si una persona, por ejemplo, piensa de sí misma que no es capaz de recibir cuidado y amor (imagen negativa) y asimismo tiene una representación negativa de los demás, es decir, siente que los demás no pueden ser figuras capaces de brindarle cariño, el patrón de apego dominante es evitativo miedoso. Si la imagen de sí mismo es positiva pero la representación de los otros es negativa, el estilo de apego será evitativo huidizo, similar al estilo de apego inseguro evitativo propuesto por Ainsworth (1978).

		REPRESENTACIÓN DE SÍ MISMO	
		Positiva	Negativa
REPRESENTACIÓN DEL OTRO	Positiva	<p><b>SEGURO</b> Seguro (Ainsworth) Se siente a gusto con la intimidad y la autonomía</p>	<p><b>PREOCUPADO</b> Ambivalente (Ainsworth) Excesivamente dependiente</p>
	Negativa	<p><b>HUIDIZO</b> Evitativo (Ainsworth) Rechaza la intimidad y la autonomía Contradependiente</p>	<p><b>MIEDOSO</b> Evitación social Miedo al apego</p>

Figura 10. Modelos de apego adulto según Bartholomew y Horowitz (1991), en relación con los estilos iniciales propuestos por Ainsworth et al. (1978).

Hazan y Shaver (1987) y, más adelante, Brennan y colaboradores (1998) y Mikulincer y Shaver (2003), también modificaron la clasificación inicial propuesta por Ainsworth explicando el apego en los adultos, y el apego en las relaciones románticas. Para ello establecieron un paralelismo entre las relaciones que de niños mantenemos con nuestro cuidador principal y las relaciones de pareja en la edad adulta. Sugirieron que el apego adulto se conceptualizaba mejor desde una perspectiva dimensional, y no categorial como defendían Ainsworth y colaboradores (1978). Como puede verse en la Figura 11, hicieron referencia a dos dimensiones a las que denominaron ansiedad (*attachment-related anxiety*) y evitación (*attachment-related avoidance*) (Brennan et al., 1998; Fraley y Waller, 1998).

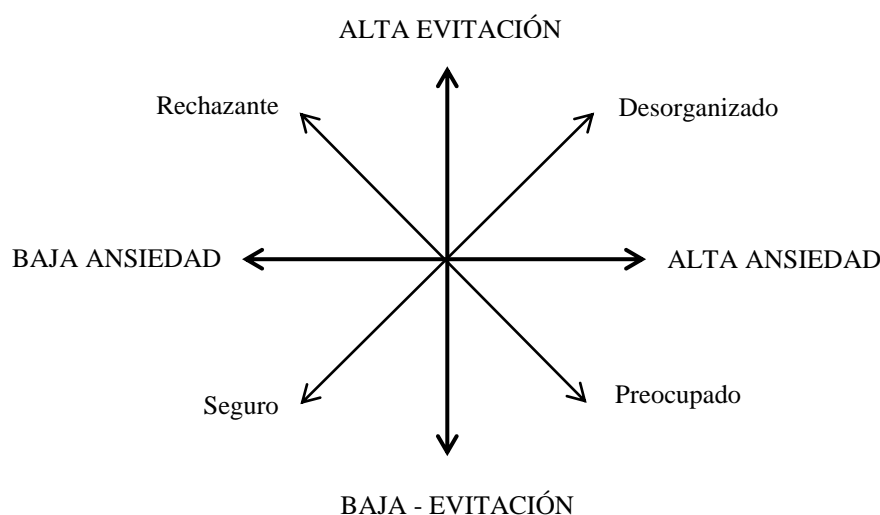


Figura 11. Modelo categorial de los estilos de apego, extraído de Brennan et al. (1998)

La primera dimensión, ansiedad, refleja el grado en el que una persona se preocupa de que la pareja no esté disponible, o no responda adecuadamente cuando ella lo necesite. La segunda dimensión, evitación, hace referencia a la medida en la que la persona desconfía de la buena voluntad de su pareja y se esfuerza por mantener autonomía y distancia emocional en su relación. De la relación entre las dos dimensiones, se diferencian cuatro estilos de apego caracterizados por los dos polos de ambas dimensiones. Según estos autores, aquellas personas que puntuasen bajo en ambas dimensiones, serían aquellas personas con un apego seguro (Mikulincer et al., 2009). Encontraron también que aquellos sujetos con apego seguro estaban satisfechos con el nivel de intimidad en pareja, mostrando apreciación hacia el compromiso o la

intimidad. Por otro lado, el estilo ambivalente mostraría tendencia a la preocupación, dependencia e idealización de los demás, pero carecería de confianza en sí mismo; mientras que el estilo evitativo por su parte, muestra evitación de la intimidad (Feeney et al., 1994; Mikulincer et al., 2009), y la ansiedad difiere en alta para el estilo evitativo desorganizado, y baja para el rechazante.

Aunque como se ha visto no todos los autores coinciden en las tipologías que presentan, después de más de cuarenta años de estudios hay grandes coincidencias entre las distintas clasificaciones. Tanto las clasificaciones categoriales como las dimensionales, han reconocido un estilo de apego seguro, frente a otros, inseguros. Autores como Martínez y Santelices (2005) han señalado que al parecer, aún no existen suficientes evidencias para apoyar una u otra postura, probablemente porque ambas podrían estar íntimamente conectadas. Tanto la postura categorial como la dimensional emergen de la historia con los progenitores o cuidadores principales, y se basan en las experiencias tempranas del menor respecto a sí mismo y a su relación con estas figuras.

Los tres estilos de apego descritos por Ainsworth (seguro, ambivalente y evitativo) son los que han sido considerados en la mayoría de las investigaciones sobre apego, y son los que se tendrán en cuenta en la presente investigación.

### 3.3. EL APEGO Y LAS FIGURAS DE APEGO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES ADULTOS

En la adolescencia el sistema de apego juega un papel integral en el desarrollo de las relaciones interpersonales y en el propio desarrollo emocional (Allen y Land, 1999; Allen, McElhaney, Kuperminc, y Jodl, 2004; Barrett y Holmes, 2001; Brumariu y Kerns, 2010; de Vries, Hovee, Stams, y Asscher, 2015; Jones y Cassidy, 2014; Lopez, 2006; Serra y Zacarés, 1999; Uytun et al., 2013; Zack et al., 2015). Se considera, una etapa llena de cambios y de continua reorganización de las representaciones de apego, donde las experiencias de vida que llevan al desarrollo de la identidad son continuamente reevaluadas, y donde el joven pasa de ser receptor de cariño por parte de sus cuidadores, a ser un cuidador potencial con su grupo de iguales (Allen y Land, 1999; Allen et al., 2004; Zack et al., 2015; Zimmermann, 2004). Muchos autores creen



que la adolescencia es una etapa donde los vínculos de apego son gradualmente trasladados y generalizados de los padres o cuidadores al grupo de iguales (Barrett y Holmes, 2001; Dykas, Ziv, y Cassidy, 2008; Gallego, Delgado, y Sánchez-Queija, 2011; Granot, y Maysel, 2012; Mikulincer y Shaver, 2007b; Oliva y Parra, 2001; Overbeek, Vollebergh, Engels, y Meeus, 2003).

Este traslado y generalización de vínculos de apego ha sido investigada, prestando especial atención a cómo la transición de la infancia a la adolescencia temprana influye sobre la organización de los estilos de apego. Ante la emergencia del grupo de iguales como figuras de apego en la adolescencia, se ha sugiriendo la posibilidad de que sean activados ciertos mecanismos de evitación, sin los cuales no sería posible mantener una cierta distancia de las figuras parentales para desarrollar una identidad personal más definida (Ammaniti, Van Ijzendoorn, Speranza, y Tambelli, 2000; Overbeek et al., 2003; Uytun et al., 2013). Esto no significa que la familia pierda relevancia, ya que la seguridad en el apego establecida con los padres o cuidadores principales, se considera un factor de protección, que durante la adolescencia proporciona al individuo estrategias para mantener o restaurar la seguridad propia, y a la vez crear nuevos vínculos de apego con su grupo de iguales.

Además, los conflictos entre padres e hijos y las relaciones sociales en la adolescencia y en la transición a la vida adulta, han demostrado actuar como factores de riesgo y estresores específicos ante patologías como la depresión y la ansiedad, ampliamente investigadas (Dozier, Stovall-McClough, y Albus, 2008; Ingram, 2003; Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes, y Luyten, 2011). Pero además de estos dos problemas psicológicos, Hampel y Peterman (2005) y Seiffge-Krenke (2000), afirman que los estresores interpersonales, son los estresores diarios que más afectan a los adolescentes y jóvenes adultos y que se encuentran significativamente relacionados con la sintomatología somática. Estos estudios, recalcan que la manera en la que las relaciones tempranas hayan moldeado nuestro funcionamiento emocional puede suponer un factor de riesgo o protección importante en el desarrollo tanto físico como psicológico de niños y adolescentes (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, y Wadsworth, 2001; Seiffge-Krenke, 2000).

### 3.3.1. Diferentes figuras de apego dentro de la familia

Bowlby (1979, 1980) asumió hace décadas que la madre era la figura de apego primaria. Sin embargo, algunos estudios, aunque todavía muy escasos, han reconocido la importancia de otras figuras de apego, especialmente la paterna (Oliva, 2004; Pleck, 2010; Wilkinson 2004; Yarnoz, 2006). Los resultados muestran que tanto el padre como la madre son figuras de apego importantes para niños y niñas, y afirman que existe una clara concordancia entre el tipo de apego que en niño establece con sus progenitores y su posterior desarrollo emocional, físico y psicológico.

Estudios realizados en las últimas décadas han señalado que el apego con la madre se asocia con la salud emocional (Kerns, Tomich, Aspelmeier, y Contreras, 2000; Markiewicz, Doyle, y Brendgen, 2001; Zimmermann, 2004), mientras que el apego con el padre está más relacionado con la regulación conductual (Kerns et al., 2000; Wilkinson 2004; Yarnoz, 2006). Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre las relaciones de apego han estado centrados en la díada madre-hijo, dejando a los padres en un segundo plano (Phares, López, Fields, Kamboukos, y Duhing, 2005; Pleck, 2010; Vetere, 2004; Yárnoz, 2006). Lo que sí ha recibido evidencia empírica y ha sido afirmado por los estudios realizados desde el comienzo de la investigación de los vínculos de apego, es que al tener la certeza de contar con el apoyo y la disponibilidad de los progenitores (principales cuidadores o figuras de apego primarias), el menor tiene una base consistente para la formación de una personalidad sólida y estable (Oliva y Parra, 2001; Overbeek et al., 2003, Shaver y Mikulincer, 2010), lo que vuelve a dejar en evidencia el papel fundamental de la familia o cuidadores principales y de las relaciones tempranas en el desarrollo físico y psicológico del niño.

Aunque Bowlby (1969) admitió que se puede llegar a establecer vínculos afectivos con distintas personas, pensaba que los niños estaban predispuestos a vincularse especialmente con una figura principal, y que el apego con esta figura sería diferente cualitativamente del establecido con otras figuras secundarias. Esta visión le llevó a considerar que la situación más favorable para el niño era la de establecer un vínculo afectivo principal con la madre, por lo que las situaciones en las que los niños eran criados y atendidos por varias personas no eran las más convenientes. Pero Bowlby

enseguida desestimó esta primera postura, que no fue sostenida en escritos posteriores (Bowlby, 1980). Mikulincer y Shaver (2007a; 2007b) apoyan esta idea, afirmando que aunque la búsqueda de proximidad esta automáticamente dirigida hacia una figura de apego, la mayoría de niños mantienen otras vinculaciones afectivas con hermanos u otros miembros de la familia que fácilmente pueden tornarse en relaciones de apego y, por ende, estos miembros de la familia en figuras de apego primarias o secundarias, influyendo de igual manera en el desarrollo socioemocional del menor.

Durante los últimos años de la década de los 80, Kotelchuck (1976), basándose en la Teoría del Apego de Bowlby y en los estudios de Ainsworth, diseñó una situación de laboratorio similar a la *situación extraña*, pero en la que dos adultos participaban con el niño. Sus datos parecían apoyar la tesis inicial de Bowlby, ya que el niño solía dirigir más conductas de apego y exploratorias hacia sus madres que hacia sus padres. Sin embargo, cuando este procedimiento se ha utilizado con otros grupos culturales en los que hay una mayor implicación paterna en tareas de crianza, estas preferencias desaparecen (Jackson, 1993; Oliva, 2004).

En resumen, parece que los niños y niñas son capaces de establecer vínculos de apego con distintas figuras, siempre que éstas se muestren sensibles y cariñosas. Además, la existencia de varias figuras de apego puede resultar muy conveniente para el niño, facilitando la elaboración de los celos, el aprendizaje por imitación, la estimulación rica y variada. Incluso es una garantía para los casos de accidente, enfermedad o muerte de alguna de las figuras de apego (López, 2006; Oliva, 2004). Desde el modelo de compensación, antes mencionado, se defiende la posibilidad de establecer vínculos de apego con personas ajenas a la familia nuclear (tíos, abuelos, primos, o incluso el grupo de pares) que puedan compensar las posibles carencias de las primeras relaciones tempranas con las principales figuras de apego.

### 3.3.2. Diferentes figuras de apego fuera de la familia: el apego con el grupo de iguales

Las relaciones con los iguales, han demostrado ser promotoras de bienestar emocional y del ajuste social y comportamental de los adolescentes y adultos (Kerr, Stattin, Biesecker, y Ferrer-Wreder, 2003; Maggs y Hurrelman, 1998; Seiffge-Krenke, 2000). Las relaciones con los compañeros van ganando importancia, intensidad y

estabilidad a medida que avanzamos en el ciclo vital, de tal forma que el grupo de iguales va a pasar a constituir un contexto de socialización preferente y una importante fuente de apoyo para los adolescentes y jóvenes adultos (Allen y Land, 1999). Además, los vínculos con los iguales facilitan el desarrollo de la habilidad para ser íntimo en una forma mutua y recíproca (Furman y Wehner, 1997; Gallego et al., 2011; Granot y Mayseless, 2012; Seiffge-Krenke, 2000). Según Ortiz y colaboradores (1999), el grupo de amigos cumple durante la adolescencia las funciones de ser un contexto en el que se despliegan múltiples comportamientos sociales, que permiten al adolescente desarrollar un sentimiento de pertenencia, integración del yo y sentido de la individualidad, característica fundamental en esta etapa del desarrollo humano.

Greenberg, Siegel, y Leitch (1983) fueron los primeros en examinar la naturaleza y la importancia de las relaciones con los iguales, como relaciones de apego en la adolescencia. Encontraron que al igual que el apego parental, el apego con los iguales también predecía el bienestar físico y psicológico de los jóvenes, pero hallaron que mientras que el apego con los iguales se relacionaba en mayor medida con el autoestima, el apego parental lo hacía con la satisfacción vital. Los mismos resultados encontró Cotterell (1992) en una muestra de adolescentes australianos, concluyendo que las características del apego con iguales pueden moldear la autoestima y el autoconcepto del adolescente. En esa misma década, pero en una muestra de adolescentes neozelandeses, Paterson, Pryor, y Field (1995) y Raja, McGee, y Stanton (1992), y encontraron que el apego parental era un predictor mucho más importante que el apego con iguales para indicadores de salud física. Los mismos resultados fueron replicados por Wilkinson y Walford (2001), quienes encontraron que el apego parental estaba íntimamente relacionado con la salud física. Estos estudios afirman también que la inseguridad en relaciones parentales no parecía compensarse estableciendo vínculos seguros con los iguales, contradiciendo así el modelo compensatorio. En cambio, encontraron evidencia que apoyaba el modelo de continuidad, ya que encontraron que aquellos adolescentes con patrones seguros, tenían mejores relaciones con sus iguales que adolescentes con vínculos inseguros (Raja et al., 1992). Por el contrario, Laible, Carlo, y Raffaelli (2000), examinaron los efectos diferenciales que el apego con padres e iguales tenían en síntomas de salud física, concluyendo que el apego con iguales era más importante a la hora de predecir sintomatología somática.

En resumen, al igual que ocurría en el apego con madres y padres, aunque la teoría defiende que tanto el apego parental como el apego con iguales juegan un papel importante en el ajuste psicológico y físico de los adolescentes, la evidencia empírica hasta ahora es inconsistente (Wilkinson, 2004), y más investigaciones son necesarias para poder llegar a conclusiones más determinantes, y entender cómo se transmiten e influyen los vínculos creados en la infancia temprana a lo largo del desarrollo de los adolescentes y jóvenes adultos.

#### 3.4. DE LOS VÍNCULOS DE APEGO AL FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL, LA SALUD Y EL BIENESTAR

Como se ha visto en los anteriores apartados, la íntima relación que muchas investigaciones han encontrado entre los vínculos de apego y el desarrollo emocional de las personas puede tener consecuencias psicológicas, y relacionarse con el padecimiento de ciertas enfermedades. Las relaciones de apego, sobre todo en la edad infantil, pueden condicionar muchas fases del desarrollo humano, y tener por lo tanto importantes consecuencias en la adolescencia y en la edad adulta. El cuidador principal, es durante la infancia, no solo figura protectora y encargada de brindar cuidado y cariño, sino que además actúa como modelo ante el menor, condicionando así su aprendizaje, tanto de manera verbal como no verbal (Bion, 1967; Cabral, Matos, Beyers, y Soenens, 2012; Uytun et al., 2013). Es mediante el cuidado recibido y el proceso de modelaje que el menor desarrollará estrategias para poder regular él mismo sus afectos y emociones. Por lo tanto, relaciones de apego inseguras, donde haya falta de cuidado o inconsistencia en el mismo, abuso o negligencia, pueden condicionar negativamente el desarrollo del menor (Kochanska y Kim, 2012; Pedziwiatr, 2013; Young y Widom, 2014). A continuación se analizarán las consecuencias que los vínculos de apego seguros e inseguros tienen en el funcionamiento emocional y en la salud. La relación entre estas variables se ha estudiado a lo largo del tiempo principalmente en base a dos constructos que se derivan de la Teoría del Apego: los modelos internos de trabajo, y las estrategias de apego.

### 3.4.1. Los modelos internos de trabajo.

Los estilos de apego vistos en el apartado anterior, están estrechamente relacionados con el desarrollo de representaciones cognitivo-afectivas, que a su vez contribuyen a la capacidad que el menor desarrollará a la hora de regular sus propios afectos y emociones (Mikulincer et al., 2003; Schore, 2003). Estas representaciones mentales de las experiencias, cogniciones y afectos relativos al vínculo de apego se denominan *modelos internos de trabajo* (MIT). Bowlby (1979) fue el primero en nombrar los MIT, describiéndolos como “...un sistema de expectativas y creencias acerca del *self* y de los demás que permite a los niños predecir e interpretar la conducta de sus figuras de apego...” (p.70).

Los MIT incluyen información sobre uno mismo (modelo del *self*), e información sobre los demás, principalmente sobre las figuras de apego (modelo de los otros) (Ainsworth et al., 1978, Bowlby, 1973; Cassidy, Kirsh, Scolton, y Parke, 1996; Marrone, Diamond, Juri, y Bleichmar, 2001; Pinedo y Santelices, 2006; Sroufe y Fleeson, 1986). Esta diferenciación es similar al modelo categorial al que se hacía referencia en un apartado anterior, propuesto por Bartholomew y Horowitz, quienes se basaron en la idea de las representaciones internas propuesta por Bowlby. Lo que Bartholomew y Horowitz (1991) denominaban *representaciones de sí mismo* y *representaciones de los otros*, Bowlby lo entendía como *MIT del self* y *MIT de los otros*.

Como puede observarse en la Figura 12, se generan en relación a la receptividad y disponibilidad de las figuras de apego en la infancia temprana (Fonagy, 2004; Fonagy, Gergely, y Target, 2007; López, 2006; Yáñez et al., 2001). Cuando las figuras de referencia construyen la base para el desarrollo de un vínculo de apego seguro, el menor desarrollará MIT positivos del *self* y los otros, buscará y encontrará apoyo en sus figuras de referencia, sintiéndose bien con la cercanía y la intimidad. Por otro lado, cuando la figura de referencia no está disponible para satisfacer las necesidades del niño, y el menor no se siente cuidado, se desarrollarán MIT negativos de los otros y de uno mismo. Estas personas evitarán el contacto con sus figuras de apego, y sentirán que no están disponibles para cubrir sus necesidades, desarrollando por lo tanto un vínculo de apego evitativo. Sin embargo, cuando el cuidado y la respuesta de la figura de referencia

es inconsistente y ambivalente, el menor pensará que no es merecedor de tal cuidado y desarrollara un modelo negativo del *self*, pero positivo de los otros, ya que miedo al abandono genera en el individuo un gran deseo de intimidad con el cuidador (Barrett, 2000; Fonagy, 2004; Fonagy, Gergely, y Target, 2007; Pietromonaco y Barrett, 2000). Por lo tanto, el desarrollo de los MIT y de los vínculos de apego está estrechamente ligado e íntimamente relacionado con las experiencias y relaciones tempranas (Fonagy, 2004; Fonagy et al., 2007; López, 2006; Yárnoz et al., 2001).

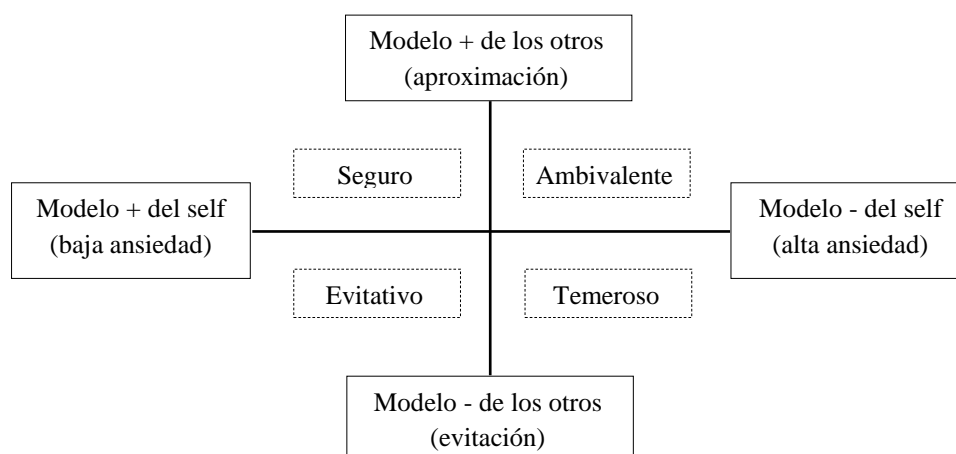


Figura 12. Relación entre los MIT y las categorías de apego. Modelo de dos dimensiones y cuatro categorías (Bartholomew y Horowitz, 1991). Adaptado de Bartholomew, Kwong y Hart (2001).

La función de los MIT es filtrar la información acerca de uno mismo y del mundo exterior (Barrett, 2000; Bowlby, 1969; Collins y Read, 1990). Según la Teoría del Apego, estos modelos de trabajo son de gran ayuda para el niño, ya que gracias a ellos se vuelve innecesario construir nuevos conjuntos de expectativas para cada situación diferente, permitiendo la generalización de los mismos (Blatt y Levy, 2003; Bowlby, 1980; Bretherton, 1992; Cassidy et al., 1996; Hazan y Shaver, 1994; Main, Kaplan, y Cassidy, 1985; Pietromonaco y Barrett, 2000; Sroufe y Fleeson, 1986). Los MIT, son los esquemas mediante los que filtramos la información que nos rodea, y aprendemos a autorregularnos. Las personas que desarrollen vínculos inseguros y tengan por lo tanto una imagen negativa de sí mismos, serán incapaces de desarrollar estrategias de regulación autónomas, ya que no se verán capaces de hacerlo. Seguirán por lo tanto dependiendo de figuras externas para conseguir controlar o equilibrar sus estados afectivos (Bartholomew y Horowitz, 1991; Pinedo, y Santelices, 2006; Yárnoz et al., 2001; Zimmermann, 2004).

### 3.4.2. Las estrategias de apego

Otra de las consecuencias que para los menores tienen las experiencias tempranas con sus figuras de apego, es el aprendizaje de ciertas estrategias y comportamientos que servirán para regular las emociones. Los vínculos de apego establecidos influyen en el desarrollo de funcionamiento emocional mediante las estrategias de apego. Gracias a las interacciones repetidas con las figuras de referencia, los menores desarrollan estrategias para reducir la angustia y las emociones negativas que surgen cuando el estrés o el peligro son percibidos. Estas estrategias, que caracterizan los diferentes estilos de apego, al darse de manera continuada en el tiempo, refuerzan las capacidades de regulación emocional del menor dándole pie a adquirir cierta autonomía en el manejo y control de sus emociones (Mikulincer et al., 2009; Shaver y Mikulincer, 2002).

Como ejemplifica la Figura 13, el sentimiento de seguridad adquirido por parte del menor a lo largo del tiempo y a través de diferentes situaciones estresantes, construye y refuerza sus capacidades de manejo emocional, creando un repertorio flexible de habilidades para la autorregulación y el funcionamiento emocional autónomo. Gracias a esta autonomía, el menor poco a poco podrá separarse de la figura de referencia, desactivando su vínculo de apego sin que esto afecte a su capacidad de calmar su angustia, y pudiéndolo activar de nuevo si fuera necesario.

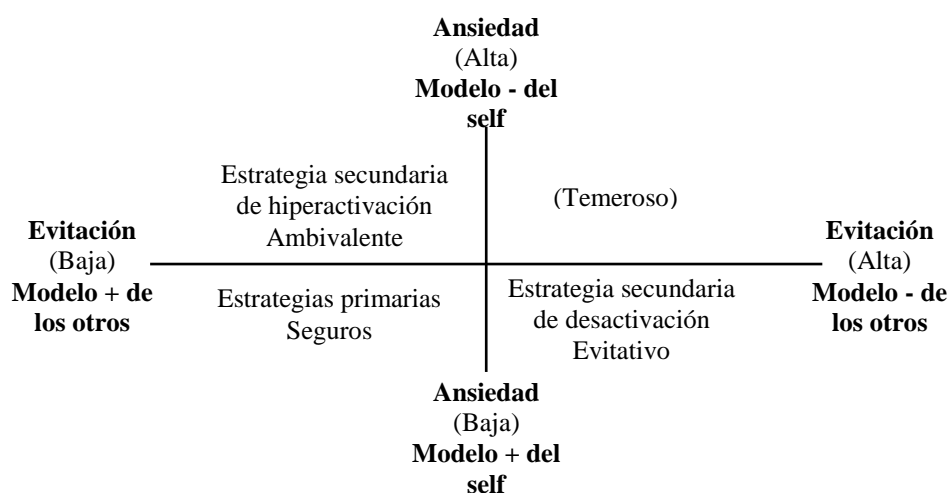


Figura 13. Resumen de las diferentes clasificaciones, dimensiones y estrategias de apego.



Tal y como postula la Teoría del Apego, cuando el menor se siente amenazado, desplegará sus comportamientos de apego en búsqueda de proximidad y protección. Si la figura de apego se muestra disponible ante esta necesidad, el menor se calmará, fortaleciendo el sentimiento de confianza y seguridad, y será capaz de retomar su actividad, buscando la proximidad del otro para reducir su angustia. A esto se le denomina estrategias primarias de apego (Mikulincer y Shaver, 2007a). Gracias a las estrategias primarias, el menor creará representaciones cognitivas internas y positivas de sí mismo y de los demás (por ejemplo, se sentirá valorado y digno de recibir amor, y verá a los demás como personas disponibles en las que poder confiar) (Cassidy, 1999, 2000; Main et al., 1985).

Por el contrario, la no disponibilidad, la falta de respuesta o la pérdida de una figura de apego, hacen que las estrategias de apego primario fallen ante la presencia de una figura de referencia cuidadora y calmante (Kennedy-Moore y Watson, 1999; Mayer y Salovey, 1997; Mikulincer y Shaver, 2007a/b). El menor entonces, buscará otras estrategias para calmar su angustia y regular sus emociones, como se muestra en la Figura 14. Estas estrategias pueden darse de dos formas diferentes: intensificando la respuesta y aumentando el esfuerzo por lograr esa proximidad y protección (estrategias de hiperactivación), o por el contrario, renegando, desactivando el sistema de apego, y confiando únicamente en sí mismo para calmar su angustia (estrategias de desactivación). Ambas están dentro de las estrategias secundarias de apego (Dozier et al., 2008; Kobak et al., 1993; Main y Cassidy, 1988). El desarrollo de estrategias de hiperactivación, implica una inconsistencia en el cuidado y, por lo tanto, una actitud hipervigilante del niño hacia la figura de apego, que reclama así su atención ante la no presencia o receptividad de dicha figura, con el objetivo de obtener el apoyo de la figura de apego de forma consistente (Kobak y Sceery, 1988; Kobak et al., 1993; López, 2006; Wei et al., 2005). De esta manera, su atención se dirige casi exclusivamente a la figura de apego y se encuentra en constante adaptación a la misma (Cole-Detke, y Kobak, 1996; Main y Hesse, 1990). El uso de esta estrategia tiene un coste, y es el estado de alerta respecto a la activación del sistema de apego. Este estado de alerta intensifica las sensaciones de malestar físico y reduce al mínimo la exploración en el ambiente (Wallin, 2007). El uso de estrategias de hiperactivación se relaciona íntimamente con las experiencias de apego ambivalente (Ainsworth et al., 1978), y con aquellas personas

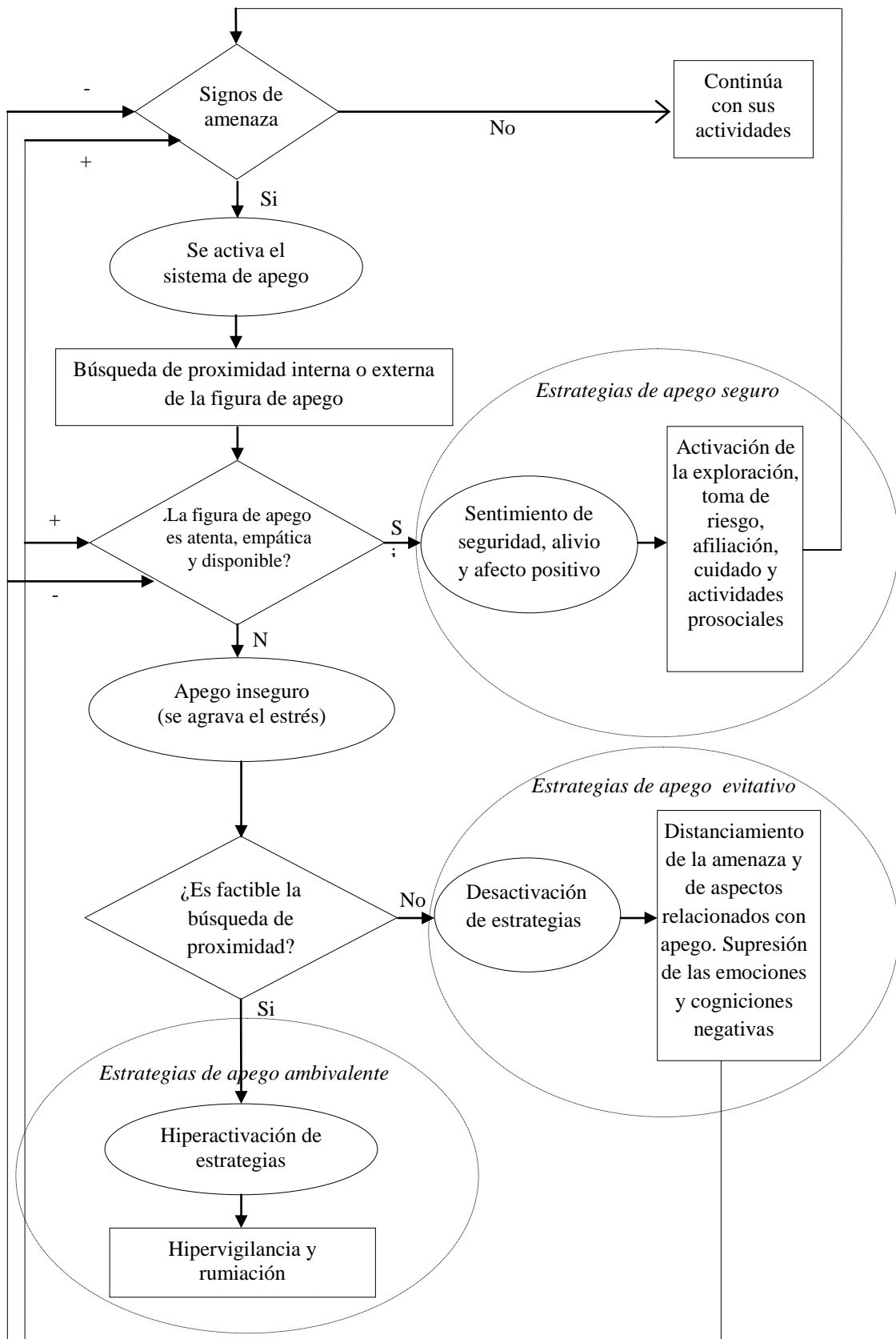


Figura 14. Modelo de las dinámicas de activación de las estrategias de apego (extraído de Shaver y Mikulincer, 2002)

que tienen representaciones internas negativas de sí mismos, y una tendencia a magnificar los estados emocionales, sobre todo los negativos, dejándose abrumar por emociones de angustia, abandono y desamparo (Barry, Lakey y Orehek, 2007; Cassidy, 2000; Kobak y Sceery, 1988; Main et al., 1985).

Las segundas estrategias secundarias, denominadas de desactivación se desarrollan cuando las figuras de referencia no responden ante las necesidades del menor durante situaciones de estrés. El niño, aprende entonces a prescindir de los demás y deja de buscar su apoyo, para no sentirse rechazado. Gracias a esta estrategia de regulación secundaria, el bebé consigue reprimir la emoción negativa y evitar la frustración por la figura de apego (Cassidy, 1999; Lopez y Brennan, 2000; Main et al., 1985; Mikulincer et al., 2003; Pietromonaco y Barrett, 2000; Shaver y Mikulincer, 2002). Estas son las interacciones que llevan al menor a desarrollar un estilo de apego evitativo, una imagen negativa de su relación con los demás, y una tendencia a minimizar los afectos y emociones, y a restringirlos o negarlos cuando son negativos (Cassidy, 1999; Kobak y Sceery, 1988; Main et al., 1985).

#### 3.4.3. De la corregulación a la autorregulación emocional

Desde que Bowlby introdujera su teoría del apego, muchos autores e investigadores han refinado su propuesta, introduciendo nuevos conceptos con el fin de capturar el importante papel que juega el apego en el desarrollo de estrategias de regulación emocional a lo largo del ciclo vital (Cassidy, 2000; Kobak y Sceery, 1988; Kobak et al., 1993; Main et al., 1985; Main y Hesse, 1990; Mikulincer et al., 2003; Miller, 2014; Moutsiana et al., 2014; Shaver y Mikulincer, 2014). Sroufe y Waters (1977) reconceptualizaron la teoría del apego como una teoría sobre la regulación del afecto y las emociones, y Mikulincer y colaboradores (2003) describieron cómo los diferentes patrones y estrategias de apego influían en el desarrollo de estrategias de autorregulación emocional, entendiendo el sistema de apego como parte del sistema de regulación afectiva. En este sentido, los MIT y las estrategias de apego que posee el adolescente los guiarán su comportamiento futuro ante situaciones novedosas, teniendo como objetivo minimizar el estrés y maximizar el sentimiento de seguridad, e influyendo en el desarrollo de estrategias de autorregulación emocional necesarias para

que el adolescente alcance el grado de autonomía necesaria para un desarrollo sano (Allen et al., 2007; Kobak y Sceery, 1988).

Mikulincer y colaboradores (2003) también aseguraron, basándose en los estudios iniciales de Ainsworth y la *situación extraña*, que la capacidad para la autorregulación se deriva de la disponibilidad y capacidad de respuesta de las figuras de apego. Según estos autores, un entorno adecuado promovería un desarrollo emocional adaptativo que se daría en dos etapas (ver Figura 15).

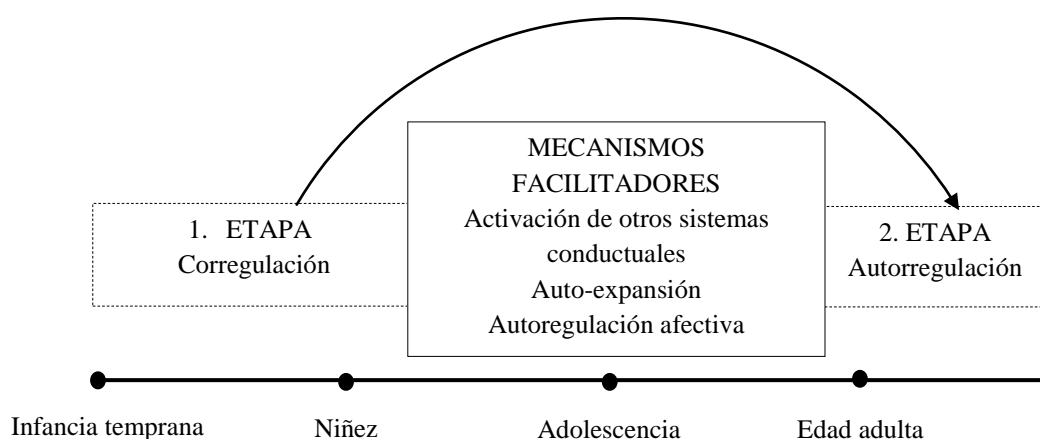


Figura 15. Etapas y mecanismos facilitadores en el desarrollo de la autorregulación emocional

La primera de las etapas, implicaría ampliar y enriquecer la estrategia de apego primaria, mediante la búsqueda de proximidad de una figura de apego que ha de estar disponible para una efectiva regulación de los afectos del menor, dando lugar a lo que los autores denominan co-regulación de los afectos. Esta etapa comenzaría en la infancia temprana y se perpetuaría a lo largo de la niñez, adentrándose en la adolescencia y en la etapa adulta, que es cuando finalmente se consolidan las habilidades de correulación. La segunda etapa, implica un movimiento desde la correulación a la autoregulación, dónde es necesaria una mayor confianza en el *self*, en uno mismo, como elemento calmante, y se precisan habilidades para poder lidiar con afectos negativos.

Desde la psicología del desarrollo se han identificado tres mecanismos que facilitarían el paso de la correulación a la autoregulación (Mikulincer et al., 2003). El primero de ellos, sería la activación de otro sistema conductual, además del sistema

conductual de apego, que incluirían los sistemas exploratorios y de cuidado (Bowlby, 1969; 1980). Gracias al sistema exploratorio, los niños y los adolescentes pueden empezar a distanciarse de las figuras de apego, ganado más autonomía y aprendiendo nuevas estrategias y herramientas acerca del mundo que les rodea. Este aprendizaje, promoverá el desarrollo de estrategias propias de regulación afectiva. Adicionalmente, el sistema de cuidado, posibilita que los niños y adolescentes aprendan a regular los afectos negativos, no solo propios, sino también de los demás, que a su vez potenciará la autorregulación emocional.

El segundo mecanismo que describen es la auto-expansión (*self-expansion*, Aron et al., 2004; Mikulincer et al., 2003). Durante la correulación, la persona aprende a incorporar a su propio sistema de regulación recursos y estrategias de aquellas personas cercanas con las que mantiene vínculos de apego. Esto permitirá que un futuro, que las personas sean capaces de autorregularse por ellas mismas. Es decir, durante la infancia temprana, la niñez y la adolescencia, el menor aprende estrategias regulatorias de la interacción con sus figuras de apego, de los cuidados recibidos, que serán internalizados como estrategias de autorregulación.

El tercer y último mecanismo que facilitará la transición de la correulación a la autorregulación afectiva, es la transmutación de la internalización (Kohut, 1971). Este concepto hace referencia a la internalización de las funciones regulatorias aprendidas de las figuras de apego. Este tercer mecanismo permite al individuo, una vez adquiridas las habilidades regulatorias, ser capaz de llevar a cabo estas estrategias de forma autónoma y sin necesidad de correulación. Mikulincer y colaboradores (2003) afirman que cuando una persona aprende a regular correctamente los afectos negativos, aumentan las creencias positivas sobre sí mismo, que son a su vez consolidadas fomentando la confianza en la capacidad de afrontar situaciones estresantes, reduciendo la necesidad de correulación a favor de una autorregulación afectiva. Si las figuras de apego no son capaces de crear un ambiente seguro donde el menor sea capaz de desarrollar este proceso y adquirir estas habilidades, el desarrollo de la capacidad autorregulatoria quedará interrumpido (Mikulincer et al., 2003; 2009) dando lugar a estrategias desadaptativas que aumentaran el riesgo de padecer desórdenes emocionales. En esta línea, Zhang y Labouvie-Vief (2004) encontraron que los participantes de su estudio afrontaban mejor situaciones estresantes cuando más seguro era su vínculo de apego,

concluyendo así, en favor de la Teoría del Apego, que el apego no sólo se relaciona con representaciones mentales de uno mismo y de los demás, sino que también lo hace con las estrategias de manejo y funcionamiento emocional.

Por otro lado, y desde una perspectiva más analítica, Fonagy y colaboradores (2007), y Luyten y colaboradores (2012) argumentan que es la capacidad de mentalización del afecto, más que la seguridad en el apego, el factor más relevante a la hora de desarrollar funciones adaptativas de autorregulación. Subrayan que las experiencias tempranas de apego que llevarían a crear un vínculo inseguro, son las que imposibilitan el desarrollo de esta capacidad mentalizadora, según ellos necesaria para una regulación y un funcionamiento emocional adaptativo. De esta forma, aseguran que los vínculos de apego inseguro son indicadores de una pobre capacidad mentalizadora, mientras que los vínculos seguros son indicadores de una buena habilidad para la mentalización del afecto. Sostienen esta teoría basándose en que la capacidad de las figuras de apego para reflexionar sobre los procesos psicológicos del menor y representárselos de manera que los pueda entender, generan en el niño la ilusión de estar controlando dichos procesos (Fonagy et al., 2007). Esto hace que el niño experimente los procesos psicológicos reflejados por el adulto como suyos propios, ahí radica la importancia de las percepciones y respuestas de las figuras de apego ante las demandas del menor. Un ejemplo clarificador del modo en que se realiza este reflejo podría darse en caso de un niño que está con malestar y llora. La persona cuidadora responde a ello, pero no llorando y mostrando malestar él mismo, sino con el ceño fruncido y las cejas arqueadas expresando preocupación y amor. Esto constituye una expresión que no solo refleja el estado emocional del niño, sino que lo modifica como una “re-presentación” que es claramente congruente con el estado del niño, pero que también está diferenciada de la respuesta del cuidador. Mediante el reflejo de los estados mentales del niño de forma “marcada” (es decir, en forma de representación metabolizada) y “congruente” (sensible y precisa), el cuidador le ayuda a ir construyendo una comprensión de la experiencia interna de la que en un inicio solo es ligeramente consciente (Fonagy et al., 2002).

Como se hacía referencia en el segundo capítulo, Luyten y colaboradores (2012) van un paso más allá, y explican cómo los vínculos de apego inseguro, y la pobre capacidad de mentalización son factores que predisponen la aparición de sintomatología

somática ante situaciones de estrés, debido a la incapacidad de manejar las emociones negativas que dichas situaciones generan.

En resumen, todas las teorías convergen en un mismo punto: aquellas personas con vínculos de apego seguros, que hayan desarrollado estrategias de apego primarias y que probablemente hayan podido experimentar una efectiva corregulación del afecto con sus figuras de referencia en la infancia temprana, desarrollarán la capacidad para autorregular los afectos y las emociones de forma efectiva, que facilitará un desarrollo sano y adaptativo, a la vez que actuarán como factor protector ante enfermedades y trastornos. Por el contrario, personas que desarrollen estrategias de apego secundarias, íntimamente ligadas a estilos de apego inseguros, cuyas estrategias de corregulación con las figuras de apego hayan sido posiblemente ineficaces, pueden no llegar a desarrollar la capacidad para autorregular los afectos y las emociones de forma efectiva. Esta falta de manejo de las emociones podría estar facilitando la aparición de procesos somáticos, ante la imposibilidad de autorregular, y por lo tanto expresar adecuadamente las emociones intensas (Barry et al., 2007; Fonagy et al., 2007; Mikulincer et al., 2003, 2009; Zhang y Labouvie-Vief, 2004).

#### 3.4.4. Vínculos de apego, salud y bienestar

A lo largo de este capítulo se ha podido ver como la teoría del apego proporciona un marco de desarrollo para las diferencias individuales en aspectos cognitivos, emocionales, comportamentales y de la salud. Se ha visto como los patrones de apego inseguro, tanto los vínculos ambivalentes como los evitativos han sido positiva y significativamente relacionados con síntomas ansiosos y depresivos (Wei, Heppner, y Mallinckrodt, 2003; Wei et al., 2005), con muestras de ira y de desesperanza (Wei et al., 2003) y con síntomas de malestar general (López, 2006). Varios autores también han relacionado el estilo de apego inseguro con el aumento de la respuesta al dolor, y con el dolor crónico (Tremblay y Sullivan, 2010). Y son un factor de riesgo en el desarrollo de síntomas somáticos (Bonab y Kooshar, 2011; Ciechanowski et al., 2002; Landa, Bossis, Boylan, y Wong, 2012; Luyten et al., 2012). Estos autores, explican que es mediante el desarrollo de los MIT y las respectivas estrategias de apego, que la persona aprende a afrontar situaciones estresantes, las cuales pueden sobrepasarle si no adquiere las herramientas y estrategias necesarias para su manejo (Schroeter et al., 2015). Además,

Landa y colaboradores (2012) añaden que las necesidades afectivas no cubiertas, y los problemas de expresión emocional son los factores que se encuentran en la base de la sintomatología somática, haciendo especial hincapié en la asociación que existe entre las representaciones internas negativas de uno mismo y los trastornos somáticos.

Por el contrario, el apego seguro se ha asociado positiva y significativamente con habilidades de inteligencia emocional (Kim, 2005) y competencia emocional, mientras que esta relación se torna negativa cuando hablamos de malestar psicológico, altos niveles de estrés y desregulación emocional (Kochanska y Kim, 2012; Meyers, 1998).

En conjunto, los resultados muestran que un apego inseguro se relaciona positiva y significativamente con un incremento de la sintomatología física, con altos niveles de emociones negativas, y con bajos niveles de autoestima; mientras que el apego seguro, sirve de protección ante los factores mencionados. Sin embargo, varias investigaciones han encontrado resultados contradictorios respecto al apego evitativo. Estos estudios muestran que el vínculo de apego evitativo no se asoció a una peor salud física ni a peores resultados emocionales (Karreman y Vingerhoets, 2012; Wearden et al., 2005). En un estudio realizado por Karreman y Vingerhoets (2012), se encontró que el estilo de apego explicaba un 14,6% de la varianza en bienestar: el apego seguro predecía el bienestar positivamente mientras que la relación entre el bienestar y el apego ambivalente era negativa. Contrario a lo esperado, el apego evitativo mostró una relación positiva con el bienestar. Estos autores, creen que esto se debe a los altos grados de inhibición emocional que presentan estas personas, lo cual desencadena una falsa satisfacción. Esta inhibición emocional podría explicar la correlación positiva entre el estilo de apego evitativo con el bienestar, y a su vez serviría para argumentar porqué los estilos de apego inseguros presentan más sintomatología física que el estilo seguro.

### 3.5. ESTABILIDAD Y CAMBIO DE LOS VÍNCULOS DE APEGO

A raíz de estos diferentes sistemas de apego que coexisten en la adolescencia, se han desarrollado dos modelos contrapuestos que tratan de unificar y relacionar las



interacciones con los diferentes miembros de la familia y con el grupo de iguales: el modelo de compensación, y el modelo de continuidad (Wilkinson, 2004).

El modelo de compensación argumenta que los adolescentes buscan en el grupo de iguales el apoyo necesario para poder cubrir las necesidades que la familia, los padres o cuidadores principales no han podido cubrir, compensando de esta manera la falta de seguridad en los vínculos de apego primarios, con nuevos vínculos más seguros, con el grupo de iguales (Mikulincer y Shaver, 2007b).

Por otro lado, el modelo de continuidad, defiende que la manera en la que el adolescente se relaciona y socializa con el grupo de iguales, no es más que una extensión de los vínculos desarrollados en el seno familiar. Este modelo, apoyado por la Teoría del Apego, ve ambas relaciones como interrelacionadas y complementarias, y asume que los vínculos de apego primarios son estables y difícilmente modificables, y que los lazos afectivos y los vínculos de apego son transferidos de aquellas personas que nos brindan cuidado y cariño a nuestros iguales (Armsden y Greenberg, 1987; Bowlby, 1969, Cassidy y Shaver, 1999; Sroufe, 2005; Gold y Yanof, 1985; Hazan y Shaver, 1994; Wilkinson, 2004). Este es el modelo que más evidencia empírica ha mostrado hasta la fecha, apoyando la idea de que los patrones de apego establecidos en la primera infancia tienden a mantenerse en la adolescencia en relación al grupo de iguales (Allen et al., 2004; 2007; Uytun et al., 2013; Wilkinson, 2004), así como en la edad adulta en relación a la pareja romántica (Hazan y Shaver, 1987, 1994).

La postura más favorable a la idea de estabilidad a través de las situaciones, los diferentes vínculos y a través del tiempo, ha sido llamada por algunos autores *postura prototípica* (Fonagy, 2004; Fraley, 2002; Thompson, 2008). Defiende que el sistema de apego se forma en la infancia y que las estructuras cognitivas que se crean a su alrededor son únicas y permanecen a través de las situaciones y a lo largo de toda la vida (Figura 16).

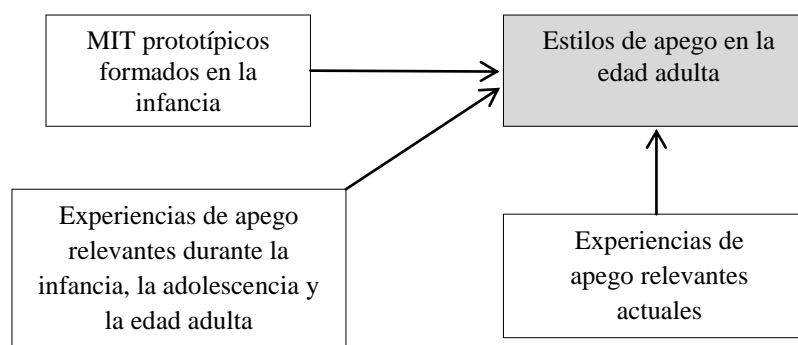


Figura 16. Representación esquemática de la postura prototípica del desarrollo de los nuevos vínculos de apego (extraído de Mikulincer y Shaver, 2007b)

Autores como Main y colaboradores (1985) y Bowlby (1980) apoyan esta idea de la estabilidad del apego, por medio de los modelos internos de trabajo, considerándolos resistentes al cambio. Esta tendencia, denominada estabilidad del apego ha sido apoyada por varios autores. Los autores que apoyan la estabilidad, no consideran que el tipo de apego formado en la primera infancia determine invariablemente el apego que se desarrolla después, al hablar de estabilidad hacen referencia a una tendencia a la estabilidad, barajando la posibilidad de que pudieran darse cambios en el tipo de apego establecido en la primera infancia (Allen et al., 2004, 2007; Furman, Simon, Shaffer y Bouchey, 2002; y Zimmerman, 2004; Kobak y Sceery, 1988; Main et al., 1985; Waters, Weinfield y Hamilton 2000). Según el modelo prototípico, lo que se mantiene estable en el tiempo son los MIT, que determinarán el patrón de apego que la persona establece en diferentes momentos de su desarrollo. A su vez, distinguen dos tipos de MIT (Mikulincer y Shaver, 2007b):

- a. Los MIT actuales, que pueden ser revisados y actualizados por medio de experiencias de apego relevantes en las diferentes fases vitales, si éstas llegaran a ser muy diferentes de las vividas con anterioridad.
- b. Los MIT prototípicos, formados durante los primeros años de vida. Éstos se consideran más resistentes al cambio, y seguirán, durante la adolescencia y la edad adulta, ejerciendo influencia en las nuevas relaciones personales.

Estudios longitudinales de las últimas décadas, como el de Hamilton (2000) o Waters, Merrick, Treboux, Crowell y Albersheim (2000), han arrojado evidencia a

favor de una relativa estabilidad de éstos vínculos en tres momentos vitales: infancia, adolescencia y edad adulta. Hamilton (2000) encontró que un 70% de los niños participantes, obtuvieron el mismo estilo de apego seguro o inseguro en la adolescencia; mientras que Waters y colaboradores (2000) encontraron un 72% de concordancia en los vínculos de apego medidos en la infancia y en la adultez temprana.

La *postura revisionista*, sin embargo, defiende desde el modelo de compensación, que el sistema de apego puede mantenerse o cambiar, que las representaciones, sentimientos y conductas están en continua actividad siendo revisadas una y otra vez, y que por lo tanto no tienen por qué mantenerse. Se trata de “un sistema flexible que se adapta y modifica cada vez que una experiencia contradice o aporta elementos nuevos” (Fraley, 2002, p. 125). Para Cassidy (1999), Marrone et al. (2001) o Stein y colaboradores (2002), estos modelos se construyen en los primeros años de vida y luego son susceptibles de reelaboraciones en función de las interacciones con otras figuras de apego. La postura revisionista, defiende que los MIT creados durante la infancia, son de naturaleza sensoriomotora, procesales y no lingüísticos. Reflejan por lo tanto interacciones padre-hijo que se dieron mucho antes de que las capacidades lingüísticas y de introspección fueran desarrolladas. Es por eso que estos MIT preverbales pueden ser reinterpretados y actualizados mediante relaciones cercanas durante la adolescencia o edad adulta (Mikulincer y Shaver, 2007a).

Por tanto, por un lado el sistema de apego tiene algún grado de estabilidad, durante cortos y medios periodos de tiempo y es probable que también, hasta cierto grado, a lo largo del ciclo vital. Pero es también cierto que pueden darse cambios, bien por sucesos traumáticos, bien por relaciones especialmente positivas (por ejemplo en las adopciones y en la formación de nuevas parejas, con una persona de estilo de apego seguro). Por otra parte, es indudable que la formación de nuevos vínculos de apego es posible a lo largo de toda la vida, así como la desaparición de éstos, si las relaciones se tornan muy dramáticas (abandono infantil, por ejemplo) o suponen una ruptura de la relación (por ejemplo, tras una separación). En resumen, el apego es un sistema que tiende a permanecer estable, pero a la vez reinterpreta las nuevas experiencias de manera flexible y abierta, dejando lugar a un posible cambio (Bowlby, 1986; Waters et al., 2000).

### 3.6. LA EVALUACIÓN DEL APEGO ADOLESCENTE

Hoy en día, identificar la mejor manera de medir el apego sigue siendo un punto que genera mucha controversia, sobre todos entre los dos modelos antagónicos y principales: el modelo categorial proveniente de la psicología del desarrollo y de la clínica y el modelo dimensional, desarrollado desde el ámbito de la psicología social (ver Tabla 9) (Cassidy y Shaver, 1999; Dozier et al., 2008; Feeney, 2002; Jacobvitz, Curran y Moller, 2002; López, 2006; Martínez y Santelices, 2005; Shaver y Mikulincer, 2002).

Tabla 9. *Ventajas y desventajas de los modelos categorial y dimensional (extraído de Martínez y Santelices, 2005)*

	MODELO CATEGORIAL	MODELO DIMENSIONAL
VENTAJAS	-La comunicación científica es más económica -Mayor facilidad de análisis estadísticos -Permite capturar la verdadera naturaleza del fenómeno.	-Previene la pérdida de información -Mayor utilidad en la práctica clínica -Mayor flexibilidad en estudios correlacionales y de regresión múltiple -Puntajes confiables y simples
DESVENTAJAS	-Diferentes mediciones no evalúan igual a los mismo individuos -Debilidad teórica -Induce a relaciones causales -Produce sesgos cognitivos y perceptuales hacia la estereotipación -Poco útil en el ámbito clínico	-Pérdida de propiedades emergentes que surgen de la combinación entre dimensiones. -Pérdidas de información ideográfica debido a su naturaleza nomotética -Mayor dificultad en la codificación por jueces expertos.

*Nota:* Adaptado de Bartholomew y Shaver (1998); Crowell y Treboux (1995); Griffin y Bartholomew (1994).

Algunos instrumentos se han elaborado para diferenciar categorías, ya sea en la versión de tres categorías (ABC), ya sea en la versión de cuatro categorías (ABCD). Sin embargo, hay investigadores que consideran que es mejor evaluar el apego como una combinación de dimensiones subyacentes: alta/baja ansiedad y alta/baja evitación y también hay investigadores que adoptan una combinación de ambos procedimientos (Del Giudice, 2009). Sobre la mayor o menor idoneidad de estos procedimientos alternativos el debate permanece abierto (ver Tabla 3.1) (Cassidy, 2000; Cummings, 2003; Fraley, 2002; Waters y Waters, 2006).

Dentro de las medidas categoriales y dimensionales, también se distinguen las entrevistas y los autoinformes. Las preguntas realizadas en las entrevistas, tiene como fin elicitación procesos defensivos inconscientes, que saquen a la luz las estrategias y los

MIT que caracterizan los diferentes estilos de apego (Hesse y Main, 2000; Kobak y Sceery, 1988; Kobak et al., 1993).

Uno de los puntos que más controversia genera, es si los autoinformes y las entrevistas miden el mismo constructo, o si realmente están midiendo diferentes aspectos del apego. Hesse y Main (2000), se posicionan a favor del uso de las medidas de autoinforme, afirmando que ambos instrumentos son capaces de identificar vínculos de apego seguros e inseguros, basándose en tres premisas: (1) los jóvenes y adultos son capaces de informar acerca de sus experiencias emocionales así como de su comportamiento; (2) la mayoría de jóvenes y adultos tiene suficientes relaciones significativas con los otros como para darse cuenta de su patrón comportamental en lo que a relaciones interpersonales se refiere; y (3) ambos procesos, conscientes e inconscientes, tienden a operar en la misma dirección.

Dependiendo de la etapa de desarrollo humano que miden se han centrado en diferentes aspectos. La evaluación en la infancia se centra en las interacciones de los niños y padres y la transmisión intergeneracional de fijación. Mientras que en la edad adulta se miden los efectos de apego en los modelos internos de trabajo y los compañeros y las relaciones románticas (Crowell y Treboux, 1995). En esta investigación el foco de interés es la población adolescente. Las novedades en los instrumentos de la etapa adolescente en relación con los de la etapa infantil son: que se produce un giro desde medidas preferentemente de observación hacia medidas basadas en las representaciones internas del modelo mental de relaciones; que se considera a los iguales, además de a los padres como figuras de apego; y que se trata en su mayoría de medidas de auto-informe, frente a los instrumentos mayoritariamente observacionales de la etapa infantil.

A su vez, la etapa adolescente presenta ciertas dificultades a la hora de evaluar el apego. Existen pocas medidas creadas para medir el apego en esta etapa específica del ciclo vital. La mayoría de estudios e instrumentos se han centrado en medir el apego en infantil o adulto. Como se comentaba con anterioridad, la adolescencia es una etapa de vital importancia en el desarrollo de nuevos vínculos emocionales, así como en la reinterpretación de aquellos establecidos en la niñez, por lo tanto es importante el uso de medidas específicas para analizar estos cambios.



## CAPÍTULO 4

---

### CONCLUSIONES Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO





La revisión de la literatura y del estado actual del tema ha mostrado que la somatización es un fenómeno controvertido que ha sido conceptualizado de diversas maneras a lo largo de los años y desde las diferentes corrientes psicológicas (Dell y Campo, 2011; Schroeter et al., 2015). Sin embargo, aunque muchas y muy diversas, las definiciones formuladas hasta el momento comparten un elemento en común: la presencia de síntomas físicos de patología orgánica desconocida (Busch, 2014; Dismsdale et al., 2011; Sirri y Fava, 2013).

Actualmente, se reconoce que la somatización se trata de una problemática bastante común en la práctica pediátrica, y se conoce que los adolescentes presentan una variedad de síntomas físicos que no se explican mejor por una condición médica y que, al igual que los adultos, difieren en la frecuencia, severidad y forma de manifestarse (Koh, 2013; Rief y Martin, 2014; Stone, 2011).

Como se ha mencionado a lo largo de esta primera parte teórica, la presencia de sintomatología somática en adolescentes, además de suponer un reto para los médicos de atención primaria, conlleva una serie de graves consecuencias sociales y psicológicas, como un elevado número de ausencias escolares, un bajo rendimiento académico, e incluso el aislamiento social o temor a perder las relaciones sociales (Bakoula, Kapi, Veltista, Kavadias, y Kolaitis, 2006; Busch, 2014; Fichel y Larson, 2002; Vila et al., 2009). Además, varios estudios coinciden en señalar que es durante la adolescencia cuando se da una mayor prevalencia de estos síntomas, quizá debido a la etapa de cambio que supone, y a las novedades a las que el adolescente ha de enfrentarse. Aun así, los procesos somáticos en la adolescencia han recibido muy poca atención en la literatura en comparación con los mismos procesos en edad adulta (Campo y Fritsch, 1994). De ahí la necesidad de estudiar las causas del desarrollo y la aparición de síntomas somáticos en muestra adolescente y joven adulta.

Asimismo, la revisión realizada en el primer capítulo, mostraba como desde las diferentes corrientes psicológicas, y también desde perspectivas más biologicistas, se han ofrecido a lo largo de las últimas décadas varias explicaciones para este tipo de síntomas sin causa orgánica, creando, sobre todo desde los modelos psicológicos

cognitivos y emocionales, diferentes modelos causales que dan cuenta de los procesos somáticos.

Dentro de estos modelos, se han resaltado los emocionales, debido a la connotación de expresión corporal de emociones reprimidas que a lo largo de la literatura han mostrado los síntomas somáticos. Así, se ha podido observar, como muchos teóricos opinan que cuando las emociones no se manejan de manera adecuada, estas pueden bloquearse, y cuando esto ocurre y no se da una expresión adaptativa de la emoción, queda contenida dentro del cuerpo, dando lugar a su expresión corporal, mediante el síntoma somático. Las estrategias con las que manejamos, procesamos y regulamos nuestras emociones, ha demostrado actuar como factor de riesgo y mantenimiento en los procesos de somatización (Barret et al., 2001; Charles y Carstensen, 2007; Zaccagnini, 2004). Por lo tanto, comprender las emociones y las estrategias emocionales individuales que las personas emplean a la hora de lidiar con ellas tiene una gran relevancia en el estudio del desarrollo adaptativo, y concretamente en el desarrollo de síntomas somáticos.

Este punto de vista, lleva a plantearse porque y a causa de qué las personas difieren en el desarrollo y en el uso de las estrategias emocionales.

Dentro de las muchas explicaciones existentes, en el presente estudio se destaca principalmente la influencia de las relaciones tempranas, o relaciones de apego, establecidas en la primera infancia con aquellas figuras de referencia encargadas de cuidar y cubrir las necesidades del menor, rol que generalmente suele recaer sobre los progenitores de éste. Baker (2012) afirmaba que durante la época de crianza los niños desarrollan estilos de manejo emocional, algunos de los cuales promueven el procesamiento, pero otros que lo impiden, explicando así las diferencias individuales en la asociación de experiencias emocionales que generan malestar. En muestra española, Del Barrio (2002) también afirmaba que la expresividad emocional infantil está íntimamente ligada a la familia.

Como defendían Shaver y Mikulincer (2002) y, más adelante, Allen y colaboradores (2007), Aron y colaboradores (2004), Mikulincer y colaboradores (2003), y Miller (2014), de la repetición de interacciones seguras donde el niño se siente cuidado, y emocionalmente protegido, el niño desarrolla ciertas estrategias de apego que

sirven como mecanismos facilitadores de la autorregulación emocional. Por lo tanto, las figuras que tomamos como referente nos ayudan a ser conscientes y ver nuestras emociones, y a pasar de una correulación a una autorregulación autónoma, que según parece indicar la teoría será más sana y adaptativa cuanto más seguro sea el vínculo de apego.

En resumen, de los diversos estudios realizados hasta la fecha, y del conjunto la bibliografía revisada, se extrae la idea de que las interacciones tempranas y los vínculos de apego que de éstas se generan, influyen en la manera en la que manejamos nuestras emociones, permitiendo o no su procesamiento y regulación, dependiendo de la calidad del vínculo establecido. Asimismo, estas interacciones tempranas, cuando son adversas y el vínculo de apego se torna inseguro, no permiten un correcto funcionamiento emocional, facilitando el bloqueo de la emoción dentro del cuerpo, lo cual aumenta la posibilidad de que esa emoción sea expresada por la vía somática, permitiendo así la aparición del síntoma somático.

De todo lo hasta ahora planteado, se desprende la necesidad de estudiar la somatización en jóvenes y adolescentes para entender la contribución de las relaciones interpersonales y la regulación emocional al desarrollo de trastornos somáticos. Esta necesidad lleva a plantear el estudio de la dinámica entre la sintomatología somática, las estrategias emocionales y las relaciones de apego. Asimismo, la revisión de la literatura ha permitido señalar varios aspectos hasta ahora apenas estudiados, que hasta el día de hoy las diferentes investigaciones realizadas no han podido llenar. Entre ellos destacan la poco estudiada influencia del padre como figura de apego y la continuidad de los vínculos de apego a lo largo de las etapas vitales.

Cabe destacar además, que hasta la fecha, muy pocos trabajos han sido dirigidos a investigar la relación entre las tres variables, y no hay conocimiento por parte de la autora de la existencia de ningún estudio que analice el papel mediador de las estrategias emocionales en la relación entre el apego y la sintomatología somática.



## **PARTE EMPÍRICA**

---



## CAPÍTULO 5

---

### OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN





La presente tesis doctoral divide esta segunda parte empírica en dos estudios independientes, pero relacionados, cada uno con sus correspondientes objetivos e hipótesis.

En primer lugar y con el fin de poder evaluar de forma válida y fiable las dificultades en el procesamiento de las emociones para analizar su desarrollo en base a las relaciones tempranas de apego, y su posterior influencia en la presencia de sintomatología somática, se procedió a la validación en castellano del cuestionario *Emotional Processing Scale-25* (EPS-25).

Una vez validado el cuestionario, se llevó a cabo el segundo estudio que conforma la parte empírica y que tiene como fin analizar la relación entre las variables de estudio previamente mencionadas e introducidas en los anteriores capítulos.

Parte para ello de un objetivo general y amplio que se subdivide en objetivos específicos más concretos de los que se derivan las hipótesis a contrastar en cada uno de los estudios. Posteriormente se analizan y discuten los resultados encontrados por separado.

## 5.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general del presente estudio es analizar la relación que existe entre los vínculos de apego, las dificultades en el procesamiento emocional, las estrategias de regulación emocional, y la aparición de sintomatología somática entre los jóvenes y adolescentes.

Para lograr este objetivo general, fue necesario desglosarlo en objetivos más específicos que componen los dos estudios independientes que conforman la presente investigación: el estudio de adaptación del cuestionario EPS-25 para medir dificultades en el procesamiento emocional, y el estudio exploratorio acerca de la relación entre las diferentes variables.

## 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos del primer estudio fueron los que a continuación se detallan:

1. Evaluar la fiabilidad y la validez de la traducción al castellano del instrumento EPS-25, para medir las dificultades en el procesamiento emocional en adolescentes y jóvenes adultos españoles.
2. Probar la adecuación del modelo factorial propuesto por los autores en el instrumento original.

En lo que respecta al segundo estudio, estos fueron los objetivos específicos perseguidos:

3. Comprobar la continuidad de los vínculos de apego en la relación con los progenitores y con el grupo de iguales.
4. Analizar las diferencias que los estilos de apego puedan generar en las dificultades en el procesamiento de las emociones, el uso de las estrategias de regulación emocional y la sintomatología somática en una muestra de adolescentes y jóvenes adultos.
5. Analizar la relación entre el procesamiento emocional, las estrategias de regulación emocional y la sintomatología somática en una muestra de adolescentes y jóvenes adultos.
6. Analizar las diferencias respecto al sexo y a la edad de la muestra de adolescentes y jóvenes adultos en cuanto uso de estrategias emocionales y presencia de sintomatología somática.
7. Estudiar el posible papel mediador de las estrategias emocionales, tanto las dificultades en el procesamiento de las emociones, como las estrategias de regulación emocional, en la relación entre el apego y la sintomatología somática.

### 5.3. HIPÓTESIS

Una vez consensuados, y con el fin de lograr esclarecer los objetivos específicos anteriormente mencionados, se redactaron las hipótesis de trabajo de las que parte la presente investigación. Una vez más divididas por estudios, el primer estudio que constituye este trabajo trata de dar respuesta a la siguiente hipótesis:

1. El cuestionario EPS-25 en castellano, se presenta como un instrumento válido y fiable para evaluar el procesamiento emocional de los adolescentes y jóvenes adultos españoles.
2. El cuestionario EPS-25 en castellano, se adecua a una estructura de cinco factores, al igual que la versión original de dicha herramienta.

Mientras que el segundo estudio, pretende poder aceptar o rechazar las siguientes hipótesis:

3. Los jóvenes y adolescentes crean vínculos de apego con sus iguales más cercanos, similares a aquellos vínculos establecidos con sus progenitores.
4. Los jóvenes y adolescentes que reportan un vínculo de apego seguro (con la madre, con el padre o con el grupo de iguales), muestran menos dificultades a la hora de procesar sus emociones que aquellos que presentan un vínculo de apego inseguro.
5. Los jóvenes y adolescentes que reportan un vínculo de apego seguro (con la madre, con el padre o con el grupo de iguales), muestran mayores puntuaciones en las estrategias de regulación emocional positivas, y menores puntuaciones en las negativas, que aquellos con un vínculo de apego inseguro.
6. Los jóvenes y adolescentes con un vínculo de apego evitativo (con la madre, con el padre o con el grupo de iguales) son los que más sintomatología somática presentan, en comparación con aquellos que mantiene un vínculo ansioso o seguro.

7. Los jóvenes y adolescentes que muestren dificultades en el procesamiento emocional, presentan también mayores niveles de sintomatología somática en comparación con los jóvenes y adolescentes que no muestran dificultades.
8. Los jóvenes y adolescentes que puntúen alto en el uso de estrategias de regulación negativas, muestran mayores niveles de sintomatología somática, en comparación a los que puntúen bajo.
9. En adolescentes y jóvenes adultos, las mujeres muestran mayores dificultades de procesamiento emocional y un uso de estrategias emocionales más desadaptativo que los hombres.
10. En adolescentes y jóvenes adultos, las mujeres muestran una mayor presencia de sintomatología somática que los hombres.
11. Los adolescentes de la presente muestra hacen un uso de estrategias emocionales desadaptativas mayor que los jóvenes adultos.
12. Las estrategias emocionales, (tanto las dificultades en el procesamiento emocional como las estrategias de regulación emocional), actúan como variables mediadoras en la relación entre el vínculo de apego establecido con los progenitores (con la madre y con el padre) y la presencia de sintomatología somática en jóvenes y adolescentes.

## CAPÍTULO 6

---

### ESTUDIO 1: ADAPTACIÓN AL CASTELLANO DEL EPS-25



## 6.1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El procesamiento emocional hace referencia al conjunto de estrategias y mecanismos que se dan a lo largo de un continuo, desde que la emoción es percibida hasta que ésta es expresada, y a través de los cuales las perturbaciones emocionales son digeridas de tal manera que no llegan a interferir negativamente en el curso de la vida de las personas (Rachman, 1980; Baker, 2007; Baker et al., 2007). Como se ha explicado detalladamente en anteriores capítulos, el correcto procesamiento de las emociones promueve un funcionamiento emocional sano y adaptativo, mientras que las dificultades en el mismo son un factor de riesgo ante patologías como la somatización, la ansiedad o la depresión (Aldao et al., 2010; Baker et al. 2007; Campbell-Sills & Barlow, 2007; Coughlin de la Selva, 2006 Silva, 2004).

En el tercer capítulo, se explicaba que el EPS-25 es un cuestionario que enmarcado en la teoría del procesamiento emocional de Baker, evalúa los múltiples problemas que pueden surgir a la hora de manejar nuestras propias emociones a lo largo del continuo del procesamiento emocional (ver Figura 17). En la actualidad existen herramientas que miden diferentes aspectos del procesamiento emocional, pero ninguno captura la naturaleza polifacética del constructo, teniendo en cuenta las diferentes etapas que Baker plantea, ya que únicamente se focalizan en alguna de las fases del proceso (Baker et al., 2007; 2010; Lundh, Johnsson, Sundqvist y Olsson, 2002). Por lo tanto, hasta la fecha, y hasta donde se ha podido estudiar, a excepción del EPS-25 parece no existir ningún otro instrumento que mida este constructo teniendo en cuenta la globalidad del proceso, desde la percepción del estímulo que desencadena la emoción, hasta la expresión de la misma.

Este instrumento, ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, así como efectividad a la hora de evaluar un constructo tan complejo como el procesamiento emocional, lo que parece indicar que puede ser una herramienta de utilidad en población española (Baker et al., 2010; Gremigni y Santanastaso, 2007; Marquez, Montorio, Izal y Losada, 2006; Yogo y Ohiro, 2007). Sin embargo, aunque a día de hoy se han realizado diversas adaptaciones del instrumento (Baker et al., 2010) y se han llevado a cabo validaciones del mismo en Japón (Yogo y Ohiro, 2007) e Italia (Gremigni y

Santanastaso, 2007), hasta la fecha, los autores no tienen conocimiento de su validación en lengua castellana, ni con muestra española (Baker et al., 2010).

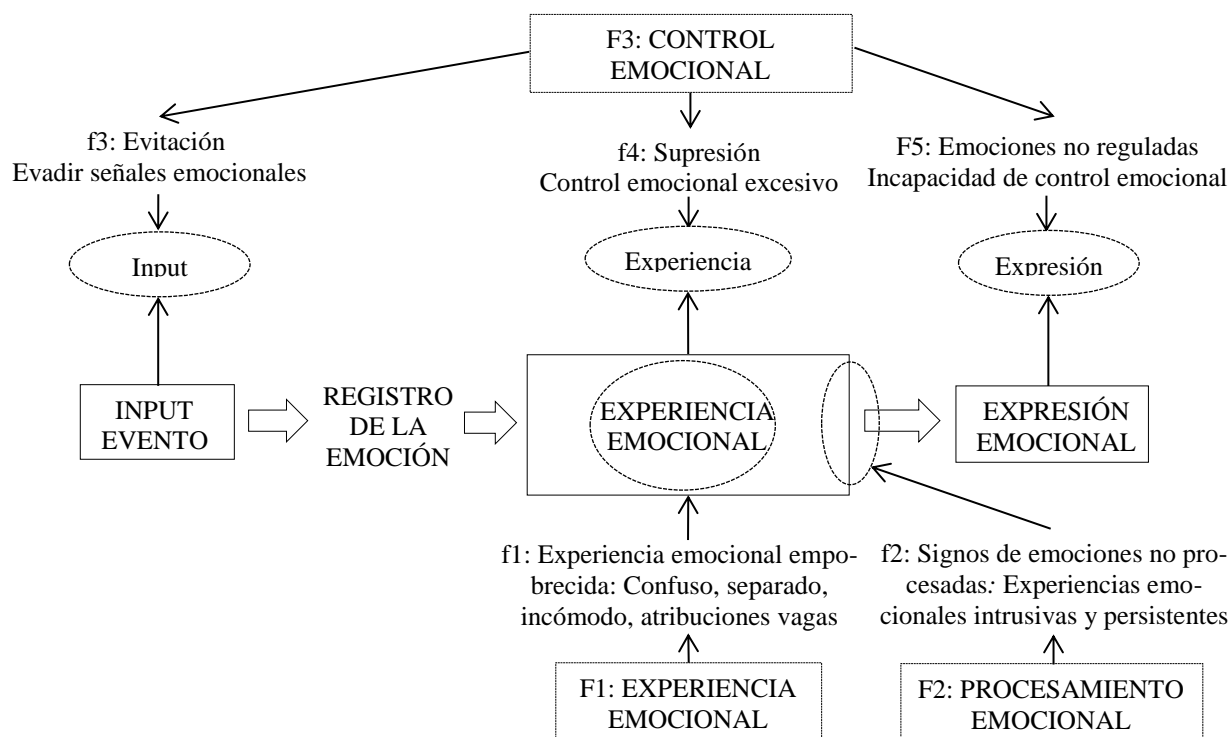


Figura 17. Modelo de procesamiento emocional y su solapamiento con la estructura factorial del EPS-25 propuesto por Baker (2007, p. 118). f: Factor de primer orden; F: Factor de segundo orden.

Teniendo todo ello en cuenta, los objetivos de este primer estudio son dos. Por un lado evaluar la fiabilidad y la validez de la traducción al castellano del instrumento EPS-25 para medir el procesamiento emocional en adolescentes y jóvenes adultos españoles, analizando los indicadores psicométricos pertinentes y, por otro lado, probar la adecuación del modelo factorial propuesto por los autores en el instrumento original mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC).

## 6.2. METODOLOGÍA

### 6.2.1. Participantes

El total de la muestra estuvo compuesta por 650 participantes, todos ellos estudiantes españoles. 397 eran mujeres (61,07%) y 253 hombres (38,92%), siendo la media de edad de 18,15 (*D.T.*= 1,63). La muestra se recogió mediante un muestreo intencional de los diferentes centros educativos de la CAPV.



El criterio de inclusión fue tener entre 16 y 22 años y haber firmado el consentimiento informado (ver Anexo 4). En el caso de ser mayores de edad, ellos mismos daban la aprobación firmando el consentimiento, sin embargo, cuando el participante era menor de edad, eran los padres o tutores legales quienes debían firmar, acreditando así el consentimiento para la participación en la presente investigación. Se excluyeron de la muestra aquellas personas que no hubiesen cumplimentado la batería de cuestionarios correctamente, dejando entre una y cuatro preguntas en blanco, dependiendo del cuestionario y su longitud. Así, de los 650 participantes iniciales, la muestra final quedó compuesta por 605 adolescentes y jóvenes adultos, 365 mujeres (60,3%) y 240 hombres (39,7%), con una media de edad de 18,30 ( $D.T. = 1,75$ ).

Los participantes provenían de diferentes centros de enseñanza pública, privada y concertada de la provincia de Bizkaia (ver Tabla 10): institutos de educación secundaria (42,8%,  $N=259$ ), centros de formación profesional (29,6%,  $N=179$ ) y universidades (23%,  $N=139$ ). Entre los centros de educación secundaria participaron los alumnos de 1º y 2º de Bachillerato del colegio Jesuitas de Indautxu, en Bilbao (29,6%,  $N=179$ ); El Regato, en Barakaldo (13,2%,  $N=80$ ); y el IES Eskurtze, en Bilbao (18,2%,  $N=110$ ). Los centros de formación profesional que se ofrecieron a colaborar fueron la Escuela de Hostelería de Leioa (5,8%,  $N=35$ ), y el IEFPS de Zornotza (5,4%,  $N=34$ ). El resto de participantes pertenecían a la Universidad de Deusto (23%,  $N=139$ ). Por último, un porcentaje menor (4,6%,  $N=29$ ) fue recogido de manera online, mediante un cuestionario informatizado que se colgó en las redes sociales.

Tabla 10. *Descriptivos en base al nivel de estudios y centro de recogida.*

<i>Nivel Estudios</i>	<i>Centro</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Educación	El Regato	37	42	79
Secundaria ( $N=272$ )	Jesuitas Indautxu	90	89	179
	Online	5	9	14
Formación	Hostelería Leioa	24	11	35
Profesional ( $N=185$ )	Eskurtze IES	27	83	110
	Zornotza IEFPS	22	12	34
	Online	1	5	6
Universitarios ( $N=148$ )	Universidad Deusto	30	109	139
	Online	4	5	9

Del total de la muestra, únicamente un 2% ( $N=12$ ) se encuentra trabajando y estudiando al mismo tiempo, mientras que la mayoría (98%,  $N=593$ ) únicamente estudian. El nivel de estudios varía dependiendo de la procedencia de la muestra entre secundarios (45%,  $N=272$ ), formación profesional (30,6%,  $N=185$ ) y universitarios (24,5%,  $N=148$ ).

### 6.2.2. Instrumentación

A continuación, se detallan los instrumentos de medida utilizados en este primer estudio de validación (para más información acerca de las escalas, ver Anexo 5).

*Emotional Processing Questionnaire-25* (EPS-25; Baker et al., 2010). El EPS-25 es un instrumento que evalúa déficits y dificultades en el procesamiento emocional, y está enmarcado dentro de la teoría del procesamiento emocional de Baker (Baker et al. 2010; ver Capítulo 3 para más información). Es una escala de autoinforme de 25 ítems, organizados en cinco factores, que se miden mediante una escala tipo Likert que oscila entre el 0 (totalmente desacuerdo) y el 9 (totalmente de acuerdo). La traducción al castellano del EPS-25, se llevó a cabo por Montorio, Cabrera e Izal en el 2010 (Baker, Thomas, Thomas Gower y Whittlesea, 2010), pero no ha sido publicada a fecha de este estudio.

El EPS-25 es la versión reducida del EPS original que contaba con 38 ítems (Baker et al., 2004, 2007). La escala reducida se creó a partir de la validación de la versión de 38 ítems. Con el fin de validar la nueva escala reducida, los autores llevaron a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC), que corrobora una estructura estable de 5 factores y cinco ítems por factor: *Supresión* (control excesivo de la experiencia y la expresión emocional; ítems 1, 6, 11, 16 y 21); *Signos de emociones no procesadas* (experiencias emocionales intrusivas y persistentes; ítems 2, 7, 12, 17 y 22); *Emociones no reguladas* (incapacidad de controlar las emociones propias; ítems 3, 8, 13, 18 y 23); y *Evitación* (evitar experiencias emocionales negativas; ítems 4, 9, 14, 19 y 24) y *Experiencia emocional empobrecida* (experiencia emocional desapegada, pobre insight emocional y atribuciones vagas; ítems 5, 10, 15, 20 y 25). La puntuación de los factores se computa sumando las puntuaciones para cada uno de los ítems, y dividiéndolo por el número de ítems del que se compone cada factor (a mayores puntajes, mayores niveles

de déficit en el procesamiento de las emociones). Por otro lado, se calcula una puntuación total para la escala, sumando las puntuaciones del total de 25 ítems y dividiéndola también por el número total de ítems de los que se compone la escala. De estas cinco subescalas, tres se relacionan con el control o desregulación emocional (*Evitación*, *Supresión* y *Emociones no reguladas*), una de ellas recoge aspectos del constructo de Alexitimia y la experiencia de emociones (*Experiencia emocional empobrecida*), y la última subescala (*Signos de emociones no procesadas*), se refiere a un inadecuado procesamiento emocional (Baker, 2007). Por lo tanto, los cinco factores de los que se compone el EPS-25, quedan recogidos en tres factores de segundo orden, a lo largo del continuo del procesamiento emocional (ver Figura 6.1). En la versión inglesa del cuestionario las correlaciones ( $r$  de Pearson) entre las cinco subescalas (*Supresión*, *Emociones no reguladas*, *Experiencia emocional empobrecida*, *Signos de emociones no procesadas* y *Evitación*) y la escala total de EPS-25 fueron de ,76; ,73; ,83; ,81 y ,73 respectivamente ( $p < ,01$ ; Baker et al., 2010).

En lo referente a datos de fiabilidad, tanto en su versión original, como en su validación con muestra Italiana, y en su validación transcultural muestra una fiabilidad aceptable para las cinco subescalas que componen los cinco factores (ver Tabla 11).

Tabla 11. Fiabilidad del instrumento EPS-25 en sus diferentes validaciones hasta la fecha.

Nombre del factor	Número de ítems	$\alpha$ Cronbach muestra Inglesa	$\alpha$ Cronbach muestra Italiana	$\alpha$ Cronbach muestra Inglesa e Italiana
<i>Supresión</i>	5	,84	,77	,80
<i>Signos de emociones no procesadas</i>	5	,85	,81	,83
<i>Emociones no reguladas</i>	5	,76	,72	,73
<i>Evitación</i>	5	,74	,66	,70
<i>Empobrecimiento de la experiencia emocional</i>	5	,82	,69	,76

Nota: Fuente: Baker, Thomas, Thomas, Gower y Whittlesea, 2010.

*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-short versión* (CERQ-short; Garnefski y Kraaij, 2007; adaptación al castellano por Mendrano et al., 2013), para evaluar estilos de afrontamiento. El CERQ-versión reducida es un instrumento de auto-informe compuesto por 36 ítems respondidos en una escala tipo Likert, en la que 1 es *casi nunca* y 5 es *casi siempre*. Es una versión acortada de CERQ desarrollado por Garnefski, Kraaik y Spinhoven (2001). Este cuestionario examina nueve estrategias cognitivas de regulación emocional que utilizan las personas tras haber sufrido una experiencia displacentera o estresante. Estas estrategias se clasifican en estrategias de

regulación emocional positivas: *Poner en perspectiva* (pensamientos que relativizan lo ocurrido en comparación con otras experiencias), *Centrarse en lo positivo* (pensar en cosas gratificantes y agradables sobre el evento ocurrido), *Reevaluación positiva* (pensamientos que lleven a crear un significado más positivo de lo acontecido), *Aceptación* (resignarse a lo ocurrido) y *Planificación* (pensar en los pasos a dar para manejar las consecuencias negativas de lo ocurrido; y en estrategias de regulación emocional negativas: *Autoculparse* (pensamientos que culpan a uno mismo de lo ocurrido), *Culpar a otros* (pensamientos que culpan a otra persona de lo ocurrido), *Rumiación* (pensamientos recurrentes sobre sentimientos asociados al evento negativo) y *Catastrofismo* (pensamientos que enfatizan lo negativo de lo ocurrido). Las estrategias positivas facilitan el funcionamiento emocional adaptativo, mientras que las negativas lo dificultan (Garnefski y Kraaij, 2007; para una explicación más elaborada sobre la creación del instrumento y sus dimensiones particulares ver Garnefski et al., 2001; Garnefski, van den Kommer et al., 2002, Garnefski, Kraaij et al., 2002).

Tanto en su versión original como en su adaptación al castellano, el CERQ-short muestra una alta consistencia interna con un alfa de Cronbach cercana a ,90 en todas su subescalas. En el presente estudio se obtuvieron alfas de Cronbach de entre ,76 y ,89 para las nueve subescalas, confirmando así su fiabilidad.

*Symptom Assessment-45 Questionnaire* (SA-45, Davison et al., 1997; adaptación al castellano realizada por Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2008), para medir síntomas somáticos. Es una versión abreviada del conocido SCL-90R (*Symptom Checklist 90R*). Al igual que éste último, es un cuestionario autoinformado, ~~pero~~ compuesto por 45 ítems. Evalúa las mismas subescalas que el SCL-90R, cada una formada por cinco ítems en vez de diez: *somatización*, *obsesión-compulsión*, *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *ansiedad*, *hostilidad*, *ansiedad fóbica*, *ideación paranoide* y *psicoticismo*. Tanto los creadores originales de la escala como los autores de su adaptación al castellano han aportado evidencia de su fiabilidad y validez utilizando muestras de participantes clínicos y no clínicos, adultos y adolescentes, con alfas de Cronbach por encima de ,70 para todas las subescalas. En el presente estudio solo se han tenido en cuenta las puntuaciones para las subescalas *somatización*, *ansiedad*, y *depresión*, que incluyen ítems como “Sentir dolores musculares”, “Tener miedo de repente y sin razón”, o “No sentir interés por las cosas”, a los que los participantes han

de contestar cuanto han experimentado cada una de las situaciones con una escala Likert que oscila entre 0 (nada en absoluto) y 4 (mucho). En el presente estudio, se confirma la fiabilidad del instrumento con alfas de Cronbach de ,75 para la subescala de *somatización*; ,80 para *ansiedad*; y ,78 para *depresión*.

### 6.2.3. Procedimiento

Previo al comienzo de la investigación, se obtuvo la versión traducida al castellano del EPS-25 por medio del Dorset Research & Development Support Unit. La traducción al castellano del EPS-25 se realizó por Montorio, Cabrera e Izal (2010, artículo aun sin publicar), siguiendo el método de retro traducción.

En segundo lugar, y tras recibir el consentimiento por parte del comité ético de la Universidad de Deusto (ver Anexo 2), se contactó personalmente con los centros educativos de educación secundaria, formación profesional y educación universitaria, para solicitar su colaboración. Tras contacto inicial por email, los centros interesados en participar recibieron por este mismo medio una carta informativa donde se detallaban los objetivos y contenidos del estudio, así como los aspectos que se iban a medir y la duración de la aplicación del conjunto de pruebas (incluida en el Anexo 3).

En un tercer momento, se contactó por teléfono con los centros interesados en participar en el estudio, y se concertó junto con el/la director/a o jefe/a de estudios una primera reunión, para planificar la sesión de evaluación con los alumnos. Una vez aprobada la colaboración y programado el día de la aplicación de cuestionarios, se pidió el consentimiento activo de los padres o tutores legales de los alumnos menores de edad mediante una hoja de consentimiento informado que los padres o tutores debían de firmar. En dicha hoja se detallaban los principales objetivos del estudio y se facilitaba un email de contacto de la persona responsable del mismo. En el caso de los alumnos mayores de edad, eran ellos mismos quienes firmaban en consentimiento informado, aceptando así participar en la investigación.

A continuación, se procedió a la recogida de muestra mediante la administración de una batería de cuestionarios, con los instrumentos antes mencionados. Esta recogida de datos, tuvo lugar durante el curso académico 2013-2014, de Septiembre a Junio, dependiendo del centro. Las sesiones de evaluación se organizaron en todos los centros por igual: una única sesión, grupal, de una hora de duración. Antes de comenzar a

rellenar la batería de cuestionarios, se resaltó el carácter voluntario de la participación, y el anonimato y la confidencialidad a la hora de tratar los datos. Al finalizar la tarea se reservaron unos minutos para cualquier duda o pregunta que el cuestionario pudiera haber suscitado en los participantes. Asimismo, se les ofreció un email de contacto, donde podían remitir cualquier cuestión acerca de la aplicación y del cuestionario en sí.

Por último, se consensuó con los diferentes centros participantes una sesión de devolución grupal, de una hora de duración. En dicha sesión, se explicaron las variables de estudio, y se comentaron los resultados obtenidos por cada grupo de manera general, en comparación con las puntuaciones normativas obtenidas.

Paralelamente a la recogida de datos presencial, se creó una versión informatizada del cuestionario mediante la aplicación *Google Drive*, de donde proviene la parte de la muestra recogida de manera online. Este cuestionario informatizado, que mantiene las mismas características y número de ítems que la batería de lápiz y papel, se colgó en las redes sociales con el fin de ampliar la recogida de muestra. Antes de comenzar se añadió un apartado donde se recuerda la voluntariedad de la participación, y el anonimato y confidencialidad de los datos, y donde el participante ha de dar su consentimiento para poder proceder a contestar la batería de preguntas.

Una vez recogidos los datos, se procedió a su análisis mediante los programas SPSS 22 y EQS, siguiendo el procedimiento que se detalla en el siguiente apartado.

#### 6.2.4. Análisis de datos

Los análisis de datos realizados en este estudio de validación se dividieron en tres partes, que se detallan a continuación.

En la primera de ellas, se analizó la fiabilidad de la adaptación al castellano del EPS-25, llevando a cabo un análisis cuantitativo de ítems mediante el programa estadístico SPSS.22. Se hallaron los coeficientes de correlación ( $r$ ) entre cada uno de los 25 ítems y la escala total, así como el alfa de Cronbach de la escala total y las cinco subescalas, y se midió el cambio en el alfa cuando se elimina alguno de los ítems. Una vez analizada la fiabilidad, se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio (AFC) para probar si el modelo estructural de cinco factores se acomodaba también a la validación española del cuestionario. Se utilizó para ello el programa de ecuaciones estructurales

EQS (Bentler, 1995) y se usó el método de máxima verosimilitud analizando los índices de bondad de ajuste robustos. El ajuste total del modelo se valoró a través de los siguientes índices: el cociente entre  $\chi^2$  Satorra-Bentler y los grados de libertad ( $gl$ ), que debe ser menor de tres para poder aceptar el ajuste del modelo (Carmines y McIver, 1981); el *Comparative Fit Index* (CFI) y el *Non-Normed Fit Index* (NNFI), que han de ser ambos superiores a ,90 (Bentler y Bonnet, 1980); y finalmente el *Root Mean Square Error of Aproximaion* (RMSEA), que ha de ser inferior a ,06 (Hu y Bentler, 1999) para que el modelo se ajuste.

En un segundo momento, y tras verificar la fiabilidad y el ajuste de la estructura factorial del EPS-25 en su adaptación al castellano, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los ítems y factores que conformaban dicha adaptación, calculando la media, la desviación típica y la asimetría mediante el programa SPSS 22.

Por último, en un tercer momento se calculó la validez de constructo del instrumento en su adaptación al castellano, analizando su validez convergente y discriminante mediante el método multirasgo multimétodo (MRMM; Campbell y Fiske, 1959).

### 6.3. RESULTADOS

#### 6.3.1. Análisis de fiabilidad

Los resultados, mostraron que la mayoría de ítems correlacionaban de manera alta, positiva y significativa con la escala total ( $,58 < r < ,74$ ;  $p < ,00$ ) a excepción de los ítems 4 ( $r=,24$ ), 14 ( $r=,23$ ), 24 ( $r=,23$ ), y 23 ( $r=,28$ ), que aunque mostraban correlaciones significativas ( $p < ,00$ ), resultaron ser bajas, y su peso factorial era menor de ,30 (tabla adjunta en el ANEXO). En cuanto a la fiabilidad de las subescalas, el alfa de Cronbach mostró una fiabilidad más que aceptable ( $\alpha > ,76$ ) para las escalas de *Supresión*, *Experiencia emocional empobrecida* y *Signos de emociones no procesadas*. Sin embargo, las escalas de *Evitación* y *Emociones no reguladas* (a las que pertenecen los ítems mencionados) no superaban alfas de ,65.

La escala total, con un alfa de Cronbach de ,91 se mantenía o aumentaba al eliminar los ítems 4, 14, 24 o 23 (ver Tabla 12), pero disminuía en el resto de casos ( $\alpha < ,90$  en todos los casos; para más información ver Anexo 6).

Tabla 12. Alfas de Cronbach para la escala total del EPS-25 al eliminar elementos.

	EPS-25 Ítem 4	EPS-25 Ítem 14	EPS-25 Ítem 24	EPS-25 Ítem 23
EPS-25 Escala total $\alpha = ,91$	$\alpha = ,92$	$\alpha = ,92$	$\alpha = ,92$	$\alpha = ,91$

Tras este análisis preliminar, y con el fin de obtener más información sobre el comportamiento de la adaptación al castellano del EPS-25, se comprobó la estructura de cinco factores propuesta por los autores originales del instrumento mediante un AFC. Se analizó la significación de los coeficientes lambda, relativos a la magnitud de la relación entre el ítem y el factor, los errores de estimación, y el ajuste global del modelo. Los resultados no mostraron un ajuste satisfactorio para un modelo de cinco factores, con cinco ítems por factor, ni los índices de bondad de ajuste se encontraban dentro de los límites establecidos (CFI=,86; NNFI=,88; RMSEA=,07;  $\chi^2$  Satorra-Bentler/gl= 4,14; I.C. 90%: 0.08 – 0.09).

Con el fin de obtener una adaptación al castellano del EPS-25 válida y fiable se optó por eliminar los ítems 4, 14, 24 y 23, atendiendo al criterio del peso factorial. Así, las escalas de *Evitación* y *Emociones no reguladas* quedaban compuestas por dos y cuatro ítems respectivamente, mientras que las otras tres seguían estando formadas por los cinco ítems que se proponían en el cuestionario original. Como la estructura de cinco factores no mostró adecuación en la adaptación al castellano del EPS-25 se procedió a su modificación, siguiendo los pasos que a continuación se detallan.

En primer lugar y partiendo de la teoría del procesamiento emocional propuesta por Baker, quien afirma que los factores *Evitación*, *Emociones no reguladas* y *Supresión* correlacionan altamente entre sí, y pueden considerarse en conjunto haciendo referencia a las dificultades en el control emocional, se analizaron las correlaciones entre las cinco subescalas. Así se confirmó que los tres factores mencionados se relacionaban entre sí, mientras que se unieron los factores *Emociones no reguladas* y *Evitación*, junto con el factor *Supresión*, en un factor de segundo orden: *Control Emocional*, que incorpora los ítems de las subescalas que lo componen, mientras que los factores *Experiencia*



*emocional empobrecida* y *Signos de emociones no procesadas* se mantuvieron intactos, y al no mostrar correlaciones significativas con los factores anteriormente mencionados, se consolidaron en sí mismos como factores de segundo orden.

Se modificó la estructura factorial del cuestionario, de cinco a tres factores con el fin de encontrar una estructura para la adaptación al castellano de la escala que ajustara correctamente y se probó así, de nuevo mediante un AFC, el ajuste a un modelo de tres factores de segundo orden

La Figura 18, muestra el ajuste global del nuevo modelo. Atendiendo a los índices de bondad de ajuste robustos, el ajuste es satisfactorio. Los pesos factoriales de los ítems con sus correspondientes factores son aceptables ( $>.50$ ), así como la carga de los factores respecto a la escala total: ,87 para *Experiencia emocional empobrecida*; ,89 para *Signos de emociones no procesadas*; y de 1,00 para *Control emocional (Supresión, Evitación y Emociones no reguladas)*.

Los resultados muestran que la adaptación al castellano del EPS-25 queda compuesta por tres factores de segundo orden. Dos de ellos, denominados *Experiencia emocional* y *Procesamiento emocional* provienen de los factores de primer orden de *Experiencia emocional empobrecida* y *Signos de emociones no procesadas* respectivamente. El tercer factor de segundo orden, *Control emocional*, queda compuesto por un total de once ítems. En esta nueva adaptación, se volvió a calcular el alfa de Cronbach de los nuevos factores así como de la escala total, siendo esta de ,92 para la escala total; ,77 para *Experiencia emocional*; y ,85 para *Procesamiento emocional* y *Control emocional* (ver Anexo 7 para más información).

### 6.3.2. Análisis descriptivos del cuestionario adaptado

Tras el análisis psicométrico, y omitiendo los ítems eliminados, se llevó a cabo un análisis descriptivo de los 21 ítems que conforman la adaptación al castellano del instrumento. Los resultados se detallan en la Tabla 13. Como puede verse, todos los ítems, así como la escala total muestran coeficientes de asimetría que se ajustan a los límites de la normalidad ( $\pm 1$ ).

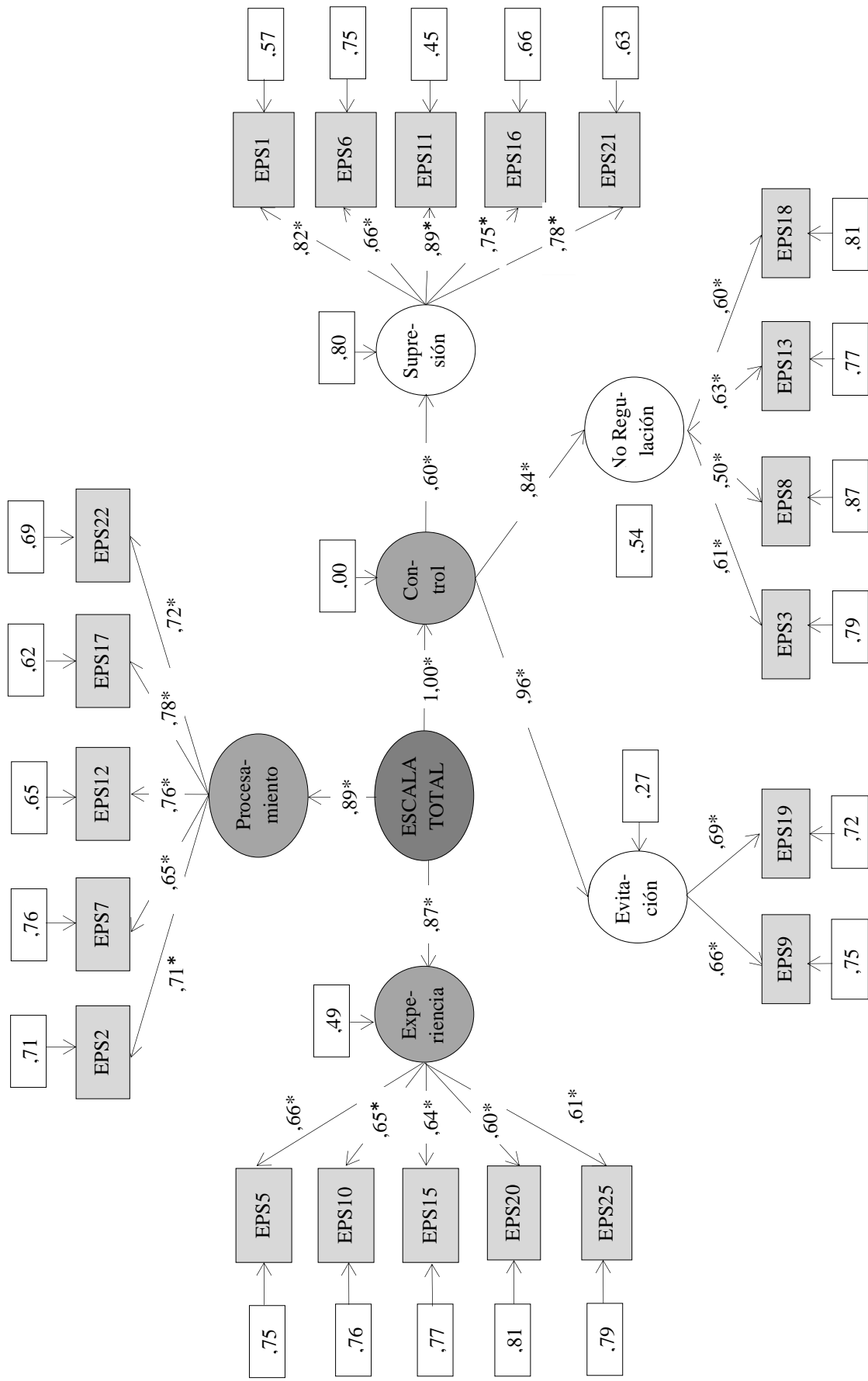


Figura 18. AFC del EPS-25. Gráfico de valores robustos de primer, segundo y tercer orden.  $\chi^2$  Satorra-Bentler (176) = 509,24;  $\chi^2$  Satorra-Bentler /gl = 2,89; CFI = ,93; NNFI = ,92; RMSEA = ,06 (90% I.C.: ,050-0,062) \* $p < ,01$ .

Tabla 13. Correlaciones y estadísticos descriptivos de los ítems y la escala total (media, desviación típica y asimetría).

	<i>Estadísticos descriptivos</i>			<i>Correlaciones</i>			
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>Asim.</i>	EPS Total	EPS F1	EPS F2	EPS F3
EPS1	5,22	2,64	-,40	,53**			,63**
EPS2	3,53	2,66	,22	,70**		,75**	
EPS3	4,16	2,81	,01	,52**			,56**
EPS5	3,00	2,60	,33	,65**	,71**		
EPS6	3,36	2,66	,31	,69**			,71**
EPS7	4,58	2,85	-,19	,59**		,77**	
EPS8	3,75	3,46	,52	,50**			,53**
EPS9	3,86	2,76	,07	,63**			,61**
EPS10	2,24	2,42	,86	,59**	,72**		
EPS11	4,84	2,89	-,28	,62**			,71**
EPS12	4,59	2,64	-,32	,69**		,82**	
EPS13	3,51	2,98	,32	,57**			,56**
EPS15	2,68	2,54	,57	,59**	,74**		
EPS16	3,82	2,83	,14	,70**			,73**
EPS17	3,96	2,80	,03	,75**		,81**	
EPS18	3,11	3,11	,55	,52**			,58**
EPS19	3,28	2,74	,35	,65**			,64**
EPS20	2,18	2,77	,98	,56**	,72**		
EPS21	4,20	2,85	-,02	,65**			,71**
EPS22	5,66	2,79	-,72	,66**		,80**	
EPS25	3,60	2,59	,08	,56**	,71**		
EPSTotal	79,15	35,79	-,07	1	,82**	,86**	,95**

*Nota.* EPS F1: Experiencia emocional; EPS F2: Procesamiento emocional; EPS F3: Control emocional. \*\* $p < ,01$ .

También se recalcularon las correlaciones de los ítems con las subescalas y con la escala total, siendo éstas más altas que en el modelo anterior para los ítems que componen el nuevo factor *Control emocional*, con correlaciones altas y significativas en todos los casos ( $r > ,53$ ;  $p < ,00$ ). En esta nueva estructura factorial, la fiabilidad es aceptable y mayor en comparación con las estructura original del EPS-25. Tanto los pesos factoriales de los ítems

con la escala total, como el alfa de Crombach de ésta última, así como de las tres subescalas aumentan al eliminar los ítems 4, 14, 23 y 24, y al reducir los factores de cinco a tres. Las correlaciones también muestran que los 21 ítems que componen la versión final de la traducción al castellano correlacionen fuertemente tanto con el factor al que corresponden como con la escala total.

### 6.3.3. Análisis de la validez de constructo

La validez de constructo se calculó mediante la validez convergente y la validez divergente usando el método multirasgo-multimétodo (Campbell y Fiske, 1959). Se

Tabla 14. Correlaciones entre los tres factores propuestos para el EPS-25, el IPPA puntuación total para madre, padre e iguales, y las subescalas de afrontamiento negativo del CERQ

	EPS-25 F1	EPS-25 F2	EPS-25 F3	EPS-25 Total
Síntomatología psicológica (SA)				
<i>Somatización</i>	,29**	,38**	,35**	,39**
<i>Ansiedad</i>	,42**	,58**	,50**	,56**
<i>Depresión</i>	,48**	,61**	,59**	,63**
Estrategias de regulación emocional negativa (CERQ)				
<i>Autoculparse</i>	,30**	,31**	,31**	,35**
<i>Rumiación</i>	,33**	,49**	,38**	,43**
<i>Catastrofismo</i>	,29**	,43**	,37**	,40**
<i>Culpar a otros</i>	,19**	,20**	,21**	,20**
Estrategias de regulación emocional positiva (CERQ)				
<i>Aceptación</i>	-,05	-,01	-,03	-,03
<i>Centrarse positivo</i>	-,11**	-,11*	-,12*	-,16**
<i>Planificar</i>	,07	,08	,09	,07
<i>Reevaluación positiva</i>	-,06	,08	-,12*	-,06
<i>Poner en perspectiva</i>	,05	,00	-,02	,01
Dificultades en el procesamiento emocional (EPS-25)				
<i>Total</i>	,82**	,86**	,95**	1

Nota. EPS-25 F1: Experiencia emocional; EPS F2-25: Procesamiento emocional; EPS F3-25: Control emocional; EPS-25 Total: Escala total. \*  $p < ,05$  \*\*  $p < ,01$ .

correlacionaron las medidas de procesamiento emocional mediante el EPS-25, afrontamiento emocional mediante et CERQ-versión reducida, y la sintomatología física y psicológica mediante las escalas de *Ansiedad, Somatización y Depresión* del SA-45.

La matriz de correlaciones se muestra en la Tabla 14. Como puede observarse, las correlaciones entre las dificultades de procesamiento emocional con las estrategias de regulación emocional positivas son bajas y negativas o insignificantes; pero sin embargo, estas se tornan entre moderadas y elevadas, y significativas al correlacional las dificultades en el procesamiento emocional con las estrategias de regulación emocional negativa y la sintomatología psicológica. Asimismo, los tres factores del procesamiento emocional (Expresión, Procesamiento y Control emocional) muestran correlaciones muy altas y significativas con la escala total del EPS-25.

#### 6.4. DISCUSIÓN

Como quedaba mencionado al inicio del estudio, los objetivos perseguidos fueron evaluar la fiabilidad y la validez de la traducción al castellano del instrumento EPS-25, y probar la adecuación del modelo factorial propuesto por los autores en el instrumento original. Para ello se pusieron a prueba dos hipótesis, en base a las cuales se procederá a continuación a discutir los resultados obtenidos.

*El cuestionario EPS-25 en castellano, se presenta como un instrumento válido y fiable para evaluar el procesamiento emocional de los adolescentes y jóvenes adultos españoles.*  
(H<sub>1</sub>)

Los resultados obtenidos confirman esta primera hipótesis. Se observa así, que la versión adaptada al castellano del EPS-25, presenta una buena fiabilidad, que queda reflejada en una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach por encima de ,76 tanto en la escala total como en las tres subescalas. La adaptación al castellano del EPS-25

también ha demostrado ser un instrumento válido. Tanto la validez convergente como la validez discriminante son adecuadas y apoyadas por los resultados obtenidos. Todas las correlaciones fueron altas y significativas, a excepción de las correlaciones entre las dificultades de procesamiento emocional y el afrontamiento emocional positivo, como era de esperar (Garnefski et al., 2002; Gross y Barrett, 2011; John y Gross, 2004). Las estrategias positivas, son aquellas que disminuyen y regulan la magnitud de las emociones negativas, favoreciendo un manejo adecuado de las mismas, lo que facilita su control y a su vez su procesamiento; y las negativas, son entendidas como las estrategias que no solo no consiguen disminuir la emoción negativa, sino que su uso aumenta el efecto adverso de ésta, impidiendo así su regulación (Garnefski et al., 2001; 2002; Garnefski y Kraaij, 2007), y por lo tanto su correcto procesamiento.

Merece la pena resaltar que la depresión fue la variable que más altamente correlacionó con las dificultades en el procesamiento emocional, mientras que la rumiación correlacionó por encima del resto de estrategias de afrontamiento negativas. Estos resultados están en línea con investigaciones previas que relacionan déficits en el procesamiento emocional con la psicopatología (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010; Levant, Allen, y Lien, 2014; Sagardoy et al., 2014). Varios autores señalan que a mayor dificultad en el procesamiento de las emociones, peor será la expresividad emocional y el pronóstico de pacientes con ansiedad y depresión (Baker et al., 2012; Luminet, Rimé, Bagby, y Taylor, 2001; Mennin, Heimberg, Turk, y Fresco, 2005; Rude y McCarthy, 2003). Asimismo, la rumiación ha sido asociada con dificultades en el funcionamiento emocional por su carácter repetitivo, intrusivo, perseverativo y no productivo (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Trapnell y Campbell, 1999; Watkins, 2008). Estudios experimentales demuestran que la rumiación aumenta la intensidad del estado de ánimo y los pensamientos negativos, lo que interfiere y dificulta la capacidad de darles una salida adaptativa (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010; Lyubomirsky y Tkach, 2004; Papageorgiou y Wells, 2003). Por lo tanto, dada la relación entre estas variables, las correlaciones entre moderadas y altas respecto a los constructos mencionados, justifican la idea de que el EPS-25 es una herramienta adecuada para medir las dificultades en el procesamiento emocional.

Sin embargo, para lograr estos resultados fue necesario modificar la estructura factorial original, que a priori, no aportó datos a favor de la validez y fiabilidad del cuestionario, ni a favor de se adecuación factorial al modelo original.

*El cuestionario EPS-25 en castellano, se adecua a una estructura de cinco factores, al igual que la versión original de dicha herramienta.*

(H<sub>2</sub>)

La segunda hipótesis queda rechazada al no encontrar evidencia significativa para la estructura factorial original de 5 factores, por lo que ésta tuvo que ser modificada. Varios ítems (4, 14, 23 y 24) no mostraron pesos factoriales adecuados ni los datos psicométricos parecían aportar evidencia a favor de su validez a la hora de medir el procesamiento emocional, Los análisis de fiabilidad realizados en un primer momento tampoco apoyaron la consistencia del factor *Evitación* ni la del factor *Emociones no reguladas*, escalas a las que pertenecían los ítems eliminados, coincidiendo con los datos de la validación italiana (Gremigni y Santanastaso, 2007).

Se creó así un nuevo modelo factorial para la adaptación al castellano del EPS-25, siguiendo la teoría del procesamiento emocional propuesta por Baker (Baker, 2007; Baker et al., 2010; Baker, Thomas, Thomas, Gower y Whittlesea, 2010). Esta teoría que resalta la importancia del control de las emociones a lo largo de todo el procesamiento emocional, entiende el control emocional como un factor de segundo orden que englobaría las subescalas *Evitación*, *Emociones no reguladas* y *Supresión*. Tal y como se muestra en la figura 6.2, las emociones pueden controlarse ya sea al principio, evitando el registro de la emoción (*Evitación*); a mitad, suprimiendo la experiencia de la misma (*Supresión*); o al final, no regulando su expresión de manera adecuada (*Emociones no reguladas*).

Este nuevo modelo, se compone de tres factores de segundo orden que agrupan los cinco factores originales para dotar al instrumento de una estructura factorial adecuada, y lo

convierte en una herramienta válida y fiable para medir las dificultades en el procesamiento emocional en adolescentes y jóvenes adultos españoles.

Los datos del presente estudio sugieren por lo tanto, que los factores *Supresión*, *Evitación* y *Emociones no reguladas* están mejor representados bajo el factor de segundo orden *Control emocional*, mientras que *Experiencia emocional empobrecida* y *Signos de emociones no procesadas* se consolidaron en sí mismos como factores de segundo orden. Así, la adaptación al castellano del EPS-25 queda compuesta por 21 ítems divididos en tres factores.

## 6.5. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Estos hallazgos preliminares muestran que la versión traducida al castellano del EPS-25, y validada en población adolescente y adultos jóvenes, es una herramienta válida y fiable para medir las dificultades en el procesamiento emocional.

Aun así, este estudio no está exento de limitaciones, y hay que ser cautelosos a la hora de generalizar los resultados.

En primer lugar, se trata de un estudio de corte transversal, lo que imposibilita la extrapolación de relaciones causales. Sería interesante, poder analizar el desarrollo del procesamiento emocional lo largo de los diferentes ciclos vitales, y ver si se mantiene o por el contrario se modifica, analizando a su vez la relación con otras variables psicológicas.

En segundo lugar, los datos han sido obtenidos mediante pruebas de autoinforme aplicadas tanto de forma presencial como online. Aunque varios estudios señalan que el método de aplicación puede sesgar los datos recogidos (Leslie, 2006; Meade, Michels, & Lautenschlager, 2007) estudios como el de Herrero-Fernández (2015) señalan que no existen diferencias entre las aplicaciones online y las de lápiz y papel.

En tercer lugar, el estudio se llevó a cabo con muestra normativa, y de una edad concreta. Sería interesante de cara a futuras investigaciones, analizar la estructura factorial del cuestionario en diferentes grupos de edad, así como en población clínica. En esta línea, estudios futuros deberían orientarse a validar el cuestionario en diferentes poblaciones y



regiones españolas, y a replicar la estructura factorial propuesta en la presente investigación, para reforzar el nuevo factor emergente: *Control emocional*.



## CAPÍTULO 7

---

### ESTUDIO 2: RELACIÓN ENTRE APEGO, ESTRATEGIAS EMOCIONALES Y SÍNTOMATOLOGÍA SOMÁTICA



## 7.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Este segundo estudio, tiene cinco objetivos:

1. Comprobar la continuidad de los vínculos de apego en la relación con los progenitores y con el grupo de iguales.
2. Analizar las diferencias que los estilos de apego puedan generar en las dificultades en el procesamiento de las emociones, el uso de las estrategias de regulación emocional y la sintomatología somática en una muestra de adolescentes y jóvenes adultos.
3. Analizar la relación entre el procesamiento emocional, las estrategias de regulación emocional y la sintomatología somática en una muestra de adolescentes y jóvenes adultos.
4. Analizar las diferencias respecto al sexo y a la edad de la muestra de adolescentes y jóvenes adultos en cuanto uso de estrategias emocionales y presencia de sintomatología somática.
5. Estudiar el posible papel mediador de las estrategias emocionales, tanto las dificultades en el procesamiento de las emociones, como las estrategias de regulación emocional, en la relación entre el apego y la sintomatología somática (ver Figura 19).

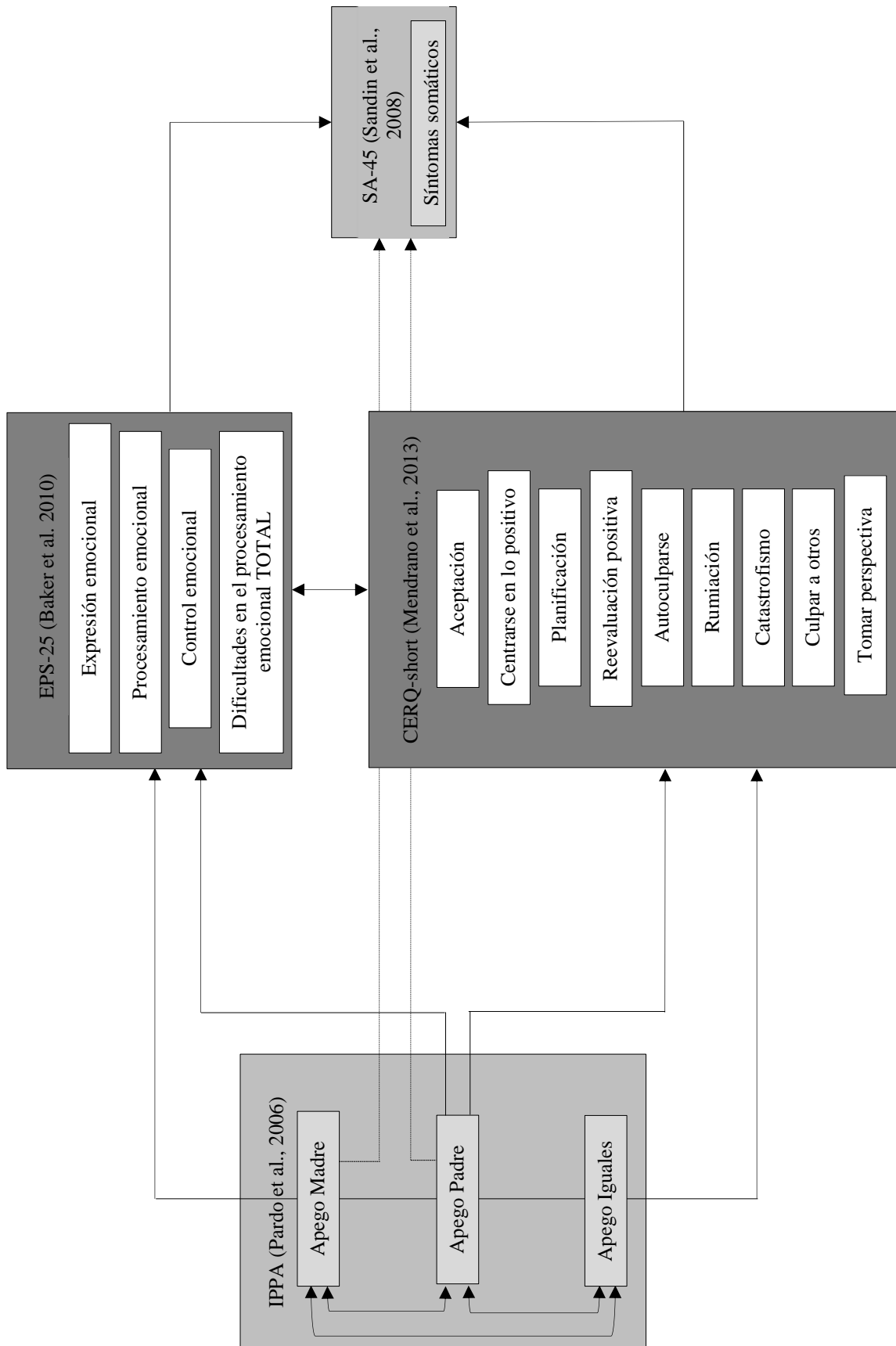


Figura 19. Resumen gráfico de las elaciones entre las variables de estudio del Estudio 2

Para poder esclarecer estos objetivos, se establecieron varias hipótesis, mencionadas y listadas en el anterior capítulo 5, que se repiten a continuación para facilitar la lectura y la comprensión de los futuros apartados:

H<sub>1</sub>: Los jóvenes y adolescentes crean vínculos de apego con sus iguales más cercanos, similares a aquellos vínculos establecidos con sus progenitores.

H<sub>2</sub>: Los jóvenes y adolescentes con un vínculo de apego seguro (con la madre, con el padre o con el grupo de iguales), muestran menos dificultades a la hora de procesar sus emociones que aquellos que reportan un vínculo de apego inseguro.

H<sub>3</sub>: Los jóvenes y adolescentes que reportan un vínculo de apego seguro (con la madre, con el padre o con el grupo de iguales), muestran mayores puntuaciones en las estrategias de regulación emocional positivas, y menores puntuaciones en las negativas, que aquellos con un vínculo de apego inseguro.

H<sub>4</sub>: Los jóvenes y adolescentes con un vínculo de apego evitativo (con la madre, con el padre o con el grupo de iguales) son los que más sintomatología somática reportan, en comparación con aquellos que mantiene un vínculo ansioso o seguro.

H<sub>5</sub>: Los jóvenes y adolescentes que muestren dificultades en el procesamiento emocional, presentan también mayores niveles de sintomatología somática en comparación con los jóvenes y adolescentes que no muestran dificultades.

H<sub>6</sub>: Los jóvenes y adolescentes que puntúen alto en el uso de estrategias de regulación negativas, muestran mayores niveles de sintomatología somática, en comparación a los que puntúen bajo.

H<sub>7</sub>: En adolescentes y jóvenes adultos, las mujeres muestran mayores dificultades de procesamiento emocional y un uso de estrategias emocionales más desadaptativo que los hombres.

H<sub>8</sub>: En adolescentes y jóvenes adultos, las mujeres muestran una mayor presencia de sintomatología somática que los hombres.

H<sub>9</sub>: Los adolescentes de la presente muestra hacen un uso de estrategias emocionales desadaptativas mayor que los jóvenes adultos.

H<sub>10</sub>: Las estrategias emocionales, (tanto las dificultades en el procesamiento emocional como las estrategias de regulación emocional), actúan como variables mediadoras en la relación entre el vínculo de apego establecido con los progenitores (con la madre y con el padre) y la presencia de sintomatología somática en jóvenes y adolescentes.

## 7.2. METODOLOGÍA

### 7.2.1. Participantes

En el presente estudio, la muestra se compuso por los 650 sujetos que voluntariamente participaron en el estudio anterior, donde 397 son mujeres (61,07%) y 253 son hombres (38,92%), siendo la media de edad de 18,15 (*D.T.*= 1,63). Al igual que en anterior estudio, el criterio de inclusión era tener entre 16 y 22 años y haber firmado previamente el consentimiento informado (ver Anexo 4). En el caso de aquellos mayores de edad, ellos mismos daban la aprobación, sin embargo cuando el participante era menor de edad, eran los padres o tutores legales quienes debían de firmar, acreditando así el consentimiento para la tomar parte en la presente investigación. Como criterio de exclusión, se descartó de la muestra a todo aquel o aquella que no hubiese cumplimentado la batería de cuestionarios correctamente, dejando entre una y cuatro preguntas en blanco, dependiendo del cuestionario y su longitud. Así, de los 650 participantes iniciales, la muestra final quedó compuesta por 605 adolescentes y jóvenes adultos, 365 mujeres (60,3%) y 240 hombres (39,7%), con una media de edad de 18,30 (*D.T.*= 1,75).

Debido a las variables de estudio en esta investigación, se recogieron además una serie de datos sociodemográficos con el fin de obtener una mayor descripción de la muestra. Así, se observó que la mayoría de los sujetos (90,5%, *N*=546) no reportaron sufrir ninguna enfermedad crónica, u otro tipo de patología (81,4%, *N*=489). Mientras que las entre los que sí las padecen (18%, *N*=111), las más comunes son asma (39,6%, *N*=44), alergias (16,2%, *N*=18), migrañas y jaquecas (12,6%, *N*=14), dermatitis y problemas de la piel (8,1%, *N*=9) y problemas intestinales y dolores musculares (19%, *N*=21). Además, únicamente un 18,6% (*N*=112) dice haber recibido atención psicológica,



en la mayoría de los casos por problemas familiares y/o separación o divorcio de los progenitores (36,6%,  $N=41$ ), y por problemas de ansiedad o depresión (27,8%,  $N=32$ ).

### 7.2.2. Instrumentos

Además de los instrumentos descritos en el apartado anterior (6.2.2), en el presente trabajo los datos se recogieron a través de una batería de cuestionarios autoaplicados cuyo fin era medir las diferentes variables de estudio. A continuación se detallan los cuestionarios utilizados para llevar a cabo la presente investigación:

*Test de Othmer y Desouza* (Othmer y DeSouza, 1985; adaptación al castellano por García-Campayo et al., 1996), para medir la presencia o la ausencia de síntomas somáticos. Es un cuestionario de cribado de casos, o *screening* muy utilizado en atención primaria, tanto en niños como en adultos que identifica aquellos pacientes que somatizan, y aquellos que no.

Othmer y DeSouza estudiaron mediante un análisis discriminante los síntomas que en el DSM-III eran incluidos como somatizaciones y construyeron este instrumento con aquellos 7 síntomas que mejor detectaban la presencia del trastorno. El *Test de Othmer y Desouza* es una herramienta autoaplicada, de siete preguntas, que hacen referencia a siete síntomas somáticos como por ejemplo “¿Has tenido en el último mes dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?”, o “¿Has padecido en el último mes dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?”, a los que él o la participante contesta afirmativa o negativamente dependiendo de si ha sufrido o no dicho síntoma alguna vez.

Los autores establecieron como punto de corte para establecer el diagnóstico de somatización la presencia de dos síntomas (sensibilidad: 100% y 93%; especificidad: 83% y 59%). En la validación al castellano del cuestionario, usando muestra española, García-Campayo et al. (1996), establecieron que el mejor punto de corte fue la presencia de tres síntomas (sensibilidad: 88%, especificidad: 78%, valor predictivo positivo: 80%, valor predictivo negativo: 86%). También se analizó con la presencia de dos síntomas (sensibilidad: 94%, especificidad: 54%, valor predictivo positivo: 67%, valor predictivo negativo: 90%) y con la presencia de cuatro síntomas (sensibilidad: 48%, especificidad 94%, valor predictivo positivo 88%, valor predictivo negativo 64%). De acuerdo con los datos obtenidos en su estudio, García-Campayo et al. (1996) concluyeron que este test de

screening, con la presencia de tres síntomas, es una herramienta útil de cribado del trastorno de somatización en atención primaria en España. En el presente estudio, se ha seguido la misma pauta establecida por los autores mencionados, siendo tres el número mínimo de síntomas que los participantes habían de reportar para considerar la presencia de sintomatología somática. Aquellos participantes que únicamente dieran dos respuestas afirmativas o menos, no eran considerados como participantes con presencia de sintomatología somática.

*Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA; Armsden y Greenderg 1987; adaptación al castellano por Pardo, Pineda, Carillo y Castro, 2006)<sup>1</sup> para evaluar las relaciones de apego. El IPPA se desarrolló, basándose en la teoría de Bolwby y Ainsworth, con el objetivo de construir una herramienta para evaluar la percepción que los adolescentes tienen del afecto positivo y negativo, y de la dimensión cognitiva de las relaciones tanto con sus progenitores como con sus amigos y amigos más cercanos (grupo de iguales). El IPPA consiste, en un cuestionario de autoinforme para adolescentes que se divide en tres partes ya que mide las relaciones de apego establecidas con los padres, madre y padre por separado y con el grupo de iguales. Cada una de las figuras de apego se evalúa mediante 25 ítems (los ítems que componen ambas subescalas son idénticos, la excepción es la figura parental a la que hacen referencia), que se responden mediante una escala Likert de 5 puntos (1=nunca y 5=siempre), por lo tanto el cuestionario total está compuesto por 75 ítems. Para la relación con cada figura de apego se evalúan tres grandes dimensiones: el grado de confianza mutua (*Confianza*), la calidad de la comunicación (*Comunicación*) y la medida de enfado o alienación de la relación (*Alienación*).

Esta medida, puede ser utilizada tanto de manera dimensional como de manera categorial, aunque los autores recomiendan un uso dimensional de esta herramienta. Sumando el total de ítems para cada figura de apego, se obtiene una puntuación total que hace referencia a la dimensión de seguridad del vínculo de apego. Puntuaciones altas indicarían un apego seguro, mientras que las puntuaciones bajas indican la presencia de un vínculo de apego inseguro. Los ítems que componen la escala de *Alienación*, tienen

---

<sup>1</sup> Debido a circunstancias como separación, divorcio o muerte de un progenitor, y por lo tanto debido a la falta de relación con dicho progenitor, algunos participantes decidieron no rellenar alguna de las dos subescalas pertinentes a la madre o el padre, por lo tanto el tamaño muestral varía en las tres subescalas del cuestionario IPPA.

una direccionalidad inversa al resto, y por lo tanto se recodifican en la corrección del cuestionario.

Por otro lado, y en base a la combinación de puntuaciones obtenidas en las tres escalas, Vivona (2000) llevó a cabo un estudio que tuvo como objetivo la clasificación del estilo de apego parental en los adolescentes, creando una estructura categorial para el cuestionario. Esta autora propuso una metodología de clasificación, basada en la combinación de los puntajes obtenidos en los tres factores identificados por los autores del instrumento (*Confianza, Comunicación y Alienación*). A partir de esta combinaciones se obtiene una clasificación para los tres estilos de apego básicos propuestos por Ainsworth et al. (1978): *Seguro, Evitativo y Ambivalente*. Así, cada uno de los tres factores para cada figura de apego son divididos en *bajo, medio y alto*. El estilo de apego seguro se designa a aquellos participantes que puntúan medio o alto en *Confianza* y/o *Comunicación*, y bajo en *Alienación*. El estilo de apego inseguro ambivalente corresponde a los participantes que reportan media o alta *Alienación*, media o baja *Confianza*, y un puntaje de *Comunicación* mayor que *Confianza*. Por último, el estilo inseguro evitativo se compone por aquellos participantes que han puntuado bajo tanto en *Comunicación* como en *Confianza*, y medio o alto en *Alienación*, o cuando *Alienación* presente una puntuación alta, *Confianza* media, y *Comunicación* baja (Vivona, 2000).

Tabla 15. Alfas de Cronbach de las subescalas y los factores de los estudios de validación del IPPA

	Subescala Total	Apego Madre	Apego Padre	Apego Iguales
Armsden y Greenberg (1987)	Ap. M: 0,87	C: 0,91	C: 0,91	C: 0,91
	Ap. P: 0,89	Com: 0,91	Com: 0,91	Com: 0,87
	Ap. I: 0,92	A: 0,86	A: 0,86	A: 0,72
Pardo et al., (2006)	Ap. M: 0,90	C: 0,87	C: 0,91	C: 0,87
	Ap. P: 0,93	Com: 0,84	Com: 0,88	Com: 0,85
	Ap. I: 0,90	A: 0,54	A: 0,68	A: 0,58
Gallarin y Alonso-Arbiol (2013)	Ap. M: 0,87			
	Ap. P: 0,88			
	Ap. I: 0,93			
Alonso Arbiol et al. (2014)	Ap. M: 0,92			
	Ap. P: 0,91			
	Ap. I: 0,92			
Presente trabajo	Ap. M: 0,77	C: 0,86	C: 0,87	C: 0,88
	Ap. P: 0,81	Com: 0,87	Com: 0,88	Com: 0,91
	Ap. I: 0,82	A: 0,69	A: 0,67	A: 0,60

Nota. Ap. M. = Apego Madre; Ap. P. = Apego Padre; Ap. I. = Apego Iguales. C = Confianza; Com.= Comunicación; A.= Alienación

En cuanto a la fiabilidad y validez del cuestionario, Armsden y Greenberg (1987) reportan una buena fiabilidad de las escalas, al igual que lo hacen las autoras de la validación al castellano (Pardo et al., 2006), así como el presente trabajo con alfas de Cronbach por encima de 0,70 excepto para el factor *Alienación*, que aporta alfas de Cronbach por encima de 0,60 (ver Tabla 15). Dos estudios más que validan el cuestionario con muestra española (Gallarín y Alonso-Arbiol, 2013), y con muestra vasca, con el instrumento traducido al euskera (Alonso-Arbiol et al., 2014), muestran una fiabilidad aceptable del cuestionario.

### 7.2.3. Procedimiento

El procedimiento llevado a cabo en este segundo estudio fue idéntico al estudio anterior (ver apartado 6.2.3 del capítulo anterior).

Una vez obtenida la aprobación por parte del Comité Ético de la Universidad de Deusto, se procedió mediante un muestreo intencional a contactar con diferentes centros de educación de la CAPV, como se ha detallado anteriormente. Tras una reunión inicial con el jefe/a o el director/a de los diferentes centros que accedieron a colaborar, y tras haber administrado el consentimiento informado, se procedió a la recogida de muestra mediante una batería de cuestionarios que los participantes debían cumplimentar en una única sesión grupal, de una hora de duración. Asimismo, al igual que en el anterior estudio, parte de la muestra fue recogida de manera online, mediante la informatización de la batería de cuestionarios. Tras haber recogido la totalidad de la muestra y después de la corrección y codificación de los datos, se procedió a su análisis, siguiendo los pasos que se detallan a continuación, usando el paquete estadístico SPSS en su versión 22.0.

### 7.2.4. Análisis de datos

Con el fin de caracterizar el total de participantes que tomaron parte en la presente investigación, previo a los análisis inferenciales, se realizó en primer lugar un análisis descriptivo y exploratorio de las variables objeto de estudio. Para las variables cuantitativas y continuas, se llevaron a cabo análisis descriptivos simples, mediante estadísticos de tendencia central como son la media (*M*), la desviación típica (*D.T.*), el máximo (*Max.*) y mínimo (*Min.*). Sin embargo, para las variables cualitativas, los análisis descriptivos se realizaron mediante frecuencias, porcentajes y tablas de contingencia.

Para poder contrastar las hipótesis planteadas, en los diferentes análisis estadísticos que se realizan a lo largo de este segundo estudio la muestra total tuvo que ser dividida en varios subgrupos. Por un lado, para contrastar las diferencias de sexo, a las que se hace alusión en la  $H_4$ , se dividió a la muestra entre hombres y mujeres como se ha señalado anteriormente. Por otro lado y de cara a comprobar la posible influencia de la edad en las variables de estudio ( $H_5$ ) se realizaron dos grupos de edad a los que se denominó *adolescentes* (sujetos de entre 16 y 19 años) y *jóvenes adultos* (sujetos de entre 20 y 22 años). Para poder comprobar las hipótesis  $H_1$ ,  $H_2$ ,  $H_3$ ,  $H_6$  y  $H_9$ , fue necesario subdividir la muestra de acuerdo al estilo de apego presentado por los participantes, tanto hacia la madre, hacia el padre como hacia el grupo de iguales. Así, se realizaron tres subdivisiones independientes para cada figura de apego dependiendo de si el vínculo establecido con la misma era seguro, ambivalente o evitativo. Por último, con el fin de dar respuesta a las hipótesis  $H_7$  y  $H_8$ , se dividió la muestra entre aquellos sujetos que presentaban sintomatología somática y aquellos que no, de acuerdo al criterio establecido por Othmer y de Souza, y comentado previamente en el apartado de resultados, a la hora de contestar su cuestionario de *screening*.

En un segundo momento y tras el análisis descriptivo y exploratorio, se realizaron análisis inferenciales entre grupos, mediante contrastes paramétricos (*t-student* y análisis de covarianza simples y múltiples). Una vez más, se muestran por un lado las diferencias encontradas en las variables de estudio entre hombres y mujeres, entre los diferentes grupos de edad, y entre aquellos sujetos que presenta sintomatología somática, y los que no. Los análisis de comparación de medias mediante el estadístico *t* se usaron entre pares de muestras emparejadas por sexo, edad, y presencia o ausencia de sintomatología somática. Adicionalmente, se calculó el tamaño del efecto intergrupo mediante el estadístico *d* de Cohen. Siguiendo los parámetros establecidos por Cohen (1992), los tamaños de efecto menores que ,20 se consideran pequeños, los menores de ,50 se consideran medios, y cualquier valor por encima de ,80 grande. En la presente investigación los tamaños del efecto encontrados se consideran entre medios y medio alto ( $,20 < d < ,60$ ). Además de los análisis paramétricos, se procedió a realizar un análisis no paramétrico de Chi cuadrado, para analizar la relación entre las variables categoriales de apego con las diferentes figuras (madre, padre e iguales), y analizar así si estas tienden a la continuidad o a la compensación.

A continuación, a la hora de establecer diferencias entre los tres grupos de apego (seguro, ambivalente y evitativo), se usó el estadístico  $F$  de Snedecor, mediante análisis de covarianza simples (ANCOVAS) y múltiples (MANCOVAS). En esta ocasión, y debido al paquete estadístico utilizado, el tamaño de efecto se calculó, por defecto, mediante el estadístico  $Eta$  parcial al cuadrado ( $\eta^2$ ), y se interpretaron de acuerdo al criterio establecido por Cohen (1992), donde los valores que oscilan entre ,01 y ,04 corresponden a un efecto pequeño; entre ,05 y ,14 a un efecto medio; y aquellos valores por encima de ,14 corresponden a un tamaño del efecto grande.

En un último momento, y tras analizar las correlaciones significativas entre todas las variables de estudio, se llevaron a cabo una serie de análisis de mediación para las estrategias emocionales, en la relación entre el apego y la sintomatología somática. Los diferentes modelos de mediación fueron probados usando el mismo método y los mismos análisis estadísticos. Para ello se usaron los algoritmos diseñados por Preacher y Hayes (2008), que a través de la macro INDIRECT aplicada al programa SPSS 22.0, testa los modelos de mediación simple, y múltiple. En todas las mediaciones realizadas se usó un intervalo de confianza del 95%, obtenido a través del método de corrección de sesgos y la técnica *bootstrapping* con 5000 submuestras, como recomiendan Preacher y Hayes (2008).

Para todos los contrastes realizados se aceptó un valor de significación estadística ( $p$ ) menor o igual a ,05 para un nivel de confianza del 95%.

### 7.3. RESULTADOS

Para una mejor comprensión de los resultados obtenidos, esta sección se divide en los siguientes apartados: (a) estadísticos descriptivos de las variables de estudio y sus correspondientes subescalas (apego, dificultades en el procesamiento emocional, estrategias de regulación emocional y sintomatología somática); (b) análisis inferenciales sobre las diferencias de medias entre la muestra respecto al sexo, a la edad, a la presencia o ausencia de sintomatología somática, y al tipo de apego establecido con las tres figuras diferentes que se contemplan en la presente investigación (madre, padre y grupo de iguales); (c) modelos de mediación calculados para las diferentes estrategias emocionales como mediadoras de la relación entre el apego y la sintomatología somática.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos generales de las variables medidas en la muestra de estudio.

	<i>Hombres</i> N= 240			<i>Mujeres</i> N= 365			<i>Total</i> N= 605		
	<i>M (DT)</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M (DT)</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>M (DT)</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
<b>Apego (IPPA)</b>									
<i>Apego Madre</i>	91,99 (16,42)	44	125	94,16 (18,26)	38	125	93,30 (17,56)	38	125
<i>Apego Padre</i>	86,23 (18,30)	35	125	83,45 (20,20)	31	125	84,56 (19,50)	31	125
<i>Apego Iguales</i>	94,66 (14,19)	51	125	102,00 (13,7)	56	124	99,10 (14,40)	51	125
<b>Dificultades en el procesamiento emocional (EPS-25)</b>									
<i>Experiencia emocional</i>	13,70 (9,32)	0	42	13,71 (9,29)	0	47	13,71 (9,30)	0	47
<i>Procesamiento emocional</i>	19,99 (10,93)	0	45	23,84 (10,54)	0	45	22,32 (10,85)	0	45
<i>Control emocional</i>	41,82 (19,29)	0	96	43,98 (20,34)	0	97	43,13 (19,95)	0	97
<i>Total</i>	75,51 (35,48)	0	170	81,53 (35,85)	3	151	79,15 (35,80)	0	170
<b>Estrategias de regulación emocional (CERQ)</b>									
<i>Autoculparse</i>	4,58 (2,22)	2	10	4,60 (2,25)	2	10	4,59 (2,24)	2	10
<i>Aceptación</i>	6,97 (2,42)	2	10	7,22 (2,30)	2	10	7,12 (2,35)	2	10
<i>Rumiación</i>	5,91 (2,16)	2	10	6,71 (2,20)	2	10	6,39 (2,22)	2	10
<i>Centrarse en lo positivo</i>	4,97 (2,32)	2	10	5,40 (2,40)	2	10	5,23 (2,38)	2	10
<i>Planificación</i>	6,99 (2,16)	2	10	6,96 (2,27)	2	10	6,97 (2,23)	2	10
<i>Reevaluación positiva</i>	7,24 (2,16)	2	10	7,50 (2,27)	2	10	7,40 (2,24)	2	10
<i>Poner en perspectiva</i>	6,13 (2,16)	2	10	6,52 (2,47)	2	10	6,37 (2,47)	2	10
<i>Catastrofismo</i>	3,97 (2,20)	2	10	4,57 (2,33)	2	10	4,33 (2,30)	2	10
<i>Culpar otros</i>	3,95 (2,04)	2	10	4,05 (2,11)	2	10	4,01 (2,08)	2	10
<b>Sintomatología somática (SA)</b>									
<i>Somatización</i>	4,55 (3,91)	0	19	5,45 (4,07)	0	19	5,09 (4,03)	0	19

### 7.3.1. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio

Los descriptivos generales (media, desviación típica, máximo y mínimo) de las variables cuantitativas, tanto de la muestra total como del grupo de hombres y mujeres por separado, pueden observarse en la Tabla 16. Para un mayor detalle de estos datos descriptivos en función de los diferentes estilos de apego establecidos con las tres figuras de apego principales, los diferentes grupos de edad, o la presencia y ausencia de sintomatología somática, pueden consultarse los Anexos 8 y 9, donde se detallan los descriptivos generales con los estadísticos de tendencia central de las variables utilizadas en el presente estudio en función de los diferentes subgrupos en los que se divide la muestra.

En la Tabla 16, puede observarse como en lo que a seguridad en el apego respecta, los iguales son las figuras con la que más apego seguro muestran los jóvenes y adolescentes. Por otro lado, también se puede observar como las estrategias emocionales positivas, obtiene mayor puntuación por un mayor uso, frente a aquellas de regulación emocional negativa y de dificultad a la hora de procesar las emociones. Por último, las mujeres muestran una mayor puntuación en síntomas somáticos en comparación con los hombres.

Para las medidas categoriales, cualitativas, se calcularon las frecuencias para los diferentes escenarios posibles. Así la Tabla 17 muestra la frecuencia de respuestas en el test de screening de Othmer y de Souza, según el cual aquellos sujetos que contesten afirmativamente a más de dos ítems, de los siete de los que consta el cuestionario, muestran presencia de sintomatología somática. Las puntuaciones se calcularon para hombres y mujeres por separado.

Tabla 17. Respuestas de los participantes al test de screening de somatización de Othmer y de Souza

<i>Rs positivas</i>	<i>Nº sujetos</i>			<i>Total</i>
0	179	Hombres: 114	Mujeres: 65	496
1	180	Hombres: 72	Mujeres: 108	Hombres= 220
2	137	Hombres: 34	Mujeres:103	Mujeres= 276
3	63	Hombres:11	Mujeres:52	107
4	33	Hombres:5	Mujeres:28	Hombres=20
5	9	Hombres:4	Mujeres:5	Mujeres=87
6	2	Hombres: 0	Mujeres: 2	

Nota: Rs= Respuesta



Se observa como a baja frecuencia de respuestas positivas la cantidad de hombres es mayor, pero esta va decreciendo a favor de una mayor presencia de las mujeres cuantas más son las respuestas positivas al cuestionario.

Asimismo, en la Tabla 18 pueden apreciarse las frecuencias de los diferentes estilos de apego (seguro, ambivalente y evitativo), donde también se diferencia entre hombres y mujeres, además de añadir el número total de participantes para cada uno de los estilos con las diferentes figuras de apego. Puede observarse como los adolescentes y jóvenes adultos muestran una mayor frecuencia de vínculos seguros con su grupo de iguales, y no tanto con los progenitores, donde prevalece el estilo de apego ambivalente.

Tabla 18. Clasificación de los participantes en los diferentes estilos de apego

Apego con la madre (N= 601)					
<i>Seguro</i>		<i>Ambivalente</i>		<i>Evitativo</i>	
234		265		102	
Hombres: 76	Mujeres: 158	Hombres: 124	Mujeres: 141	Hombres: 39	Mujeres: 63
Apego con el padre (N= 581)					
<i>Seguro</i>		<i>Ambivalente</i>		<i>Evitativo</i>	
194		260		127	
Hombres: 81	Mujeres: 113	Hombres: 112	Mujeres: 148	Hombres: 39	Mujeres: 88
Apego con el grupo de Iguales (N= 604)					
<i>Seguro</i>		<i>Ambivalente</i>		<i>Evitativo</i>	
277		223		104	
Hombres: 70	Mujeres: 207	Hombres: 122	Mujeres: 111	Hombres: 57	Mujeres: 47

Por último en la Tabla 19, se puede apreciar la frecuencia de la relación entre los diferentes tipos de apego con las diferentes figuras. Es decir cómo se relacionan los vínculos de apego entre la madre, el padre y el grupo de iguales. En dicha tabla se muestran las frecuencias observadas, y las frecuencias esperadas (en cursiva). Podemos observar cómo generalmente cuando el apego es seguro con uno de los progenitores, tiende también a serlo con el otro, con una mayor frecuencia. Esto también ocurre en el caso de los apegos ambivalentes y evitativo. Asimismo, se puede observar como también el apego establecido con el grupo de iguales en la adolescencia muestra una tendencia a ser similar al apego establecido con las figuras parentales, excepto en el caso del apego evitativo, donde se observa que aun estableciendo vínculos evitativos con alguno de los dos progenitores, las relaciones establecidas con el grupo de iguales tienden más hacia la ambivalencia.

Tabla 19. Relación entre los vínculos de apego con las diferentes figuras: madre, padre e iguales. Frecuencias observadas y esperadas.

		Apego Madre			Apego Padre			Apego iguales		
		S	A	E	S	A	E	S	A	E
Apego Madre	<i>Seguro</i>				74,3	98,9	48,9	107,3	86,2	40,6
	<i>Ambivalente</i>				86	114,5	56,6	121	97,2	45,8
	<i>Evitativo</i>				32,8	43,6	21,6	46,8	37,6	17,7
Apego Padre	<i>Seguro</i>	120	60	13				88,8	71,1	34,1
	<i>Ambivalente</i>	73	146	38				119	95,5	45,6
	<i>Evitativo</i>	29	51	47				58,1	46,6	22,3
Apego Iguales	<i>Seguro</i>	143	91	41	109	103	54			
	<i>Ambivalente</i>	74	115	32	66	100	47			
	<i>Evitativo</i>	17	58	29	19	57	26			

### 7.3.2. Análisis inferenciales entre grupos

Tras el análisis descriptivo inicial, y tras haber observado diferencias muestrales en las puntuaciones obtenidas en las variables de estudio, se llevaron a cabo contrastes paramétricos con el fin de averiguar si las diferencias encontradas en las puntuaciones de apego con las diferentes figuras, en el uso de estrategias emocionales y en la sintomatología somática eran estadísticamente significativas.

Además de los análisis paramétricos que se detallan a continuación, el análisis no paramétrico de Chi cuadrado, realizado en base a los resultados obtenidos en la tabla de contingencias (ver Tabla 19), mostraron un efecto significativo ( $p < ,001$ ) tanto para la relación del apego paterno con el apego hacia el grupo de iguales, como para la relación entre el apego materno y el establecido con los iguales.

#### 7.3.2.1. Diferencia de medias entre dos grupos independientes.

Los resultados de los análisis de diferencia de medias se resumen en la Tabla 20. Primero se muestran las diferencias entre hombres y mujeres para las variables de apego con la madre, apego con el padre y apego con iguales; las diferentes escalas de la variable de dificultades en el procesamiento de las emociones (*experiencia emocional*, *procesamiento emocional* y *control emocional*); las diferentes estrategias de regulación emocional (*Autoculparse*, *Aceptación*, *Rumiación*, *Centrarse en lo positivo*, *Planificación*, *Reevaluación positiva*, *Poner en perspectiva*, *Catastrofismo* y *Culpar otros*); y por último se analizan las diferencias en sintomatología somática. Como puede observarse en la Tabla 20, en conjunto con los descriptivos mencionados anteriormente

(ver Tabla 16), apenas se aprecian diferencias estadísticamente significativas en lo que al sexo de los participantes respecta en cuanto a las puntuaciones de apego. Únicamente el apego con los iguales muestra diferencias significativas ( $d=-,55$ ), en cuyo caso, las mujeres reportan puntuaciones de apego seguro más alta que los hombres.

Por otro lado, las mujeres también muestran mayores puntuaciones, en comparación con los hombres, tanto en las diferentes escalas que generan dificultades en el procesamiento emocional, como en la escala total. Estas diferencias son estadísticamente significativas para la escala de *procesamiento emocional* ( $d= -,36$ ) y para la escala total ( $d= -,29$ ). En esta línea, las mujeres también muestran mayores puntuaciones en todas las estrategias de regulación emocional, tanto positivas como negativas, aunque esta vez las diferencias solo son estadísticamente significativas en los casos de las estrategias de *rumiación* ( $d= -,38$ ), *centrarse en lo positivo* ( $d= -,20$ ) y *catastrofismo* ( $d= -,32$ ). Por último, en lo que a las diferencias de sexo respecta, también se encuentran desigualdades significativas en cuanto al reporte del padecimiento de sintomatología somática, donde una vez más, las mujeres presentan una mayor puntuación que los hombres ( $d= -,23$ ).

En segundo lugar, la Tabla 20, también muestra las diferencias de medias entre aquellos pacientes que se considera que presentan síntomas somáticos y aquellos que no lo hacen, para las mismas variables que el caso anterior (excluyendo la variable síntomas somáticos). En este caso, se puede observar como la presencia de sintomatología somática se relaciona con un aumento estadísticamente significativo de las puntuaciones para las escalas de *Autoculparse* ( $d= -,33$ ), *rumiación* ( $d= -,48$ ), *catastrofismo* ( $d= -,48$ ) y dificultades de procesamiento emocional ( $-,55 < d < -,45$  para las diferentes subescalas). Sin embargo, aquellos sujetos que no presentan indicios de somatización, reportan un apego paterno significativamente más seguro que aquellos que si somatizan, y por el contrario presentan puntuaciones de inseguridad en el apego paterno ( $d= ,30$ ).

Tabla 20. Diferencia de medias entre los participantes que presentan síntomas somáticos y los que no respecto a las variables de estudio

	Diferencia entre hombres y mujeres		Diferencia entre ausencia y presencia de síntomas somáticos		Diferencia por edad entre jóvenes y adolescentes	
	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
<b>Apego (IPPA)</b>						
<i>Apego Madre</i>	-1,48	597	,93	595	-1,57	595
<i>Apego Padre</i>	1,68	579	2,97*	577	1,14	577
<i>Apego Iguales</i>	-6,36**	602	,24	600	-1,71	577
<b>Dificultades de procesamiento emocional (EPS-25)</b>						
<i>Expresión emocional</i>	-,00	602	-5,32*	600	3,18**	600
<i>Procesamiento emocional</i>	-4,33**	602	-6,35*	600	1,39	600
<i>Control emocional</i>	-1,30	602	-5,80*	600	1,97*	600
<i>Total</i>	-2,02*	602	-6,58*	600	2,35*	600
<b>Estrategias de regulación emocional (CERQ)</b>						
<i>Autoculparse</i>	-,08	599	-3,84*	597	2,04*	597
<i>Aceptación</i>	-1,24	598	-1,01	596	-,91	596
<i>Rumiación</i>	-4,35**	599	-5,74*	597	,50	597
<i>Centrarse en lo positivo</i>	-2,14*	599	-,19	597	-1,19	597
<i>Planificación</i>	,17	599	-,61	597	-,73	597
<i>Reevaluación positiva</i>	-1,40	598	-,19	596	-4,48**	596
<i>Poner en perspectiva</i>	-1,94	599	,36	597	-2,12*	597
<i>Catastrofismo</i>	-3,19**	599	-5,72*	597	-,17	597
<i>Culpar otros</i>	-,53	599	-1,69	597	-1,30	597
<b>Sintomatología somática (SA)</b>						
<i>Somatización</i>	-2,70**	603			-,14	601

Nota. \*\*  $p < ,01$ ; \*  $p < ,05$

En tercer y último lugar, se analizaron las diferencias de medias entre los dos grupos de edades establecidos: adolescentes (entre 16 y 18 años), y jóvenes adultos (entre 19 y 22 años). Tal y como muestran los datos resumidos en la Tabla 20, el grupo de menor edad muestra diferencias estadísticamente significativas, y puntuaciones más altas, respecto al grupo de mayor edad en la estrategia de regulación emocional negativa *Autoculparse* ( $d = ,20$ ), así como en las dificultades a la hora de expresar ( $d = ,26$ ) y controlar las emociones ( $d = ,19$ ). También muestran una puntuación significativamente

mayor en la totalidad de dificultades de procesamiento emocional ( $d= ,20$ ). Por su parte los jóvenes adultos, puntúan significativamente más alto que los adolescentes en el uso de estrategias de regulación positiva como la *reevaluación positiva* ( $d= -,38$ ) y *poner en perspectiva* ( $d= -,25$ ).

#### 7.3.2.1. Diferencias de medias entre los tres grupos de apego. Análisis de varianza simple y múltiple.

Teniendo en cuenta las anteriores diferencias de medias realizadas mediante el estadístico *t-Student*, y habiendo confirmado las diferencias encontradas en cuanto a edad y sexo en las variables de estudio, se decidió incluir tanto la edad como el sexo de la muestra como posibles covariantes, y examinar así si las diferencias entre los diferentes estilos de apego en las variables de interés eran significativas aun controlando el efecto que la edad y el sexo pudieran generar.

En primer lugar, se analizaron las diferencias que los estilos maternos seguro, ambivalente y evitativo podían causar en el desarrollo y uso de estrategias emocionales así como en la presencia de síntomas somáticos. En la Tabla 21 se presenta un resumen de los tres análisis realizados respecto al apego de los adolescentes y jóvenes adultos con su figura materna, y las dificultades en el procesamiento emocional, las estrategias de regulación emocional y la sintomatología somática.

Teniendo como objetivo analizar las diferencias que los estilos de apego materno pudieran generar a la hora de procesar las emociones, se incluyeron en el análisis multivariado las tres escalas de dificultades en el procesamiento emocional *expresión emocional*, *procesamiento emocional* y *control emocional*, así como la puntuación total. En este primer análisis, se observó que tanto el sexo como la edad mostraban efectos para la variable dependiente (sintomatología somática),  $F(3) = 9,54$ ;  $p = ,00$ ;  $\eta^2 = ,05$ ; y  $F(3) = 3,40$ ;  $p = ,01$ ;  $\eta^2 = ,02$ , respectivamente. Pero a pesar de esta relación, se encontró un efecto multivariado significativo del tipo de apego,  $F(6) = 10,88$ ;  $p = ,00$ ;  $\eta^2 = ,07$  en las dificultades de procesamiento emocional. En cuanto a los análisis univariados mostrados en la Tabla 21, en todos los casos se encontraron diferencias significativas entre el estilo de apego establecido con la madre y las diferentes dificultades en el procesamiento de las emociones.

Tabla 21. Análisis de varianza entre tipos de apego materno, y dificultades en el procesamiento emocional (1), estrategias de regulación emocional (2), y sintomatología somática (3), con las variables sexo y edad como covariables. Pruebas de efectos inter-sujetos y comparaciones post-hoc.

Factor	Variables dependientes	gl	F	$\eta^2$
	Dificultades en el procesamiento emocional, EPS-25 (1)			
	Experiencia emocional <sup>ab, ac</sup>	2	13,88**	,05
	Procesamiento emocional <sup>ab, ac, bc</sup>	2	17,80**	,10
	Control Emocional <sup>ab, ac, bc</sup>	2	34,97**	,11
	Total <sup>ab, ac</sup>	2	30,30**	,10
	Estrategias de Regulación emocional, CERQ (2)			
Apego MADRE (Seguro, Ambivalente, o Evitativo)	Autoculparse	2	n.s	
	Aceptación	2	n.s	
	Rumiación	2	n.s	
	Centrarse en lo positivo	2	n.s	
	Planificación	2	n.s	
	Reevaluación positiva <sup>ab</sup>	2	4,50*	,09
	Poner en perspectiva	2	n.s	
	Catastrofismo <sup>ac</sup>	2	3,64*	,05
	Culpar otros <sup>ac, bc</sup>	2	9,53**	,08
	Sintomatología somática, SA (3)			
	Somatización	2	n.s.	

Nota. <sup>a</sup> = apego seguro; <sup>b</sup> = apego ambivalente; <sup>c</sup> = apego evitativo; n.s. = no significativo;

\*\* =  $p < ,01$ ; \* =  $p < ,05$

Una posterior prueba post hoc, mediante el estadístico Bonferroni, señalaba que las diferencias se encuentran principalmente entre los grupos de apego seguro y apego inseguro (ambivalente y evitativo), aunque en el caso de procesamiento emocional, y control emocional, las diferencias también se dan entre el grupo de apego ambivalente y apego evitativo. Comparando estos resultados con los estadísticos descriptivos según el estilo de apego (ver Anexo 8), se puede observar que aquellas personas con un apego materno seguro muestran una puntuación menor en las dificultades en el procesamiento emocional que las personas con apego inseguro, siendo el tamaño del efecto entre medio y medio alto tanto en el caso de las tres subescalas como en la escala total.

El efecto multivariado del tipo de apego también se observó en relación a las variables de regulación emocional,  $F(18) = 2,32$ ;  $p = ,001$ ;  $\eta^2 = ,04$ . Una vez más, tanto la edad como el sexo mostraron efectos significativos en las pruebas multivariantes,  $F(9) = 3,50$ ;  $p = ,00$ ;  $\eta^2 = ,06$ ; y  $F(9) = 3,73$ ;  $p = ,00$ ;  $\eta^2 = ,06$ ; respectivamente. Respecto a

los efectos univariados, las únicas estrategias de regulación emocional que mostraron ser significativamente diferentes dependiendo del tipo de apego materno establecido fueron reevaluación positiva, catastrofismo, y culpar a otros, como muestra la Tabla 21. Como puede observarse en la tabla de descriptivos en el Anexo 8, y tal y como muestra la prueba post hoc realizada, los participantes con un apego seguro muestran mayores puntuaciones que los participantes con apego ambivalente o evitativo en las estrategias de regulación positivas; mientras que las puntuaciones de estos último son más elevadas que las del grupo seguro para las estrategias negativas. Concretamente las diferencias son estadísticamente significativas entre aquellos con apego seguro y el grupo de apego ambivalente para catastrofismo y culpar a otros; y entre el grupo seguro y el ambivalente para reevaluación positiva, y entre ambivalente y evitativo para culpar a otros.

Por último, el ANCOVA realizado desveló que la sintomatología somática, no mostraba ningún efecto significativo en las pruebas intersujeto, ni en las univariadas ( $p > ,05$ ).

Los análisis de varianza hasta ahora mencionados, volvieron a repetirse en el caso del apego paterno y también en el apego con el grupo de iguales, siguiendo exactamente los mismo pasos, pero cambiando el factor para cada una de las figuras de apego. Estos resultados también se muestran en las Tablas 22 y 23, respectivamente.

Así, en el caso del apego paterno, a pesar de que tanto el sexo como la edad muestran efectos significativos como covariantes en esta relación,  $F(3) = 9,55$ ;  $p = ,00$ ;  $\eta^2 = ,05$ ; y  $F(3) = 3,40$ ;  $p = ,01$ ;  $\eta^2 = ,02$ , los resultados muestran un efecto multivariado significativo para las dificultades en el procesamiento emocional  $F(6) = 10,90$ ;  $p = ,00$ ;  $\eta^2 = ,06$  en la sintomatología somática. En cuanto a los efectos inter sujeto, como puede verse en la Tabla 22, todos son estadísticamente significativos ( $p < ,001$ ), tanto para las tres subescalas como para la escala total, siendo el tamaño del efecto medio en prácticamente todos los casos. Una vez más, las pruebas post hoc desvelan que las diferencias más significativas se dan entre los apegos seguros e inseguros (tanto ambivalentes como evitativos), así como entre el grupo de apego ambivalente y el de apego evitativo. Como ocurría en el caso del apego materno, el grupo de apego paterno seguro es el que puntuaciones más bajas muestra en dificultades en el procesamiento de las emociones, seguido del grupo de apego ambivalente, y por último el de apego evitativo.

En lo que a estrategias de regulación emocional respecta, los resultados del MANCOVA son similares a los anteriores. También hay un efecto multivariado significativo del tipo de apego paterno,  $F(18) = 2,50$ ;  $p = ,001$ ;  $\eta^2 = ,04$ ; así como de las covariables edad y sexo,  $F(9) = 4,20$ ;  $p = ,00$ ;  $\eta^2 = ,07$ ; y  $F(9) = 3,89$ ;  $p = ,00$ ;  $\eta^2 = ,06$ ; respectivamente. La principal diferencia se encuentra en los efecto inter sujeto, donde en esta ocasión la estrategia de *rumiación* también muestra diferencias significativas respecto al tipo de apego establecido con el padre, entre aquellos sujetos con un apego seguro y los de apego evitativo, así como entre los grupos de apego ambivalente y apego evitativo (ver Tabla 22). La estrategia *autoculparse*, también muestra diferencias significativas en su puntuación dependiendo del estilo de apego paterno establecido, seguro o evitativo (ver Tabla 22).

Tabla 22. Análisis de varianza entre tipos de apego paterno y dificultades en el procesamiento emocional (1), estrategias de regulación emocional (2), y sintomatología somática (3), con las variables sexo y edad como covariables. Pruebas de efectos inter-sujetos y comparaciones post-hoc.

Factor	Variables dependientes	gl	F	$\eta^2$
	Dificultades en el procesamiento emocional, EPS-25 (1)			
	<i>Experiencia emocional</i> <sup>ab, ac</sup>	2	9,31**	,04
	<i>Procesamiento emocional</i> <sup>ab, ac, bc</sup>	2	24,40**	,08
	<i>Control Emocional</i> <sup>ab, ac, bc</sup>	2	28,91**	,10
	<i>Total</i> <sup>ab, ac, bc</sup>	2	28,01**	,09
	Estrategias de Regulación emocional, CERQ (2)			
Apego PADRE (Seguro, Ambivalente, o Evitativo)	<i>Autoculparse</i> <sup>ac</sup>	2	3,22*	,02
	<i>Aceptación</i>	2	n.s.	
	<i>Rumiación</i> <sup>ac, bc</sup>	2	9,52***	,03
	<i>Centrarse en lo positivo</i>	2	n.s.	
	<i>Planificación</i>	2	n.s.	
	<i>Reevaluación positiva</i> <sup>ab</sup>	2	6,54**	,03
	<i>Poner en perspectiva</i>	2	n.s.	
	<i>Catastrofismo</i> <sup>ab, ac</sup>	2	6,13**	,03
	<i>Culpar otros</i>	2	n.s.	
	Sintomatología somática, SA (3)			
	<i>Somatización</i> <sup>ac, bc</sup>	2	6,75**	,03

Nota. <sup>a</sup> = apego seguro; <sup>b</sup> = apego ambivalente; <sup>c</sup> = apego evitativo; n.s. = no significativo;

\*\*\*  $p < ,001$ ; \*\*  $p < ,01$ ; \*  $p < ,05$



Por último y a diferencia del caso anterior, la sintomatología somática sí parece estar influenciada por el tipo de apego paterno establecido, ya que muestra efectos inter-sujeto y univariados significativos,  $F(2) = 6,80$ ;  $p = ,001$ ;  $\eta^2 = ,03$ , aunque el tamaño del efecto es bajo. En este caso, únicamente el sexo se muestra como covariable significativa,  $F(1) = 7,90$ ;  $p < ,01$ ;  $\eta^2 = ,02$ ; mientras que la edad presenta una significación por encima de ,05.

En el tercer y último caso, se analizaron las diferencias en las mismas variables de estudio respecto al apego con el grupo de iguales, siguiendo una vez más los mismos pasos previamente comentados (ver Tabla 23).

Tabla 23. Análisis de varianza entre tipos de apego con iguales y dificultades en el procesamiento emocional (1), estrategias de regulación emocional (2), y sintomatología somática (3), con las variables sexo y edad como covariables. Pruebas de efectos inter-sujetos y comparaciones post-hoc.

Factor	VARIABLES dependientes	gl	F	$\eta^2$
	Dificultades en el procesamiento emocional, EPS-25 (1)			
	<i>Experiencia emocional</i> <sup>ab, ac</sup>	2	15,99***	,06
	<i>Procesamiento emocional</i> <sup>ac, bc</sup>	2	9,05***	,04
	<i>Control Emocional</i> <sup>ab, ac, bc</sup>	2	23,32***	,08
	<i>Total</i> <sup>ab, ac, bc</sup>	2	21,08***	,07
	Estrategias de Regulación emocional, CERQ (2)			
Apego IGUALES (Seguro, Ambivalente, o Evitativo)	<i>Autoculparse</i> <sup>ac, bc</sup>	2	5,36**	,03
	<i>Aceptación</i>	2	n.s.	
	<i>Rumiación</i> <sup>ac</sup>	2	5,78**	,02
	<i>Centrarse en lo positivo</i>	2	n.s.	
	<i>Planificación</i>	2	n.s.	
	<i>Reevaluación positiva</i>	2	n.s.	
	<i>Poner en perspectiva</i>	2	n.s.	
	<i>Catastrofismo</i> <sup>ac</sup>	2	6,28**	,04
	<i>Culpar otros</i>	2	n.s.	
	Sintomatología somática, SA (3)			
	<i>Somatización</i>	2	n.s.	

Nota. <sup>a</sup> = apego seguro; <sup>b</sup> = apego ambivalente; <sup>c</sup> = apego evitativo; n.s. = no significativo; \*\*\* =  $p < ,001$ ; \*\* =  $p < ,01$ .

Los dos primeros MANOVAS, mostraron datos similares a los encontrados respecto al apego materno y paterno, aunque en el caso de lo iguales el tamaño del efecto es menor. Así, tanto las dificultades en el procesamiento emocional como las estrategias de regulación emocional muestran diferencias significativas respecto al tipo de apego establecido con los iguales,  $F(6) = 9,50$ ;  $p = ,00$ ;  $\eta^2 = ,05$ ; y  $F(18) = 2,41$ ;  $p < ,01$ ;  $\eta^2 = ,04$ ; respectivamente. Una vez más la edad y el sexo se presentaron como covariables significativas ( $p < ,05$ ). Sin embargo, al igual que ocurría en el caso del apego con la figura materna, la sintomatología somática no mostró diferencias significativas respecto al estilo de apego con el grupo de iguales,  $F(2) = 1,65$ ;  $p = ,20$ .

### 7.3.3. Modelos de mediación

En este apartado, se recogen los resultados referidos al posible papel mediador de las estrategias emocionales (dificultades de procesamiento emocional, y estrategias de regulación emocional) en la relación entre el apego y la sintomatología somática

Al igual que ocurría en apartados anteriores, debido a la multiplicidad de estrategias emocionales, a la hora de llevar a cabo los modelos de mediación múltiple, se decidió agrupar las variables mediadoras según sus categorías superiores, es decir, en uno de los modelos se analiza el papel mediador de las dificultades en el procesamiento emocional en la relación entre el apego (materno o paterno según en caso) y la sintomatología somática; mientras que en el otro las variables mediadoras son aquellas estrategias de regulación emocional mencionadas en el anterior párrafo.

En primer lugar se calculó la matriz de correlaciones entre las puntuaciones directas de apego con las diferentes figuras (madre, padre e iguales), las dificultades de procesamiento emocional y sus subescalas (*experiencia emocional*, *procesamiento emocional* y *control emocional*); las diferentes estrategias de regulación emocional (*Autoculparse*, *Aceptación*, *Rumiación*, *Centrarse en lo positivo*, *Planificación*, *Reevaluación positiva*, *Poner en perspectiva*, *Catastrofismo* y *Culpar otros*); y las puntuaciones directas para sintomatología somática, con el fin de identificar aquellas variables que cumplieran las condiciones para ser incluidas en el modelo de mediación.

Como puede observarse en la Tabla 24, en lo que al apego respecta, únicamente el apego materno y el paterno se encuentran significativamente relacionados con la sintomatología somática, mientras que el apego con el grupo de iguales no muestra ninguna relación significativa ( $p > .05$ ). Teniendo estos datos en cuenta, se crearon dos líneas de modelos de mediación independientes, una para la relación entre el apego materno y la sintomatología somática y otra para la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática. Tomando las correlaciones como referencia, se decidió tomar como variables mediadoras únicamente aquellas que mostraran correlaciones significativas ( $p < .05$ ), que resultaron ser las siguientes: las dificultades a la hora de experimentar, procesar y controlar las emociones; las estrategias de regulación negativa *rumiación*, *catastrofismo*, *autoculparse* y *culpar a otros*; y las estrategias de regulación emocional positiva *reevaluación positiva* y *poner en perspectiva*.

Por último, atendiendo a la Tabla 24 y teniendo en cuenta el solapamiento que muestran las correlaciones altas y significativas entre las diferentes estrategias emocionales, tanto de procesamiento como de regulación, se decidió reducir las dimensiones mediante un análisis de componentes principales (ACP), que busca la manera en la que los datos queden mejor representados en términos de mínimos cuadrados.

A continuación se analizan los modelos de mediación uno por uno. Asimismo, en todos los modelos se controlaron los efectos que el sexo pudiera estar causando en la relación entre las variables mencionadas.

Tabla 24. Correlaciones entre las variables medidas en la muestra de estudio.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	Apego Madre	Apego Padre	Apego Iguales	Experi. emocional	Proces. Emocional	Control emocional	Escala Total	Auto culpable	Aceptación	Rumiación	Centarse en lo positivo	Planificar	Reevaluación positiva	Poner en perspectiva	Catstrofismo	Culpar a otros	Somatización
1	1	,50**	,30**	-,25**	-,31**	-,39**	-,38**	-,14**	,07	-,10*	,05	,07	,15**	,10*	-,16**	-,17**	-,17**
2		1	,25**	-,22**	-,35**	-,40**	-,39**	-,10*	,02	-,23**	-,04	,08	,07	,06	-,21**	-,15**	-,22**
3			1	-,28**	-,21**	-,37**	-,32**	-,15**	,08	-,18**	,03	-,04	,19**	,17*	-,17**	-,15**	-,09
4				1	,61**	,68**	,86**	,27**	-,09	,35**	,18**	,07	-,07	,05	,27**	,14**	,26**
5					1	,73**	,87**	,30**	-,02	,47**	,11*	,08	,08	,00	,47**	,17**	,37**
6						1	,98**	,31**	-,02	,37**	,12*	,09	-,12*	-,04	,35**	,19**	,33**
7							1	,33**	-,04	,45**	,16**	,07	-,06	,01	,39**	,19**	,36**
8								1	,26**	,31**	,05	,24**	,06	,06	,25**	-,05	,18**
9									1	,19**	,15**	,18**	,38**	,15**	,05	-,06	-,05
10										1	,17**	,26**	,18**	-,09	,45**	,18**	,27**
11											1	,10*	,26**	,10*	,09	,04	,04
12												1	,43**	,26**	,09	,04	-,02
13													1	,29**	-,06	-,03	-,07
14														1	-,14**	,10*	-,03
15															1	,24**	,23**
16																1	,05
17																	1

Nota. \* $p < ,01$ ; \*\* $p < ,001$ .  $N = 605$ .

### 7.3.3.1. Mediación de las estrategias emocionales entre el apego materno y la sintomatología somática

En este apartado se analizan los modelos de mediación entre el apego establecido con la madre y la sintomatología somática. Se han llevado a cabo un total de cuatro modelos de mediación independientes para cada figura de apego, dos múltiples y dos simples, agrupados en tres categorías, según las variables mediadoras: mediación de las dificultades en el procesamiento emocional, mediación de las estrategias de regulación emocional, mediación de las estrategias positivas y de las negativas. En todos los casos se añadió el sexo como covariante, por la relación que ha mostrado previamente con la sintomatología somática. Y en todos los modelos de mediación mostró relaciones significativas. A continuación se analiza cada uno de ellos por separado.

#### *Mediación de las dificultades en el procesamiento emocional*

Este primer modelo de mediación está formado por el apego materno como variable independiente, la sintomatología somática como variable dependiente, y las tres dificultades en el procesamiento emocional como variables mediadoras: experiencia emocional, procesamiento emocional y control emocional. Como puede observarse en la Figura 20, el apego materno muestra relaciones significativas y negativas con las tres variables mediadoras (ruta a), mientras que en lo que a la ruta b respecta (la relación entre las variables mediadoras y la dependiente) únicamente el procesamiento emocional muestra una relación significativamente positiva con la sintomatología somática. Además se calcularon los efectos directos (ruta c') y los efectos totales (ruta c), con el fin de analizar si existía o no mediación y si ésta es total o parcial.

La comparación entre los efectos directos ( $p > .05$ ) y los totales ( $p < .05$ ), señalan la existencia de una mediación total por parte de las dificultades en el procesamiento emocional entre el apego materno y la sintomatología somática. Una vez comprobada la existencia de la mediación, se realizó un bootstrap mediante el cual se encontró un efecto indirecto específico para el procesamiento emocional. Los datos específicos de los efectos indirectos, así como de las rutas a y b se encuentran en las Tablas 25 y 26, respectivamente.

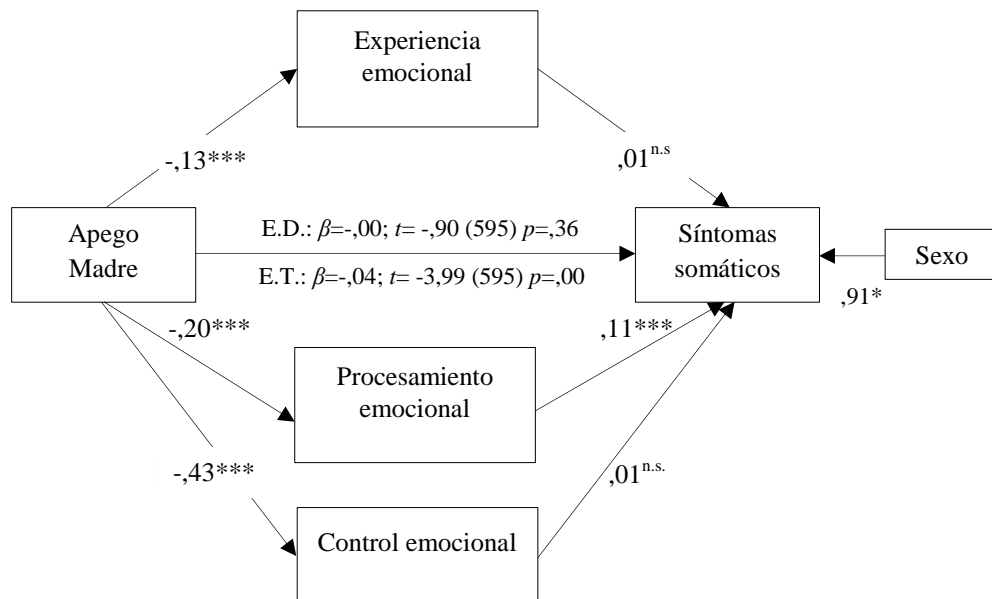


Figura 20. Mediación de las dificultades de procesamiento emocional en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática.

Nota.  $*p < .05$ ;  $***p < .001$ ;  $^{n.s.}$  = no significativo. E.D. = efecto directo ( $c'$ ); E.T. = efecto total ( $c$ ).

### Mediación de las estrategias de regulación emocional

A continuación, se analiza el rol mediador de las estrategias de regulación emocional de rumiación, catastrofismo, autoculparse, culpar a otros, reevaluación positiva y poner en perspectiva, en la relación entre el apego materno (variable independiente) y la sintomatología somática (variable dependiente).

Como puede verse en la Figura 21, también en este caso, la ruta a es negativa y significativa con las estrategias de regulación emocional negativa, y positiva y significativa para las estrategias de regulación positivas. Sin embargo, en la ruta b, únicamente la rumiación y el catastrofismo se postulan como estrategias significativa y positivamente relacionadas con la sintomatología somática.

En lo que a los efectos totales y directos respecta, ambos se muestran significativos, aunque el efecto total lo hace con una beta mayor ( $\beta = -.04$ ), en comparación con el efecto directo ( $\beta = -.04$ ). Por lo que se trata de una mediación parcial de las estrategias de regulación emocional. Una vez más, los efectos indirectos (ver Tabla 26) muestran efectos específicos para las variables rumiación y catastrofismo.

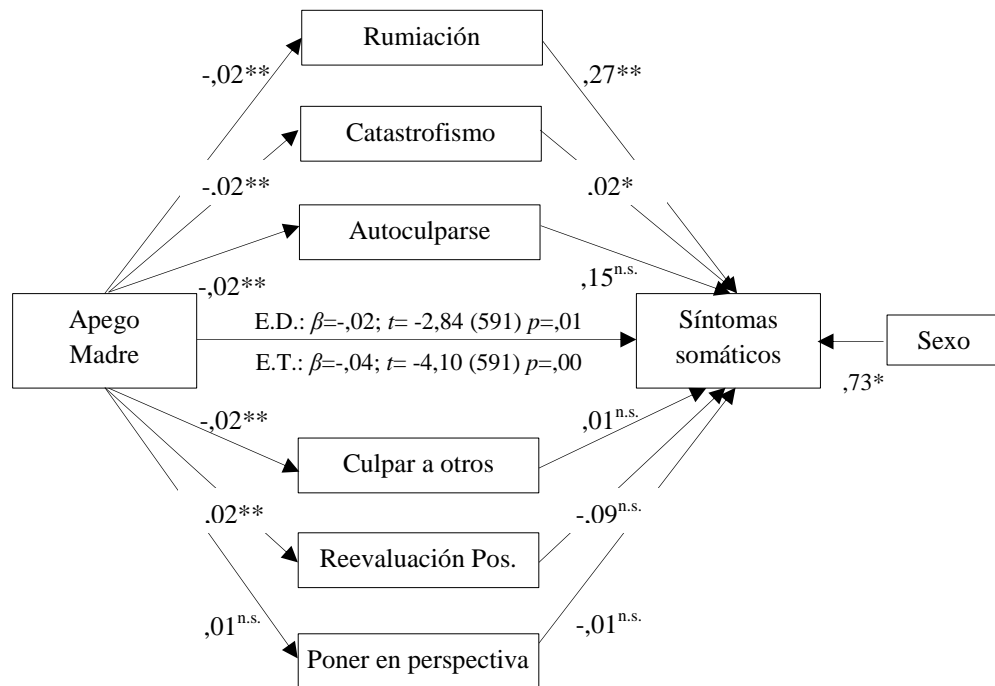


Figura 21. Mediación de las estrategias de regulación emocional en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática.

Nota. \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; <sup>n.s.</sup>= no significativo. E.D.= efecto directo ( $c'$ ); E.T. efecto total ( $c$ ).

### Mediación de las estrategias positivas y negativas

Como se comentaba al inicio del apartado, y teniendo en cuenta un total de nueve variables mediadoras (*experiencia emocional, procesamiento emocional, control emocional, rumiación, catastrofismo, autoculparse, culpar a otros, reevaluación positiva y poner en perspectiva*), subdivididas en dos grupos (dificultades en el procesamiento de las emociones y estrategias de regulación emocional), se planteó un análisis de componentes principales (ACP) sobre las variables mediadoras, para reducir las dimensiones tanto de las dificultades en el procesamiento de las emociones como de las estrategias de regulación emocional, e identificar factores, o posibles variables latentes bajo las que las diferentes estrategias pudieran representarse.

Así, se realizó un análisis previo de las nueve variables mediadoras, que mostró mediante un gráfico de sedimentación, la existencia de dos factores principales en los que éstas podían agruparse. Posteriormente se realizó un análisis exploratorio mediante el método factorial de componentes principales con rotación oblimin al conjunto de

variables mediadoras mencionado, pidiendo un número fijo de dos factores. Los resultados se mostraron significativos para la prueba de esfericidad de Barlett ( $p < ,001$ ). Las estrategias se agrupan en dos factores, siguiendo el criterio de Kaiser (1960), según el cual cada autovalor mayor o igual a 1 se corresponde a un factor. A estos dos factores se decidió denominarles estrategias emocionales positivas (compuesto por *reevaluación positiva* y *poner en perspectiva*) y estrategias emocionales negativas (compuesto por las subescalas de dificultades en el procesamiento emocional y las estrategias de regulación negativa de *rumiación*, *catastrofismo*, y *autoculparse*) dadas las características de las variables que por peso cayeron dentro de cada factor. Es importante mencionar que la variable *culpar a otros* quedó descartada por mostrar pesos inferiores a ,20 para ambos factores (ver Anexo 10 para más información sobre los pesos de cada variable en su factor). Además solo correlaciona significativamente con la variable independiente apego madre (correlaciones por debajo de ,20) y la relación respecto a la variable dependiente somatización no es significativa, por lo que se excluye del modelo.

Una vez obtenidos los dos factores, se tomaron como posibles variables mediadoras en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática. Las Figuras 22 y 23 muestran los resultados obtenidos. En el caso de las estrategias emocionales negativas, los resultados muestran una mediación total de las mismas en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática atendiendo a los efectos directos ( $p > ,05$ ) y los efectos totales ( $p < ,05$ ), al igual que confirman los efectos indirectos (ver Tabla 26). Mientras que no existe mediación de las estrategias emocionales positivas, ya que la ruta b no resulta significativa. Aun así, y pese a la falta de relación entre la sintomatología somática y las estrategias emocionales positivas, cabe resaltar la relación que existe entre éstas últimas y el apego materno.

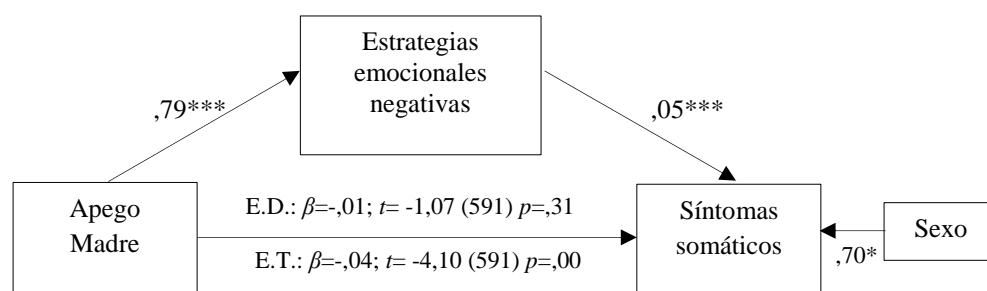


Figura 22. Mediación de las estrategias emocionales negativas en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática.

Nota. \*\*\* $p < ,001$ . E.D.= efecto directo ( $c'$ ); E.T. efecto total ( $c$ ).



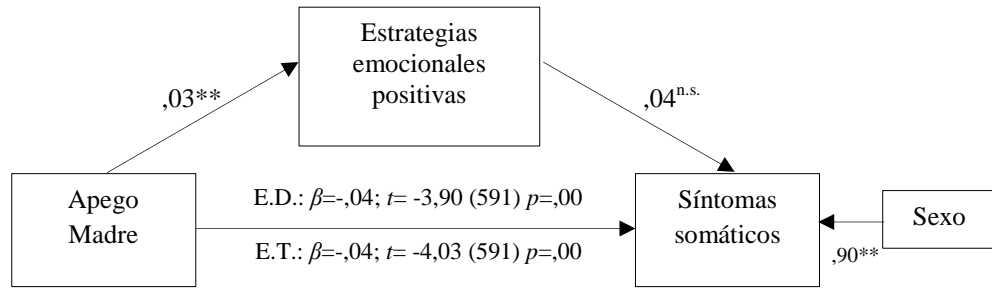


Figura 23. Mediación de las estrategias emocionales positivas en la relación entre el apego materno y la sintomatología somática.

Nota. \*\* $p < ,01$ ; <sup>n.s.</sup>= no significativo. E.D.= efecto directo ( $c'$ ); E.T. efecto total ( $c$ ).

Tabla 25. Mediación de las estrategias emocionales entre el apego materno y la sintomatología somática

	<i>a path</i> (de la VI a la VM)			<i>b path</i> (de la VM a la VD)				
	$\beta$	gl	$t$	$\beta$	gl	$t$		
<i>Dificultades en el procesamiento emocional</i>								
	-,13	595	-5,80***	Experiencia emocional	,01	595	,37	
	-,20	595	-7,90***	Procesamiento emocional	,11	595	4,75***	
	-,43	595	-9,80***	Control emocional	,01	595	1,51	
<i>Regulación emocional</i>								
Apego Madre	-,02	591	-2,70**	Rumiación	,27	591	3,23**	Síntomas somáticos
	-,02	591	-3,52**	Catastrofismo	,20	591	2,50*	
	-,02	591	-2,95**	Autoculparse	,15	591	1,91	
	-,02	591	-3,89***	Culpar a otros	-,01	591	-0,11	
	,02	591	2,73**	Reevaluación positiva	-,09	591	-1,22	
	,01	591	1,92	Poner en perspectiva	-,01	591	-0,17	
<i>Estrategias emocionales</i>								
	-,79	591	-9,27***	Estrategias emocionales negativas	,05	591	8,38***	
	,03	591	2,90**	Estrategias emocionales positivas	-,04	591	-,91 <sup>n.s.</sup>	

Nota. \* $p < ,05$ ; \*\* $p < ,01$ ; \*\*\* $p < ,001$ . VI = variable independiente; VM= Variable mediadora; VD = variable dependiente

Tabla 26. Intervalos de confianza para los efectos indirectos entre el apego materno y la presencia de síntomas somáticos

	$\beta$	IC
<i>Dificultades de procesamiento emocional</i>		
Experiencia emocional	-,00	-,01 a ,01
Procesamiento emocional	-,01	-,03 a -,01
Control emocional	-,00	-,02 a ,01
<i>Regulación emocional</i>		
Rumiación	-,01	,001 a ,01
Catastrofismo	-,01	,001 a ,01
Autoculparse	-,00	,00 a ,00
Culpar a otros	,00	,00 a ,00
Reevaluación positiva	-,00	,00 a ,00
Poner en perspectiva	-,00	,00 a ,00
<i>Estrategias emocionales</i>		
Estrategias emocionales negativas	-,03	-,04 a -,02
Estrategias emocionales positivas	-,00	-,01 a ,01

Nota. +-,00 = Números entre +,0 y +,001.

### 7.3.3.1. Mediación de las estrategias emocionales entre el apego paterno y la sintomatología somática

En este último apartado de resultados, se analiza el papel mediador de las diferentes estrategias emocionales entre el apego paterno y la sintomatología somática. Se seguirá exactamente la misma estructura que en el apartado de apego materno, con la varianza de la figura de apego, que en este caso representa a la paterna. En todos los modelos el apego paterno actúa como variable independiente, la sintomatología somática como dependiente, y lo que varían son las variables mediadoras tenidas en cuenta en cada modelo (dificultades en el procesamiento de las emociones, estrategias de regulación emocional, estrategias positivas y estrategias negativas). Asimismo, también en esta ocasión se añadió el sexo como covariante, por la relación que ha mostrado previamente con la sintomatología somática. A continuación se analiza cada modelo de mediación por separado.

#### *Mediación de las dificultades en el procesamiento emocional*

El primero de los modelos, analiza el rol mediador de las dificultades en el procesamiento de las emociones: experiencia emocional, procesamiento del as

emociones y control emocional. Como puede verse en la Figura 24, la comparación entre los efectos directos y los efectos totales, indica una mediación total.

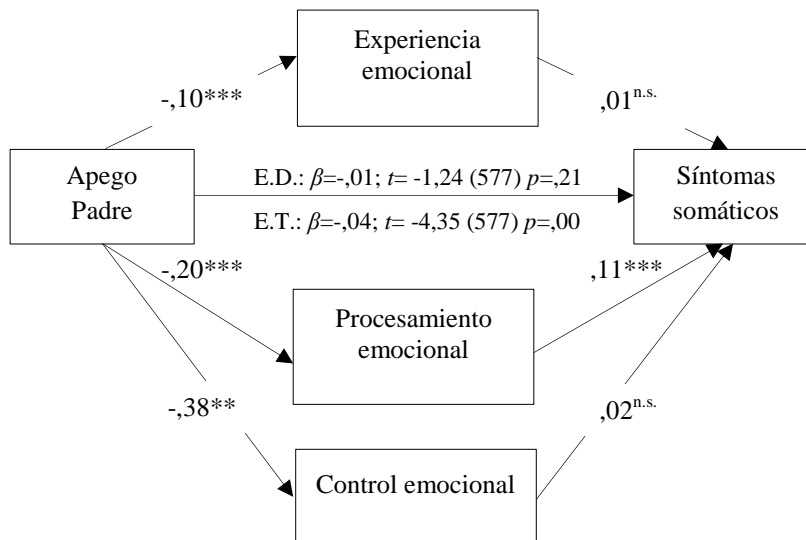


Figura 24. Mediación de las dificultades en el procesamiento emocional en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática.

Nota.  $***p < .001$ ;  $**p < .01$ ;  $^{n.s.}$  = no significativo. E.D. = efecto directo ( $c'$ ); E.T. = efecto total ( $c$ ).

Un análisis más exhaustivo de las rutas a y b (ver Figura 24), así como de los efectos indirectos mediante la técnica *bootstrapping* (ver Tabla 27), indican que es la subescala de procesamiento emocional la que se mantiene como mediadora, al ser la única que muestra efectos significativos en ambas direcciones, tanto en la relación con la variable independiente (ruta a) como con la dependiente (ruta b).

#### Mediación de las estrategias de regulación emocional

En este segundo modelo, las variables mediadoras se componen por las seis estrategias de regulación emocional que mostraron correlaciones significativas con la variable independiente o la dependiente: *rumiación*, *catastrofismo*, *Autoculparse*, *culpar a otros*, *reevaluación positiva* y *poner en perspectiva*. Mientras que las variables independiente y dependiente se mantienen iguales.

Tal y como muestra la Figura 25, esta vez la mediación de las estrategias de regulación emocional en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática resulta ser parcial, atendiendo a una beta mayor a mayor nivel de significación de los

efectos totales frente a los directos. Además, puede observarse como de las seis estrategias únicamente median en el modelo las estrategias negativas de rumiación, catastrofismo y Autoculparse, como puede verse atendiendo a las rutas a y b, así como a los efectos indirectos que aparecen en la Tabla 27.

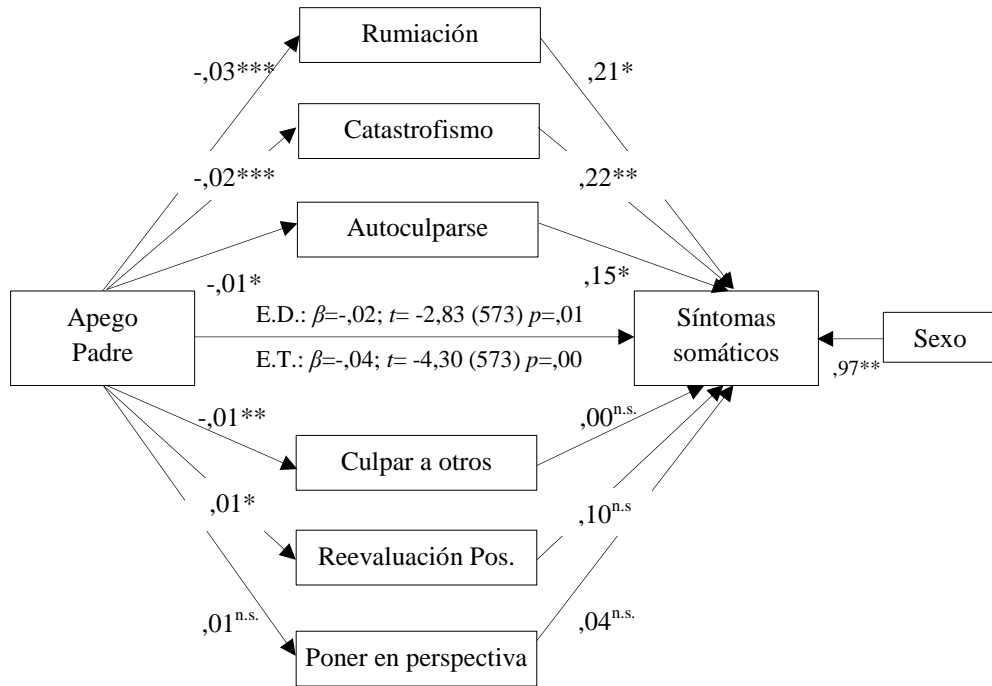


Figura 24. Mediación de las estrategias de regulación emocional en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática.

Nota.  $***p < .001$ ;  $**p < .01$ ;  $*p < .05$ ;  $n.s.$  = no significativo. E.D. = efecto directo ( $c'$ ); E.T. = efecto total ( $c$ ).

### Mediación de las estrategias positivas y negativas

Este último modelo de mediación mide el rol mediador de estos los dos nuevos factores extraídos tras el análisis de componentes principales en relación a las variables que miden las estrategias emocionales positivas y negativas (ver Figuras 26 y 27).

Prestando atención a las betas y a la significación tanto de los efectos totales como de los parciales, así como de las rutas a y b en ambas mediaciones, se puede observar como las estrategias positivas no median ninguna relación, pero si se relacionan significativamente con el apego paterno; mientras que las estrategias negativas muestran una mediación total en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática (para información sobre efectos indirectos e I.C. ver Tabla 27).

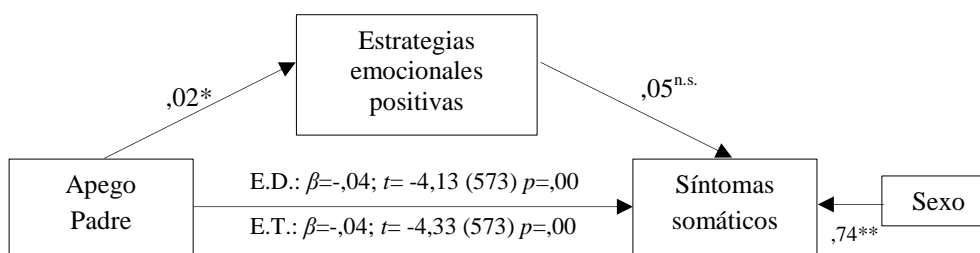


Figura 26. Mediación de las estrategias emocionales positivas en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática.

Nota. \* $p < 0,05$ ; <sup>n.s.</sup> = no significativo. E.D. = efecto directo ( $c'$ ); E.T. = efecto total ( $c$ ).

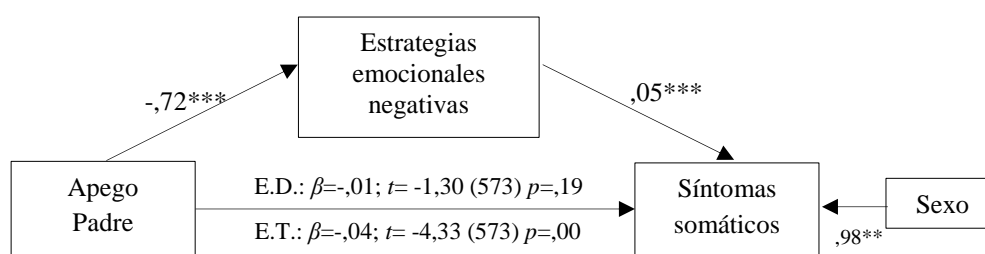


Figura 27. Mediación de las estrategias emocionales negativas en la relación entre el apego paterno y la sintomatología somática.

Nota. \*\*\* $p < 0,001$ ; E.D. = efecto directo ( $c'$ ); E.T. = efecto total ( $c$ ).

Tabla 27. Intervalos de confianza para los efectos indirectos entre el apego paterno y la presencia de síntomas somáticos

	$\beta$	CI
<i>Dificultades de procesamiento emocional</i>		
Experiencia emocional	-,01	-,01 a 0,1
Procesamiento emocional	-,02	-,03 a -,01
Control emocional	-,01	-,02 a ,01
<i>Regulación emocional</i>		
Rumiación	-,01	-,009 a -,008
Catastrofismo	-,01	-,01 a -,001
Autoculparse	-,01	-,005 a ,001
Culpar a otros	-,00	-,002 a ,001
Reevaluación positiva	,00	-,003 a ,001
Poner en perspectiva	,00	-,003 a ,001
<i>Estrategias emocionales</i>		
Estrategias emocionales negativas	-,03	-,03 a -,02
Estrategias emocionales positivas	,00	,00 a ,00

Nota. +-,00 = Números entre +0 y +-,001.

Tabla 28. Mediación de las estrategias emocionales entre el apego paterno y la sintomatología somática

		<i>a path</i> (de la VI a la VM)			<i>b path</i> (de la VM a la VD)				
		$\beta$	gl	<i>t</i>		$\beta$	gl	<i>t</i>	
<i>Dificultades en el procesamiento emocional</i>									
		-,10	577	-5,12***	Experiencia emocional	,01	577	,41	
		-,20	577	-8,35***	Procesamiento emocional	,10	577	4,60***	
		-,38	577	-9,64***	Control emocional	,02	577	1,42	
<i>Regulación emocional</i>									
		-,03	573	-4,79***	Rumiación	,21	573	2,42*	
Apego		-,02	573	-4,36***	Catastrofismo	,22	573	2,70**	Síntomas somáticos
Padre		-,01	573	-2,30*	Autoculparse	,15	573	2,00*	
		-,01	573	-2,66**	Culpar a otros	,00	573	0,10	
		-,01	573	2,01*	Reevaluación positiva	-,10	573	-1,15	
		-,01	573	1,90	Poner en perspectiva	-,04	573	-0,45	
<i>Estrategias emocionales</i>									
		-,71	573	-9,31***	Estrategias emocionales negativas	0,04	573	8,11***	
		,02	573	2,37*	Estrategias emocionales positivas	-,05	573	-1,16	

Nota. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . VI = variable independiente; VM = Variable mediadora; VD = variable dependiente

#### 7.4. DISCUSIÓN

Con el fin de obtener una mayor comprensión de la discusión sobre los resultados encontrados en este segundo estudio, se procederá a analizarlos de forma separada en base a las hipótesis planteadas al inicio, y a la luz de la investigación ya existente. Se analizará por lo tanto la aceptación o el rechazo de las hipótesis de partida, y el alcance y consecuencia de los resultados encontrados.

*Los jóvenes y adolescentes crean vínculos de apego con sus iguales más cercanos, similares a aquellos vínculos establecidos con sus progenitores.*

(H<sub>1</sub>)

Los resultados obtenidos, aportan evidencia favor de la H<sub>1</sub>, y por lo tanto se asume que los vínculos de apego que los adolescentes y jóvenes adultos crean con el grupo de iguales, son similares a los establecidos con su padre y su madre. La

aceptación de esta hipótesis, implica el acuerdo con la visión de continuidad, dónde la manera en la que el adolescente se relaciona y socializa con el grupo de iguales no es más que una extensión de los vínculos desarrollados en el seno familiar. Autores como Fonagy (2004), Fraley (2002), o Thompson (2008), también han encontrado evidencia a favor de la continuidad de los vínculos de apego.

Los datos obtenidos muestran que los participantes que reportan estilos de apego seguros con la madre o con el padre, tienden a establecer vínculos de apego seguro también con los iguales. Mientras que se ha encontrado que aquellos sujetos que reportan vínculos inseguros, ya sean ambivalentes o evitativos, son menos proclives a encontrar la seguridad con el grupo de iguales, reportando mayores niveles de ambivalencia y evitación. Resultados similares han sido encontrados por autores como Allen y colaboradores (2007); Gorrese y Rugieri (2012); Uytun y colaboradores (2013) o Wilkinson (2004), usando igualmente el IPPA como medida de evaluación del apego.

Desde un punto de vista cognitivo, podría explicarse este fenómeno de continuidad haciendo alusión a que los esquemas y los MIT (modelos internos de trabajo) creados a partir de las experiencias tempranas con aquellas figuras de referencia, son generalizados a lo largo de la vida, con las nuevas figuras de apego con las que el individuo pueda encontrarse, como es el caso del grupo de iguales. De esta manera, si a través de sus primeras experiencias el menor ha desarrollado una imagen de sí mismo negativa y no merecedora de cuidado (como sería el caso del apego ambivalente), o una imagen de sus progenitores negativa y de no disponibilidad (en el caso el apego evitativo), mantendrá estas creencias sobre sí mismo y los demás a la hora de relacionarse con el grupo de iguales y crear nuevos vínculos de apego durante la adolescencia.

Por lo tanto los resultados obtenidos muestran que la seguridad en las nuevas relaciones de apego adolescente depende de la historia de las vivencias con las primeras figuras de cuidado, y que los adolescentes tienden a evaluar sus relaciones con los iguales basándose en los vínculos de apego que mantiene con sus progenitores.

Aunque no forma parte de los objetivos iniciales del estudio, es importante resaltar que se han encontrado resultados diferentes en cuanto al apego establecido con

la madre y al establecido con el padre, así como en cuanto al sexo de la muestra y los estilos de apego reportados.

Por un lado, según muestran los análisis descriptivos, la continuidad en los estilos de apego entre los progenitores y el grupo de iguales, aunque significativa tanto en el caso del padre como en el caso de la madre, se da a mayores niveles en éste último caso, sobre todo cuando el vínculo es seguro (ver Tabla 24). En este sentido, Allen y colaboradores (2011) defienden que la calidad de los vínculos que el adolescente genera con el grupo de iguales, está fuertemente unido a la calidad del apego materno. Asimismo, afirman que los nuevos vínculos serán más consistentes cuanto mayor sea la seguridad en el apego del adolescente con su madre. En esta línea, Grossmann, Grossmann, Kindler, y Zimmermann (2008) afirman que el apego establecido entre el adolescente y su figura paterna influye en el ajuste de las relaciones futuras en menor medida, y en diferentes aspectos que el apego materno.

Por otro lado, en lo que al sexo de los participantes se refiere, tanto los análisis descriptivos, como los análisis inferenciales de diferencia de medias, muestran que los hombres y las mujeres difieren significativamente en los estilos de apego establecidos, pero únicamente en el caso de los vínculos con el grupo de iguales. En este estudio, los resultados muestran una mayor seguridad del apego con los iguales en el caso de las chicas en comparación con los chicos. Esto podría deberse a la mayor influencia que tiene en la creación de vínculos de apego con los iguales la relación de apego entre el adolescente y su madre. Varios estudios defienden que la relación con la madre será más fuerte y condicionante entre las chicas adolescentes en comparación con los chicos, quienes tienden a crear relaciones más estrechas con la figura paterna durante esta etapa del ciclo vital (Gorrese y Rugieri, 2012; Grossman et al., 2008)

En varios estudios realizados hasta la fecha, se han encontrado resultados similares, a favor de una mayor seguridad en el apego con el grupo de iguales entre las chicas adolescentes en comparación con los chicos (Alonso-Arbiol et al., 2014; Gullone and Robinson 2005; Henrich et al. 2001; Nelis and Rae 2009; Richards et al. 2010; Sund and Wichstrøm 2002). Entre estos estudios resalta el de Claes (1992) que fue el primero en afirmar que la mujeres conectan con el grupo de iguales de forma más segura que los hombres; y el del Cross y Madson (1997), quienes defendían que ambos sexos tiene maneras diferentes de relacionarse con sus iguales, y que mientras los



hombres exhiben un comportamiento más independiente respecto al grupo de iguales en la adolescencia, las mujeres muestran una vinculación más cercana. Alonso-Arbiol y colaboradores (2014), también defienden esta idea, y añaden que el desarrollo de los chicos durante la adolescencia está más ligado a la individualización, manteniendo la distancia respecto al otro, mientras que por lo general, las chicas buscan reducir esa distancia.

*Los jóvenes y adolescentes que reportan un vínculo de apego seguro (con la madre, con el padre o con el grupo de iguales), muestran menos dificultades a la hora de procesar sus emociones que aquellos que reportan un vínculo de apego inseguro.*

(H<sub>2</sub>)

Los resultados encontrados, muestran evidencia que confirma la H<sub>2</sub>: a mayor seguridad en el apego, menor es la dificultad a la hora de procesar las emociones. Estos resultados se dan para todas las dificultades en el procesamiento emocional tanto en el apego materno como en paterno, así como en el grupo de iguales. Además, los resultados también muestran que aquellas personas con vínculos evitativos son las que más dificultades muestran en el *procesamiento* y en el *control emocional*, en comparación con los grupos ambivalentes y seguros.

Esto permite suponer que un vínculo de apego seguro facilitará el desarrollo de las habilidades de funcionamiento emocional necesarias para un efectivo procesamiento de las emociones. Varios autores (Baer, Peters, Eisenlohr-Moul, Geiger y Sauer, 2012; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg y Fearon, 2012; López, 2006; Mikulincer y Shaver, 2007; Uytun, Oztop y Esel, 2013) han encontrado resultados similares en sus investigaciones, y afirman que las personas con apego seguro son más capaces de sentir y experimentar, diferenciar, expresar y manejar adecuadamente la emoción provocada por un acontecimiento concreto en relación a personas con vínculos inseguros, reduciendo así la perturbación y el daño emocional. Los resultados encontrados en el presente estudio, muestran evidencia a favor de esta idea, y por el contrario, sugieren que las personas con un apego inseguro, podrían tener dificultades a la hora de ser conscientes de las emociones y su intensidad y, por lo tanto, incapacitaría el manejo de las emociones.

En este sentido, al igual que el apego seguro facilita el funcionamiento emocional, vínculos inseguros, que se caracterizan por representaciones negativas sobre uno mismo o sobre la relación con los demás, limitarían la habilidad del individuo para manejar experiencias afectivas y emocionales. Un cuidado inconsistente o inexistente, un vínculo de apego inseguro, no promoverá el desarrollo de un óptimo funcionamiento emocional en el infante, no dotando a éste de las estrategias necesarias para procesar las emociones de manera adecuada. Así lo afirman Jenkins, Oatley y Stein (1998), o Kealy et al. (2011) cuyos hallazgos son replicados en el presente estudio.

Asimismo y en línea con lo que sugerían Mikulincer y Orbach (1995), los resultados obtenidos, parecen confirmar la existencia de diferencias en el acceso y la atención de las emociones respecto a los diferentes vínculos de apego. Mikulincer y Orbach (1995) defendían que las personas con un apego seguro parecen tener una mayor accesibilidad tanto al recuerdo de emociones positivas como al de negativas, lo que facilitaría su experiencia y por lo tanto su correcto procesamiento. Sin embargo, los resultados del presente estudio muestran que cuando el vínculo se torna inseguro, el acceso a la experiencia emocional parece limitarse. Los individuos con un apego ambivalente únicamente accederían al recuerdo de emociones negativas, lo que sesgaría y dificultaría su procesamiento. En consonancia con lo hasta ahora expuesto, podría explicarse por qué el apego evitativo es el tipo de apego que más dificultades de procesamiento emocional presenta, ya que es el grupo que mayores limitaciones presenta a la hora de acceder a recuerdos emocionales y poder experimentar la emoción.

*Los jóvenes y adolescentes que reportan un vínculo de apego seguro (con la madre, con el padre o con el grupo de iguales), muestran mayores puntuaciones en las estrategias de regulación emocional positivas, y menores puntuaciones en las negativas, que aquellos que reportan un vínculo de apego inseguro.*

(H<sub>3</sub>)

Los datos obtenidos, aportan evidencia únicamente parcial a favor de la tercera de las hipótesis. La confirmación de la hipótesis en este caso es parcial ya que se puede asumir, según los datos obtenidos, que los jóvenes y adolescentes con vínculos seguros

hacen un menor uso de las estrategias de regulación negativas en comparación con los jóvenes y adolescentes que reportan un apego inseguro. Sin embargo, los resultados muestran que apenas existe relación entre un estilo de apego seguro y un mayor uso de estrategias emocionales positivas.

Las diferencias entre los grupos de apego seguro e inseguro respecto al uso de estrategias de regulación emocional negativas, se da sobre todo en el caso de la *Rumiación* y el *Catastrofismo*. En este caso las diferencias más significativas se dan entre los grupos de apego seguro y apego evitativo, siendo este último quien mayores puntuaciones reporta en el uso de estrategias de regulación emocional negativa. Esto ocurre indistintamente de la figura de apego.

En línea con los resultados obtenidos en el presente estudio, varias investigaciones han asociado a lo largo de los años los estilos de apego inseguros con un peor funcionamiento a nivel de regulación emocional (Garnefski, et al., 2001; 2003; Garnefski y Kraaij, 2007; Mikulincer et al., 2003; Taylor et al., 2000). Estos datos, pueden interpretarse desde la asociación que parece existir entre los vínculos de apego inseguro y la expectativa de rechazo por parte de los demás, que puede estar influyendo en que las emociones intensas bloqueen el sistema cognitivo e impidan que estas personas puedan recurrir a formas adaptativas de regulación ante situaciones de estrés o angustia (Kobak y Sceery, 1988; Mikulincer et al., 2003). Este bloqueo es importante por sus posibles consecuencias, como la depresión, la ansiedad, el estrés o la ira, mientras que una regulación adaptativa puede ser de utilidad a la hora de reforzar el rol de los pensamientos positivos en la promoción de la salud, lo que contribuye al bienestar físico y emocional del individuo.

Por otro lado, y de acuerdo con los resultados del presente estudio, en la adolescencia el apego seguro parece estar asociado con la expresión emocional sana y adaptativa, con la evaluación optimista de posibles eventos amenazantes, y con el uso de maneras efectivas de afrontamiento ante el estrés.

*Los jóvenes y adolescentes con un vínculo de apego evitativo (con la madre, con el padre o con el grupo de iguales) son los que más sintomatología somática reportan, en comparación con aquellos que mantiene un vínculo ansioso o seguro.*

(H<sub>4</sub>)

Los datos encontrados confirman parcialmente la H<sub>4</sub>. Los resultados obtenidos muestran que los jóvenes y adolescentes con un vínculo de apego evitativo son los que más sintomatología somática reportan, en comparación con aquellos que mantiene un vínculo ansioso o seguro. Sin embargo, en la presente investigación la evidencia a favor de esta hipótesis únicamente es significativa en el caso del apego paterno, en consonancia con el estudio realizado por Landa y colaboradores (2012), quienes también encontraron que entre los pacientes somatizadores, el estilo de apego que más primaba era el inseguro.

El presente estudio, al encontrar mayores indicios de sintomatología somática entre los participantes con apego evitativo respecto a aquellos participantes con estilos seguros o ambivalentes, sugiere que las vivencias tempranas de abandono y desentendimiento, desactivan las estrategias de apego primarias, y facilitan la supresión de emociones intensas y cogniciones negativas, bloqueándolas y favoreciendo su expresión por vía somática. Los resultados encontrados también son parcialmente consistentes con la idea que defienden las teorías del apego y la evolución, y que enfatizan que las figuras de apego actúan muchas veces como figuras de regulación psicobiológica (Kozłowska et al., 2013). En este caso la evidencia a favor de la hipótesis planteada es únicamente parcial ya que solo se cumple en el caso del padre. En cuanto a los vínculos de apego con los iguales o los vínculos de apego con la madre, no muestran relación significativa alguna con la presencia o ausencia de sintomatología somática.

Lo interesante de los datos obtenidos, es precisamente que sea la figura paterna en este caso la figura de apego que muestra más relación con la regulación psicobiológica del menor y por lo tanto con el posterior desarrollo de síntomas somáticos en la adolescencia. Aunque han sido pocos los estudios realizados sobre el apego paterno, los resultados de la presente investigación están en consonancia con los

estudios realizados por Kerns et al. (2000), Wilkinson (2004), y Yarnoz (2006), quienes concluían que el apego paterno está más relacionado con la regulación conductual, mientras que el apego materno se relaciona con la salud emocional. Así podría explicarse porque únicamente en el caso del apego paterno se encuentra diferencias significativas entre el grupo de adolescentes con apego seguro o ambivalente y aquellos evitativos.

*Los jóvenes y adolescentes que muestran dificultades en el procesamiento emocional, presentan también mayores niveles de sintomatología somática en comparación con los jóvenes y adolescentes que no muestran dificultades.*

(H<sub>5</sub>);

*Los jóvenes y adolescentes que puntúen alto en el uso de estrategias de regulación negativas, muestran mayores niveles de sintomatología somática, en comparación a los que puntúen bajo.*

(H<sub>6</sub>)

Estas dos hipótesis se analizan en conjunto ya que ambas hacen referencia la relación entre el funcionamiento emocional y la presencia de sintomatología somática en adolescentes y jóvenes adultos.

Los resultados previamente expuestos, muestran evidencia que favorece la aceptación tanto de la H<sub>5</sub> como de la H<sub>6</sub>, sugiriendo que, efectivamente, aquellos jóvenes y adolescentes que muestren dificultades en el procesamiento de la emociones, sufrirán más síntomas somáticos que los que procesan sus emociones sin dificultad; y por otro lado, que los jóvenes y adolescentes que hagan uso de estrategias de regulación negativas, mostrarán más sintomatología somática que aquellos que no hagan uso de las mismas, o hagan un uso más reducido

En primer lugar, los análisis inferenciales de diferencias de medias muestran que aquellos jóvenes y adolescentes que presenta sintomatología somática, puntúan significativamente más alto que los que no la presentan en todas las subescalas de dificultades en el procesamiento emocional, así como en la escala total, aportando evidencia favor de la confirmación de la H<sub>5</sub>, según la cual los jóvenes y adolescentes

que muestren dificultades en el procesamiento emocional, presentan también mayores niveles de sintomatología somática.

Asimismo, en cuanto a la H<sub>6</sub>, que asume que los jóvenes y adolescentes que puntúen alto en el uso de estrategias de regulación negativas, muestran mayores niveles de sintomatología somática; también queda confirmada, ya que los resultados muestran mayores puntuaciones en las estrategias de *Rumiación* y *Catastrofismo* en el grupo que presenta dos o más síntomas somáticos, cumpliendo el criterio establecido por Othmer y de Souza (1985) para considerar la presencia de sintomatología somática.

En segundo lugar, las correlaciones mostraron que la presencia de síntomas somáticos se relaciona positivamente con las dificultades en el procesamiento emocional y también con las principales estrategias de regulación emocional negativa, como es el caso de la *Rumiación*, el *Catastrofismo* y la *Autoculpabilidad*. Sin embargo, no existen datos de correlaciones significativas negativas ni inversas entre el uso de estrategias de regulación emocional positivas y la sintomatología somática.

Los resultados encontrados, sugieren que los síntomas somáticos aparecen y son mayores en número ante la incapacidad de procesar las emociones adecuadamente, y ante el uso de estrategias negativas que no favorecen la regulación ni el control emocional. En este sentido, se podría entender la somatización como una vía de regulación emocional alternativa en sí misma, donde emociones pobremente reguladas, frecuentemente se transforman en conductas sintomáticas como vía de escape, o como forma alternativa de regulación, en consonancia con lo que sugieren autores como sugieren autores como Fairburn y colaboradores (2009), Polivy y Herman (2002), o Sher y Grekin (2007). Resultados similares han sido replicados en patologías tan diversas como el abuso de sustancias (Sher y Grekin, 2007) o de los trastornos de la alimentación (Macht, Haupt, y Ellgring, 2005), donde como se sugiere con anterioridad, la propia patología en sí es considerada reguladora en sí misma. El presente estudio, en línea con los citados, propone que al ser la persona incapaz de regular las emociones desde un plano cognitivo, y pasar entonces a un plano conductual para poder darles una salida. Esta propuesta, dejaría en evidencia que el desarrollo emocional es central a la hora de desarrollar una vulnerabilidad hacia los procesos somáticos, y por lo tanto hacia la presencia de sintomatología somática.

*En adolescentes y jóvenes adultos, las mujeres muestran mayores dificultades de procesamiento emocional y un uso de estrategias emocionales más desadaptativo que los hombres.*

(H<sub>7</sub>)

Tras el análisis de datos pertinente, la H<sub>7</sub>, queda confirmada, sugiriendo que las mujeres en edad adolescente y joven adulta, hacen un uso más desadaptativo de las estrategias emocionales en comparación con los hombres.

Los resultados encontrados muestran que las chicas puntúan significativamente más alto que los chicos en la subescala de procesamiento emocional, mostrando más dificultades en este punto, así como en la escala total de dificultades de procesamiento emocional. Asimismo, también muestran mayores puntuaciones en las estrategias de regulación emocional negativas de *rumiación* y *catastrofismo*, precisamente las dos estrategias de regulación emocional más ligadas a la presencia de sintomatología somática. En el resto de estrategias emocionales y dificultades en el procesamiento de las emociones evaluadas en el presente estudio, no se ha encontrado diferencias significativas respecto a los dos grupos de chicas y chicos, pero si una tendencia por parte de las chicas adolescentes a usar un mayor medida estrategias de regulación negativas y presentar mayores dificultades a la hora de procesar las emociones.

En línea con los resultados obtenidos en la presente investigación, la mayoría de investigaciones coinciden en asumir que durante la adolescencia, a partir de los 15 años aproximadamente, las chicas comienzan a implicarse en mayor medida que los hombres en el uso de estrategias de regulación negativas, como es el caso de la *rumiación* o el *catastrofismo* (Hankin, 2008; Hilt, McLaughlin, y Nolen-Hoeksema, 2010; Mezulis et al., 2004; Rood et al., 2009).

En el caso de las dificultades en el procesamiento emocional, apenas hay estudios que corroboren las diferencias de género. Pero basándonos en lo hasta ahora expuesto sobre las estrategias de regulación emocional, se podría asumir, que las chicas presentan mayores dificultades a la hora de controlar sus emociones, ya que se ven envueltas en el uso de mayores estrategias de regulación negativas en comparación con

los chicos. Este descontrol en la regulación de las emociones, podría estar en la base de las mayores dificultades que las chicas adolescentes presentan a la hora de procesar sus emociones.

*En adolescentes y jóvenes adultos, las mujeres muestran una mayor presencia de sintomatología somática que los hombres.*

(H<sub>8</sub>)

Asimismo, los datos mostrados en el presente estudio, confirman también la H<sub>8</sub>, ya que las chicas adolescentes y jóvenes adultas de la muestra presentan mayores índices de sintomatología somática en comparación con los chicos, replicando los resultados encontrados por Campo y Fritsch (1994) e Ivanova y colaboradores (2007).

Al igual que ocurre con las estrategias emocionales, las diferencias de sexo en cuanto a somatización no emergen hasta el inicio de la adolescencia, por lo que es probable que la aparición de sintomatología somática en mujeres, este íntimamente ligada al aumento que éstas presentan frente a los hombres en el uso de estrategias de regulación negativa, como veíamos en la hipótesis anterior. Por otro lado, estas diferencias en sintomatología somáticas también pueden deberse, al hallazgo que reportan los estudios realizados por Almagia, Fajardo, Muñoz, González, y Vera (2014), Hankin y Abramson, 2001, y Zarragoitía (2013) donde las mujeres, durante la adolescencia e inicio de la etapa adulta, parecen sufrir más posibilidades de vivencias y acontecimientos negativos en comparación con los chicos. Estos sucesos negativos, y los estresores que les acompañan, son en ocasiones de tal magnitud que podrían llegar a influir en la vulnerabilidad cognitiva de las adolescentes, lo que facilitaría como se ha visto previamente en el primer capítulo teórico, la aparición de sintomatología somática.

*Los adolescentes de la presente muestra hacen un uso de estrategias emocionales desadaptativas mayor que el de los jóvenes adultos*

(H<sub>9</sub>)

Tras dividir la muestra en dos grupos de edad, y analizar las diferencias en las dificultades de procesamiento emocional y uso de estrategias de regulación emocional



negativas y positivas, se puede decir que la H<sub>9</sub> queda parcialmente aceptada. La aceptación de esta novena hipótesis se da únicamente de forma parcial ya que estas diferencias aunque significativas para las dificultades en el procesamiento emocional, en lo que a regulación emocional respecta únicamente mostraron diferencias significativas en las estrategias positivas de *poner en perspectiva* y *reevaluación positiva*; y en la estrategia negativa *Autoculparse*.

El grupo de mayor edad (18 a 22) obtuvo puntuaciones menores en las dificultades de procesamiento emocional, así como en el uso de estrategias de regulación negativa en comparación al grupo de adolescentes (16 a 18). Mientras que en lo que a estrategias de regulación positiva se refiere, el grupo de mayor edad obtuvo mayores puntuaciones. Estos resultados están en línea con los encontrados en la literatura, y que afirman que la edad y, por lo tanto, la etapa del desarrollo, condiciona la manera en la que nos enfrentamos a nuestras emociones, afirmando que a mayor edad, mayor es la estabilidad emocional, y más adaptativa es la manera de enfrentarnos a nuestras emociones (Deater-Deckard, Li, y Bell, 2015; Diamond y Aspinwall, 2003; John y Gross, 2004; Sims y Carstensen, 2014). Márquez-González y colaboradores (2008) también encontraron que en los grupos de edad más avanzados, en comparación con el grupo más joven, el control emocional percibido tendía a ser mayor, así como la estabilidad emocional y la madurez y moderación de las emociones, tal y como postula la hipótesis de la madurez emocional (Charles y Carstensen, 2007).

*Las estrategias emocionales, (tanto las dificultades en el procesamiento emocional como las estrategias de regulación emocional), actúan como variables mediadoras en la relación entre el vínculo de apego establecido con los progenitores (con la madre y con el padre) y la presencia de sintomatología somática en jóvenes y adolescentes.*

(H<sub>10</sub>)

Por último, podemos concluir la verificación parcial de la H<sub>10</sub>. Como se puede observar en los resultados, el efecto mediador entre el apego tanto materno como paterno, y la sintomatología somática se cumplió para las dificultades de procesamiento emocional (*expresión emocional, procesamiento emocional y control emocional*), que

mediaron totalmente la relación entre el apego materno y paterno y la sintomatología somática; y para las estrategias de regulación emocional de *rumiación*, *catastrofismo* y *autoculparse* (esta última, únicamente en el caso del apego con la figura paterna), cuyo rol mediador fue parcial en ambos casos. Por otro lado, de las dos categorías resultantes tras el ACP realizado, estrategias emocionales positivas y estrategias emocionales negativas, únicamente las negativas mostraron mediar totalmente la relación entre el apego materno y paterno y la sintomatología somática.

Los resultados de los estudios de mediación, posicionan las estrategias emocionales de procesamiento y regulación como centrales en la vulnerabilidad a padecer síntomas somáticos. Concretamente son las estrategias que dificultan el procesamiento de las emociones y aquellas estrategias de regulación negativa como la *rumiación*, el *catastrofismo* y la *autocupabilidad* las que median la relación entre el apego materno y paterno y la aparición de sintomatología somática. Es curioso observar como únicamente aquellas estrategias negativas parecen tener un papel fundamental en la dinámica entre el apego y la somatización. Sin embargo, las estrategias emocionales positivas y adaptativas, únicamente se relacionan con los estilos de apego, aumentando su uso cuanto más seguro es el apego establecido, pero quedan fuera de la mediación.

Podría ser lógico pensar que las estrategias positivas actúan como factor resiliente ante la sintomatología somática, y que un mayor uso de estas estrategias podría reducir su probabilidad de aparición, como han mostrado ser de ayuda en patologías como la ansiedad y la depresión. Sin embargo, en el caso de los procesos somáticos, no parece haber relación entre éstos y las estrategias emocionales positivas. Si en cambio entre las estrategias negativas de *catastrofismo* y *rumiación*, que al bloquear el funcionamiento emocional, facilitan la expresión de las emociones por vía somática. Resultados similares a éstos han sido encontrados en estudios previos, donde pacientes somatizadores e hipocondríacos reportan más interpretaciones catastróficas que el grupo control (Barsky y Ahern, 2004; Chogle, Mintjens, y Saps, 2014; Grodzinsky et al., 2015; Hitchcock y Mathews, 1992; Marcus, 1999; Marcus y Church, 2003; Shipton, 2014; Smeets, de Jong, y Mayer, 2000). Esta relación resulta obvia si se tiene en cuenta que un estilo cognitivo catastrofista facilita una mayor percepción del dolor o una aumentada percepción del síntoma físico asociado a una hiperfocalización

en el síntoma, mientras que el estilo rumiativo reduce la capacidad de distracción, aumentando así la focalización en el síntoma.

La aceptación del papel mediador de las estrategias emocionales en la relación entre el apego y la sintomatología somática, puede llevar a sugerir no solo que los bloqueos emocionales y cognitivos, causados por un uso desadaptativo de las estrategias emocionales, podrían incidir a nivel fisiológico, aumentando ciertos parámetros orgánicos; sino que las relaciones tempranas desadaptativas podrían estar en la base de estos bloqueos emocionales que causan la activación fisiológica. Y por lo tanto, dicha activación fisiológica, que no tendría un origen orgánico sino psicológico, estaría en la base de la sintomatología somática, que podría agravarse dependiendo de la atribución que la persona haga de ella. El modelo encontrado en la presente investigación, es similar al que Lumley y colaboradores (1996) propusieron para explicar la alexitimia y su relación con los problemas de salud.

Por otro lado, Luyten y colaboradores (2012, consideran que los vínculos de apego inseguros, mediante el desarrollo de las estrategias de apego secundarias, actuarían como factores precipitantes en la aparición de la sintomatología somática, explicando así la relación encontrada entre dichas variables en el presente estudio, resultados que coinciden con los de investigaciones previas (Aron et al., 2004; Mikulincer et al., 2003; Shaver y Mikulincer, 2002).

En resumen, los resultados sugieren que las dificultades para poder identificar, experimentar, controlar y expresar las emociones, diferenciándolas de las sensaciones corporales, podrían aflorar como resultado de las experiencias de apego en las que los estados internos del menor no son reflejados. El menor, desarrollaría entonces estrategias de apego de hiperactivación o de desactivación, que le llevarían a reprimir sus emociones en el caso de la desactivación, o a mostrar una actitud hipervigilante hacia ellas, en el caso de la hiperactivación. En ambos casos, las consecuencias serían las dificultades a la hora de desarrollar estrategias de regulación y procesamiento efectivas (Fonagy et al., 2002; Mikulincer et al., 2003; Pietromonaco y Barrett, 2000; Shaver y Mikulincer, 2002).

Los datos aquí presentados, ponen de manifiesto que los problemas emocionales no deberían subestimarse, y que incidir en ellos a una etapa temprana del desarrollo

podría ser beneficioso a nivel físico y psicológico, como ya demostraron previamente autores como Acebo y Thoman (1995) o Morris y colaboradores (2006). Baker (2012), y Prizant, Wetherly, Rubin, y Laurent (2003), van un paso más allá, y afirman que la falta de estrategias de regulación emocional adecuadas, puede afectar el futuro procesamiento de la información emocional. Sugieren además, la necesidad de intervenciones focalizadas en el desarrollo de estrategias emocionales regulatorias, como forma de mejorar la promoción de la salud y la prevención de trastornos físicos o psicológicos.

## 7.5. CONCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Estos análisis mediacionales, contribuyeron a aclarar mejor la relación y la dinámica que se establece entre las variables de estudio, y apuntan a que es a través de las estrategias emocionales negativas cómo se relacionan el apego y la sintomatología somática. Además los resultados encontrados parecen coherentes con la idea que los problemas en las relaciones tempranas y la falta de un vínculo de apego seguro, y el desarrollo, por lo tanto, de estrategias de apego secundarias, podrían llevar al individuo a usar estrategias emocionales que aumenten las dificultades de procesamiento y regulación de las emociones, que a su vez podrían repercutir en la presencia de sintomatología somática, aumentando la probabilidad de su aparición y severidad.

Sin embargo, hay que ser precavidos a la hora de interpretar y generalizar los resultados obtenidos, ya que éstos no están exentos de limitaciones.

En primer lugar es necesario mencionar que la naturaleza transversal del estudio impide sacar conclusiones causales del mismo, pudiendo únicamente hablar de relaciones entre las variables.

En segundo lugar, los vínculos de apego, son un constructo de difícil medida. Su evaluación es compleja ya que como se ha comentado no solo hace referencia a las vivencias pasadas, sino al medirse de forma retrospectiva, lo que realmente se evalúa son las construcciones que la persona ha hecho de una vivencia pasada. Además, aunque desde el punto de vista de contenido evaluar el apego en adolescentes resulta muy interesante, debido principalmente a la ausencia de estudios en esta etapa del ciclo

vital en comparación con la infancia o la edad adulta, es un periodo complicado. Como se ha comentado a lo largo del presente trabajo, la adolescencia es una etapa de construcción de la identidad y de ganancia de autonomía e independencia respecto a la familia de origen. Por lo tanto las relaciones con los progenitores suelen ser complicadas, y resulta difícil admitir determinados sentimientos hacia ellos, lo que puede sesgar las respuestas en el IPPA.

Por otro lado, el empleo único de medidas de autoinforme puede distorsionar y sesgar los resultados, más aun teniendo en cuenta que se trata de muestra adolescente, y esta es una edad donde el factor de la deshabilidad social tiende a cobrar mayor fuerza. Es importante mencionar que los resultados serían mucho más precisos si estas técnicas de autoinforme pudieran combinarse conjuntamente con otro tipo de medidas observacionales o basadas en la entrevista, aunque la duración y el tiempo de corrección son tan extensos que dificultan mucho su uso para fines de investigación.

En lo que a la muestra respecta, aun habiendo cierta homogeneidad en cuando a la edad, al sexo, o al nivel de estudios, la elección de un muestreo intencional genera dificultades a la hora de generalizar los resultados. Todos los participantes pertenecen a centros educativos del área de Bilbao y alrededores, todos son estudiantes, y de un nivel socio-cultural similar. Una mayor heterogeneidad en los aspectos mencionados, podría aportar datos más valiosos y más fácilmente generalizables al total de la población adolescente y joven adulta. Tal y como se recoge en la bibliografía revisada, muchos aspectos de las familias de clase media pueden atenuar las secuelas de un apego inseguro, por lo que sería interesante comparar los efectos del vínculo de apego en muestras de diferente nivel socioeconómico.

Asimismo, la inclusión de muestra clínica y su comparación con los datos normativos recogidos en el presente estudio, sería de gran aportación y utilidad a la hora de mejorar el entendimiento de los procesos somáticos. En este sentido, cabe destacar que el presente estudio únicamente mide la presencia o ausencia de síntomas somáticos, reportados por el propio participante, y no genera ningún diagnóstico al respecto.



**CONCLUSIONES FINALES, FUTURAS LINEAS DE  
INVESTIGACIÓN Y APLICACIONES CLINICAS DEL ESTUDIO**

---





De los resultados obtenidos a lo largo de los dos estudios que componen la presente tesis doctoral se pueden extraer las conclusiones que a continuación se detallan y que dan respuesta a las hipótesis planteadas al inicio de cada una de las investigaciones:

- \* El EPS-25 en su adaptación al castellano, y validación con adolescentes y jóvenes adultos españoles se muestra como un instrumento válido y fiable para medir las dificultades en el procesamiento de las emociones.
  
- \* La estructura jerárquica del EPS-25 en su adaptación al castellano no coincide con la estructura original de 25 ítems y 5 factores. Sin embargo muestra un excelente ajuste para una estructura trifactorial compuesta por 23 ítems, ordenados en tres factores de segundo orden *Experiencia emocional*, *Procesamiento emocional* y *Control emocional*, éste último creado a raíz de la unión de los factores de primer orden de *Supresión*, *Evitación* y *Emociones no reguladas*.
  
- \* Los vínculos de apego establecidos a lo largo del ciclo vital se rigen por el principio de continuidad, según el cual la manera en la que el adolescente se relaciona y socializa con el grupo de iguales no es más que una extensión de los vínculos desarrollados en el seno familiar. Así cuanto más seguro es el apego con uno de los progenitores, más seguro será el vínculo que la persona desarrolle con otras figuras a lo largo de su ciclo vital.
  
- \* Los vínculos de apego seguro tanto con la madre, como con el padre o con el grupo de iguales, favorece el procesamiento de las emociones, mientras que vínculos inseguros parecen entorpecer este proceso, generando más dificultades y promoviendo el uso de estrategias que bloquean e impiden el correcto procesamiento de las emociones. Dentro de los estilos inseguros, el estilo

evitativo es el que más dificultades de procesamiento emocional presenta. Esto probablemente sea debido al uso de estrategias de apego de desactivación, que dificultan más adelante la toma de conciencia y la expresión adaptativa de las emociones.

- \* Los adolescentes con vínculos de apego inseguro tanto con la madre como con el padre o los iguales, muestran mayores puntuaciones en el uso de estrategias de regulación emocional negativas que aquellos adolescentes con vínculos seguros. Por lo tanto la inseguridad en el apego promueve el uso de estrategias emocionales negativas mientras que el apego seguro sirve como factor de protección ante este tipo de estrategias desadaptativas.
  
- \* La aparición de sintomatología somática en jóvenes y adolescentes parece estar relacionada con la seguridad en el apego paterno. Así, cuanto menos seguro sea el vínculo de apego establecido con el padre, mayor será la probabilidad de aparición de síntomas somáticos, siendo el grupo evitativo quien más sintomatología reporta.
  
- \* La somatización también se relaciona con las dificultades en el procesamiento de las emociones. A más dificultad de procesamiento, más serán los síntomas somáticos que los adolescentes y jóvenes adultos dicen padecer. Es decir, el bloqueo de las emociones, facilita la aparición de síntomas somáticos. Asimismo, los participantes que reportan sufrir síntomas somáticos puntúan más alto en las dificultades a la hora de procesar las emociones.
  
- \* Al igual que la dificultad en el procesamiento, los participantes que presentan sintomatología somática, usan más estrategias de regulación emocional negativa que aquellos participantes que no sufren estos síntomas. A su vez, el uso de estas estrategias negativas correlaciona positivamente con la sintomatología somática. Lo cual permite asumir que cuanto mayor sea el uso de estrategias negativas, mayor será la presencia de este tipo de síntomas sin causa orgánica.

- \* El funcionamiento emocional, definido por el uso de estrategias emocionales está ligado al sexo, tal y como demuestran investigaciones previas. En este sentido, las mujeres, presentan mayores dificultades de procesamiento emocional, y hacen más uso de las estrategias de regulación negativas de *rumiación* y *catastrofismo*.
- \* Las mujeres también presentan, en consecuencia a lo anteriormente expuesto, significativamente más síntomas somáticos que los hombres, lo que relaciona el sexo con la presencia de procesos somáticos.
- \* Los adolescentes de la presente muestra hacen un uso de estrategias emocionales desadaptativas mayor que los jóvenes adultos, tal y como asume la hipótesis de la madurez emocional. Por lo tanto, que a mayor edad, mayor es la estabilidad emocional, y más adaptativa es la manera de enfrentarnos a nuestras emociones.
- \* Las dificultades de procesamiento emocional *expresión emocional*, *procesamiento emocional* y *control emocional* median totalmente la relación entre el apego materno y paterno y la sintomatología somática, mientras que las estrategias de regulación negativas *rumiación*, *catastrofismo* y *autoculparse* median parcialmente dicha relación. Por lo tanto las estrategias emocionales de procesamiento y regulación resultan centrales en la vulnerabilidad a padecer síntomas somáticos, además de ser indispensables para explicar la relación entre los diferentes tipos de apego y la aparición de dichos síntomas. Por lo tanto deberían ser tomadas en cuenta a la hora de establecer un tratamiento de cara a estos pacientes.
- \* Todas las dificultades de procesamiento y las estrategias de regulación medidas en el presente estudio, pueden agruparse en dos categorías superiores, que hacen referencia a la adaptabilidad de estas estrategias e términos de salud física y

psicológica, quedando estas catalogadas en dos grupos: estrategias positivas y estrategias negativas. Éstas últimas, median totalmente la relación entre el apego y la somatización, dejando una vez más en evidencia la importancia de un mal funcionamiento emocional en el desarrollo de síntomas somáticos.

En resumen, el presente estudio, que comprende la magnitud del problema que los procesos somáticos suponen y pretendía esclarecer las posibles bases subyacentes a la aparición del síntoma somático, concluye que desde un prisma psicológico, la manera en la que las personas enfrentan sus emociones puede llegar a condicionar la aparición de este tipo de sintomatología física sin una causa orgánica conocida.

*Futuras líneas de investigación, implicaciones, y aplicaciones prácticas y clínicas del estudio*

Estas conclusiones invitan a seguir investigando las raíces de una problemática tan compleja como la somatización y la aparición de síntomas somáticos. Desde el trabajo que aquí se presenta, se las futuras líneas de investigación se enfocan hacia los siguientes puntos:

Sería de especial interés que estos estudios se realizaran desde una perspectiva longitudinal para obtener una información más precisa de la dinámica entre las variables de estudio, y de su evolución a lo largo del ciclo vital, y poder así sacar conclusiones causales.

Asimismo, sería de gran interés poder realizar estudios de intervención de medidas repetidas para poder avalar científicamente la importancia de intervenciones dirigidas a mejorar las herramientas personales de manejo, control, procesamiento y regulación emocional, como elemento clave en el tratamiento de la sintomatología somática.

La clara evidencia que relaciona los procesos interpersonales de apego y la capacidad individual de funcionamiento emocional con la presencia de sintomatología

somática, sugiere que sería conveniente incidir y actuar desde un marco psicológico en los aspectos emocionales, mejorando la forma en la que los individuos enfrentan su mundo emocional, y permitiéndoles el desarrollo de estrategias y herramientas adaptativas, con el fin volver menos crónicos, frecuentes y peligrosos los SSCO que muchos adolescentes y jóvenes adultos presentan.

Con todo lo anteriormente expuesto, podrían extraerse algunas reflexiones e ideas relevantes que podrían trascender a la práctica clínica, como por ejemplo la necesidad de ahondar en el sistema emocional, educando en estrategias y herramientas que permitan a la persona desarrollar un funcionamiento emocional adaptativo, donde sus afectos, sentimientos y emociones sean debidamente procesados, controlados y encuentren una vía de expresión adaptativa.

La evidencia hasta aquí mostrada, parece coincidir en la importancia de proporcionar estas estrategias desde una infancia temprana y en un contexto sano, donde el menor se sienta cuidado y protegido.

Por otro lado también subraya y recalca la vulnerabilidad emocional que presentan los jóvenes y adolescentes que sufren de sintomatología somática, lo que no hace sino resaltar la necesidad de intervenir en esta patología no solo desde el campo médico, para paliar el síntoma, sino también desde el psicológico para evitar su reaparición, o cronificación, con el fin de promover la salud, y prevenir la enfermedad.

Las últimas décadas han estado marcadas por un giro sustancial en la forma de entender y afrontar la salud, desde la intervención a la promoción y prevención de ésta. Este giro, vino promovido por un cambio en la conceptualización de lo que es salud, que hoy en día no solo se entiende como ausencia de enfermedad sino como estado de bienestar (Nakajima, 1995). Desde este nuevo marco, la salud mental y la física se entienden como constructos diferentes pero íntimamente relacionados. Aquellos individuos que no sufran de ningún diagnóstico clínico gozarán de un mejor bienestar, físico, psicológico y social, que a su vez actuará como factor de protección a la hora de sufrir enfermedades físicas o psicológicas (Tsang, Wong, y Lo, 2011).



## **REFERENCIAS**

---





## REFERENCIAS

- Abascal, E. G. F., & Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Acebo, C., & Thoman, E. B. (1995). Role of infant crying in the early mother-infant dialogue. *Physiology & behavior*, *57*(3), 541-547.
- Achenbach, T. M., Conners, C. K., Quay, H. C., Verhulst, F. C., & Howell, C. T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of abnormal child psychology*, *17*(3), 299-323.
- Adams, R. B., Jr., Kleck, R. E., & Hess, U. (2015). The intersection of gender-related facial appearance and facial displays of emotion. *Emotion Review*, *7*, 5-13.
- Adrian, M., Zeman, J., & Veits, G. (2011). Methodological implications of the affect revolution: A 35-year review of emotion regulation assessment in children. *Journal of experimental child psychology*, *110*(2), 171-197.
- Aguado, L. (2014). *Emoción, afecto y motivación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, *34*(10), 932-937.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, *44*, 709-716.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, *41*(1) 49-67.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., & Waters, E. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Jason Aronson.
- Aizpuru, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, *2*(1), 37-44.
- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(2), 155-172.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of abnormal psychology*, *121*(1), 276-281.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 217-237.
- Aleem, S. (2005). Emotional stability among college youth. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, *31*(2), 100-102.
- Allaz, A. F., & Cedraschi, C. (2015). Emotional Aspects of Chronic Pain. In *Pain, Emotion and Cognition* (p. 21-34). Cham (Suiza): Springer International Publishing.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. En: *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*, 319-335. New York: Guilford.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P., & Jodl, K. M. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development*, *75*(6), 1792-1805.

- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development, 78*(4), 1222-1239.
- Allen, L., Escobar, J. I., Lehrer, P. M., Gara, M. a, & Woolfolk, R. L. (2002). Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosomatic Medicine, 64*(6), 939-950.
- Allen, L. B., Qian Lu, Tsao, J. C. I., Hayes, L. P., & Zeltzer, L. K. (2011). Depression partially mediates the relationship between alexithymia and somatization in a sample of healthy children. *Journal of Health Psychology, 16*(8), 1177-1186.
- Alloy, L. B., & Riskind, J. H. (2006). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. London: Routledge.
- Almagiá, E. B., Fajardo, V. C., Muñoz, G. L., González, P. L., & Vera, J. S. M. (2014). Factores psicosociales y problemas de salud reportados por adolescentes. *Psicología y Salud, 15*(2), 231-239.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Aritzeta, A., Gallarin, M., & Haranburu, M. (2014). Attachment dimensions in adolescence: an adaptation of the Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) into Basque/Dimensiones del apego en la adolescencia: adaptación al euskera del Inventario de Apego de Progenitores y Pares (IPPA). *Estudios de Psicología, 35*(2), 359-386.
- Alonso-Arbiol, I., Shaver, P. R., & Yárnoz, S. (2002). Insecure attachment, gender roles, and interpersonal dependency in the Basque Country. *Personal relationships, 9*(4), 479-490.
- Ammaniti, M., Van Ijzendoorn, M. H., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment & Human Development, 2*(3), 328-346.
- APA (American Psychiatry Association). (1984). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ªed) (DSM-III)*. Barcelona: Masson.
- APA (American Psychiatry Association). (1988). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ªed. Revisada) (DSM-III-TR)*. Barcelona: Masson.
- APA (American Psychiatry Association). (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ªed.) (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- APA (American Psychiatry Association). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ªed. Revisada) (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- APA (American Psychiatry Association). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ªed.) (DSM-V)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Apley J. (1975) *The Child with Abdominal Pains (2ªed)*. Oxford: Blackwell Scientific.
- Apley, J., & Naish, N. (1958). Recurrent abdominal pains: A field survey of 1,000 school children. *Archives of Disease in Childhood, 33*, 165-170.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 16*(5), 427-454.

- Arnett, J. (2011). *Human development: A cultural approach*. New York: Pearson Higher Education.
- Aron, A., McLaughlin-Volpe, T., Mashek, D., Lewandowski, G., Wright, S. C., & Aron, E. N. (2004). Including others in the self. *European review of social psychology*, 15(1), 101-132.
- Arran, N., Craufurd, D., & Simpson, J. (2014). Illness perceptions, coping styles and psychological distress in adults with Huntington's disease. *Psychology, health & medicine*, 19(2), 169-179.
- Averill, J. (1982). *Anger and aggression*. New York: Springer.
- Ávila, L. A. (2006). Somatization or psychosomatic symptoms?. *Psychosomatics*, 47(2), 163-166.
- Aydogan, U., Akbulut, H., Uzun, O., Yuksel, S., Turker, T., Gevrek, O., ... & Saglam, K. (2013). Distribution of psychiatric symptoms among young Turkish males and the relationship between these symptoms and socio-demographic characteristics. *Comprehensive psychiatry*, 54(3), 269-275.
- Bach, M., & Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 64(1), 43-48.
- Baer, R. A., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J., & Sauer, S. E. (2012). Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: a review of the empirical literature. *Clinical psychology review*, 32(5), 359-369.
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of psychosomatic research*, 38(1), 33-40.
- Bakal, D., Steiert, M., Coll, P., & Schaefer, J. (2006). An experiential mind-body approach to the management of medically unexplained symptoms. *Medical hypotheses*, 67(6), 1443-1447.
- Baker, R. (2012). *Emotional processing: Healing through feeling*. Oxford: Lion Books.
- Baker, R. (2001). An emotional processing model for counselling and psychotherapy: a way forward. *Counselling in Practice*, 7(1), 8-11.
- Baker, R., Gale, L., Abbey, G., & Thomas, S. (2013). Emotional processing therapy for post traumatic stress disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(3), 362-385.
- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P. W., Thomas, S., & Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1271-1287.
- Baker, R., Owens, M., Thomas, S., Whittlesea, A., Abbey, G., Gower, P., . . . Thomas, P. W. (2012). Does CBT facilitate emotional processing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 19-37.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., Gower, P., Santonastaso, M., & Whittlesea, A. (2010). The emotional processing scale: Scale refinement and abridgement (EPS-25). *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 83-88.

- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P.W., Gower, P., Whittlesea, A. (2010). *Emotional Processing Research. Information Booklet*. Dorset Research and Development Support Unit.
- Baker, R., Thomas, S., Thomas, P. W., & Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(2), 167-178.
- Ballester Arnal, R., Legaz Sánchez, E., Salmerón Sánchez, P., Llario, G., & Dolores, M. (2012). Behavioral disorders prevalence in pediatrics primary care: Region of Valencia, Spain, 2009. *Revista Española de Salud Pública*, 86(2), 199-210.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 248-287.
- Bandura, A., & Rosenthal, T. L. (1966). Vicarious classical conditioning as a function of arousal level. *Journal of personality and social psychology*, 3(1), 54-62.
- Bantick, S. J., Wise, R. G., Ploghaus, A., Clare, S., Smith, S. M., & Tracey, I. (2002). Imaging how attention modulates pain in humans using functional MRI. *Brain*, 125(2), 310-319.
- Bar-On, R. (1997). *The emotional intelligence inventory (EQ-I): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Barlassina, L., & Newen, A. (2014). The role of bodily perception in emotion: In defense of an impure somatic theory. *Philosophy and Phenomenological Research*, 89(3), 637-678.
- Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4(2), 155-175.
- Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & 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 & Emotion*, 15(6), 713-724.
- Barrett, P. M., & Holmes, J. (2001). Attachment relationships as predictors of cognitive interpretation and response bias in late adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 10(1), 51-64.
- Barry, R. A., Lakey, B., & Orehek, E. (2007). Links among attachment dimensions, affect, the self, and perceived support for broadly generalized attachment styles and specific bonds. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(3), 340-353.
- Barsky, A. J. (1992) Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33(1), 28-34.
- Barsky, A. J., Ahern, D. K., Duff Bailey, E., Saintfort, R., Liu, E. B., & Peekna, H. M. (2001). Hypochondriacal patients' appraisal of health and physical risks. *American Journal of Psychiatry*, 158, 783-787.
- Barsky, A. J., Orav, E. J., & Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903.
- Barsky, A. J., & Wyshak, G. L. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404-409.
- Barsky, A. J., Wyshak, G., & Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of psychiatric research*, 24(4), 323-334.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226-244.
- Bartholomew, K., Kwong, M. J., & Hart, S. D. (2001). Attachment. En: W. J. Livesley (ed.). *Handbook of personality disorders. Theory, research, and treatment* (196-230). New York: Guilford.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. En: J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds). *Attachment Theory and Close Relationships* (25-45). New York: Guilford.
- Bass, C., & Murphy, M. (1995). Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of psychosomatic research*, 39(4), 403-427.
- Bass, C. M. (1990). *Somatization: physical symptoms and psychological illness*. Chicago, Ill.: Blackwell Scientific Publications.
- Bearison, D. J., & Zimiles, H. (2014). *Thought and emotion: Developmental perspectives*. New York: Psychology Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour research and therapy*, 35(1), 49-58.
- Beck, J. E. (2008). A Developmental Perspective on Functional Somatic Symptoms, 33(5), 547–562.
- Beck, J. G., Gudmundsdottir, B., Palyo, S. A., Miller, L. M., & Grant, D. M. (2006). Rebound effects following deliberate thought suppression: Does PTSD make a difference? *Behavior Therapy*, 37(2), 170-180.
- Beck, T., Breuss, M., Kunnig, M., & Schübler, G. (2013). The first step is the hardest - emotion recognition in patients with somatoform disorders. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 59(4), 385-390.
- Beevers, C. G., & Meyer, B. (2004). Thought suppression and depression risk. *Cognition and Emotion* 18(6), 859-867.
- Ben-Zur, H. & Zeidner, M. (1996). Gender differences in coping reactions under community crisis and daily routine conditions. *Personality and Individual Differences*, 20, 331-340.
- Bentler, P. M. (1995). *EQS structural equations program manual*. Multivariate Software.
- Bentler, P. M. & Bonnet, D. G. (1980). Significance test and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588– 606.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., & Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 206-226.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Berry, J. K. M., & Drummond, P. D. (2014). Does attachment anxiety increase vulnerability to headache? *Journal of Psychosomatic Research*, 76(2), 113-120.

- Bhatia, V., & Tandon, R. K. (2005). Stress and the gastrointestinal tract. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 20(3), 332-339.
- Billings, A. G., & 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.
- Binder, L. M., & Campbell, K. A. (2004). Medically unexplained symptoms and neuropsychological assessment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26(3), 369-392.
- Bion, W. R. (1967). *Estudios psicanalísticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bisquerra, R. (2002). *La educación emocional: estrategias para el desarrollo de competencias emocionales*. Bilbao: Letras de Deusto.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social science & medicine*, 66(6), 1334-1345.
- Blanchard-Fields, F., & Coats, A. H. (2008). The experience of anger and sadness in everyday problems impacts age differences in emotion regulation. *Developmental psychology*, 44(6), 1547-1556.
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 102-150.
- Bogaerts, K., Van Eylen, L., Li, W., Bresseleers, J., Van Diest, I., De Peuter, S., ... & Van den Bergh, O. (2010). Distorted symptom perception in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of abnormal psychology*, 119(1), 226-234.
- Bonab, B. G., & Koohsar, A. A. H. (2011). Relation among quality of attachment, paranoid ideation and somatization in college students. Paper presented at the *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 207-211.
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*, 3, 28-34.
- Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48(4), 383-391.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). On knowing what you are not supposed to know and feeling what you are not supposed to feel. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24(5), 403-408.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1985). The role of childhood experience in cognitive disturbance. En: M.J. Mahoney, *Cognition and psychotherapy*. US: Springer (p.181-200).
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1998). *Loss: Sadness and depression* (No. 3). Australia: Random House.

- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema, 18*, 34-41.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment. En: Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (Eds.). (1998). *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press (p. 46-76).
- Brenning, K. M., & Braet, C. (2013). The emotion regulation model of attachment: An emotion-specific approach. *Personal Relationships, 20*(1), 107-123.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*, 759-775.
- Bridges, K., Goldberg, D., Evans, B., & Sharpe, T. (1991). Determinants of somatization in primary care. *Psychological medicine, 21*(2), 473-483.
- Brill, S. R., Patel, D. R., & MacDonald, E. (2001). Psychosomatic disorders in pediatrics. *The Indian Journal of Pediatrics, 68*(7), 597-603.
- Brody, L. R. & Hall, J. A. (1993) Gender and emotion. En: M. Lewis & J.M. Haviland (eds.). *Handbook of emotions*. New York: Guildford Press (p.447-460).
- Brooks, J., & Lewis, M. (1974). Attachment behavior in thirteen month old, opposite sex twins. *Children Development., 45*(1), 243-247.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of psychosomatic research, 60*(2), 113-124.
- Brown, R. J. (2004). Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin, 130*, 793–812.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology, 22*, 177–203.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry, 17*(2), 151-172.
- Bucci, W. (2011). The role of subjectivity and intersubjectivity in the reconstruction of dissociated schemas: Converging perspectives from psychoanalysis, cognitive science and affective neuroscience. *Psychoanalytic Psychology, 28*(2), 247-266.
- Buchheim, A., & Kächele, H. (2003). Adult attachment interview and psychoanalytic perspective: A single case study. *Psychoanalytic Inquiry, 23*(1), 81-101.
- Buffington, C. T. (2009). Developmental influences on medically unexplained symptoms. *Psychotherapy and psychosomatics, 78*(3), 139-144.
- Burke, Peter (2005), Is There a Cultural History of the Emotions? En: P. Gouk, H. Hills (eds.). *Representing Emotions: New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine*, Aldershot: Ashgate (p. 35-48).

- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(8), 801-819.
- Burton, C., McGorm, K., Weller, D., & Sharpe, M. (2011). The interpretation of low mood and worry by high users of secondary care with medically unexplained symptoms. *BMC Family Practice, 12*(1), 107-114.
- Busch, F. N. (2014). Clinical approaches to somatization. *Journal of clinical psychology, 70*(5), 419-427.
- Caballero, A., Carrera, P., Sánchez, F., Muñoz, D., & Blanco, A. (2003). La experiencia emocional como predictor de los comportamientos de riesgo. *Psicothema, 15*(3), 427-432.
- Cabral, J., Matos, P. M., Beyers, W., & Soenens, B. (2012). Attachment, emotion regulation and coping in Portuguese emerging adults: A test of a mediation hypothesis. *Spanish Journal of Psychology, 15*(3), 1000-1012.
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological bulletin, 56*(2), 81-105.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En: Gross, James J. (Eds.). *Handbook of emotion regulation*, New York, NY, US: Guilford Press (p.542-559).
- Campo, J.V. & Fritsch, S.L. (1994). Somatization in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*(9), 1223-1235.
- Campo, J. V. (2012). Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression - Developmental psychopathology in pediatric practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 53*(5), 575-592.
- Campos, J. J., & Barrett, K. C. (1984). Toward a new understanding of emotions and their development. En: C. E. Izard, J. Kagan, & R. B. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognition, and behavior*. New York: Cambridge University Press (p. 229-263).
- Canli, T., Ferri, J., & Duman, E. A. (2009). Genetics of emotion regulation. *Neuroscience, 164*(1), 43-54.
- Cannon, W. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account into the function of emotional excitement*. Nueva York: Appleton.
- Carl, J. R., Soskin, D. P., Kerns, C., & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review, 33*(3), 343-360.
- Carmines, E. G., & McIver, J. P. (1981). Analyzing models with unobserved variables: Analysis of covariance structures. En: G., Bohrnstedt y E. Borgatta (eds.), *Social measurement: Current issues*. CA, Beverly Hills: Sage (p. 65-115).
- Carrillo, S., Maldonado, C., Saldarriaga, L. M., Vega, L., & Díaz, S. (2004). Patronos de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. *Rev. latinoam. psicol, 36*(3), 409-430.
- Carson, A., Stone, J., Hibberd, C., Murray, G., Duncan, R., Coleman, R., ... & Sharpe, M. (2011). Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms 'unexplained by organic disease'. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 82*(7), 810-813.



- Carver, C. S., Johnson, S. L., & Joormann, J. (2013). Major depressive disorder and impulsive reactivity to emotion: Toward a dual-process view of depression. *British Journal of Clinical Psychology, 52*(3), 285-299.
- Casado, Y., Cobos, P., Godoy, A., Farias, A., & Vila, J. (2011). Procesamiento emocional en personas con sintomatología obsesivo-compulsiva. *Psycothema, 23* (1) 94-99.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. En: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press (p. 3-20).
- Cassidy, J. (2000). Adult romantic attachments: A developmental perspective on individual differences. *Review of General Psychology, 4*(2), 111-131.
- Cassidy, J., Kirsh, S. J., Scolton, K. L., & Parke, R. D. (1996). Attachment and representations of peer relationships. *Developmental Psychology, 32*(5), 892-904.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. eds. (1999). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford.
- Chang, E. C., Downey, C. A., & Salata, J. L. (2004). *Social Problem Solving and Positive Psychological Functioning: Looking at the Positive Side of Problem Solving*. Washington DC: American Psychological Association.
- Chang, L., Schwartz, D., Dodge, K. A., & McBride, C. (2003). Harsh parenting in relation to child emotion regulation and aggression. *Journal of family psychology, 17*(4), 598.
- Chaplin, T. M. (2015). Gender and emotion expression: A developmental contextual perspective. *Emotion Review, 7*, 14–21.
- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 139*(4), 735–65. doi:10.1037/a0030737
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation and aging. *Handbook of emotion regulation, 6*, 307-327.
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. P. (2005). Neuroendocrinology of stress. *Annual Review of Physiology, 67*, 259-284.
- Chogle, A., Mintjens, S., & Saps, M. (2014). Pediatric IBS: An overview on pathophysiology, diagnosis and treatment. *Pediatric Annals, 43*(4), 76-82.
- Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Universidad de Valencia. Recuperado de: [www.uv.es/=choliz](http://www.uv.es/=choliz).
- Chorot, P., & Martínez, P. (1995). Trastornos somatoformes. *Manual de psicopatología, 2*, 225-269.
- Ciechanowski P. S., Katon W. J., Russo J. E., Dwight-Johnson M. M. (2002). Association of attachment style to lifetime medically unexplained symptoms in patients with hepatitis C. *Psychosomatics, 43* (3), 206-212.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine, 64*(4), 660-667.

- Claes, M. E. (1992). Friendship and personal adjustment during adolescence. *Journal of adolescence, 15*(1), 39-55.
- Cobeanu, O. (2013). Irrational beliefs and somatosensory amplification in breast cancer patients undergoing treatment: impact on general distress. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies, 13*(2), 557-576.
- Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current directions in psychological science, 98*-101.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development, 75*(2). 317-333.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(2), 282-290.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-693.
- Compas, B. E. (2006). Psychobiological processes of stress and coping. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*(1), 226-234.
- Compas, B. E., Boyer, M. C., Stanger, C., Colletti, R. B., Thomsen, A. H., Dufton, L. M., & Cole, D. A. (2006). Latent variable analysis of coping, anxiety/depression, and somatic symptoms in adolescents with chronic pain. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(6), 1132-1147.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin, 127*(1), 87-94.
- Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K., & Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of personality and social psychology, 84*(2), 390-401.
- Costello, E. J., Pine, D. S., Hammen, C., March, J. S., Plotsky, P. M., Weissman, M. M., ... & Leckman, J. F. (2002). Development and natural history of mood disorders. *Biological psychiatry, 52*(6), 529-542.
- Cotterell, J. L. (1992). The relation of attachments and supports to adolescent well-being and school adjustment. *Journal of Adolescent Research, 7*(1), 28-42.
- Coughlin Della Selva, P. (2006). Emotional processing in the treatment of psychosomatic disorders. *Journal of Clinical Psychology, 62*(5), 539-550.
- Craig, T. K., Drake, H., Mills, K., & Boardman, A. P. (1994). The South London Somatisation Study. II. Influence of stressful life events, and secondary gain. *The British Journal of Psychiatry, 165*(2), 248-258.
- Crawley, E., & Sterne, J. A. (2009). Association between school absence and physical function in paediatric chronic fatigue syndrome. *Archives of disease in childhood, 94*(10), 752-756.
- Croicu, C., Chwastiak, L., & Katon, W. (2014). Approach to the Patient with Multiple Somatic Symptoms. *Medical Clinics of North America, 98*(5), 1079-1095

- Crombez, G. E., Eccleston, C., Baeyens, F., & Eelen, P. (1998). When somatic information threatens, catastrophic thinking enhances attentional interference. *Pain*, 75, 187–198.
- Cross, S. E., & Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construals and gender. *Psychological Bulletin*, 122, 5-37.
- Crowell, J. A., & Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: Implications for theory and research. *Social development*, 4(3), 294-327.
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J., & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of clinical psychology*, 54(8), 1091-1107.
- Dael, N., Mortillaro, M., & Scherer, K. R. (2012). Emotion expression in body action and posture. *Emotion*, 12(5), 1085-1101.
- Damasio, A. (2006). *El error de Descartes*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Damasio, A. (2010). *El cerebro creó al hombre*. Barcelona: Ediciones Destino
- Dantzer, R. (2005). Somatization: a psychoneuroimmunological perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 947–952
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the unconscious: Selected papers of Habib Davanloo*. New York: Wiley.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Selected papers of Habib Davanloo*. Chichester: Wiley.
- Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., ... & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 27(1), 153-160.
- Davidson, R. J., Putnam, K. M., & Larson, C. L. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation- A possible prelude to violence. *Science*, 289(5479), 591-594.
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 699-711.
- De Gucht, V., & Fischler, B. (2002). Somatization: A critical review of conceptual and methodological issues. *Psychosomatics*, 43(1), 1-9.
- de Vries, S. L. A., Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., & Asscher, J. J. (2015). Adolescent-parent attachment and externalizing behavior: The mediating role of individual and social factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, (in press) 1-12.
- Deater-Deckard, K., Li, M., & Bell, M. A. (2015). Multifaceted emotion regulation, stress and affect in mothers of young children. *Cognition and Emotion*, (ahead-of-print), 1-14.
- del Barrio V. (2002). *Emociones infantiles: evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Del Giudice, M. (2009). Sex, attachment, and the development of reproductive strategies. *Behavioral and Brain Sciences*, 32(01), 1-21.

- Dell, M. L., & Campo, J. V. (2011). Somatoform disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(3), 643-660.
- Demers, L. A., & Koven, N. S. (2015). The Relation of Alexithymic Traits to Affective Theory of Mind. *The American Journal of Psychology*, 128(1), 31-42
- Denham, S. A. (2007). Dealing with feelings: How children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain, Behavior*, 11(1), 1-48.
- Desai, G., Chaturvedi, S., Dahale, A., & Marimuthu, P. (2015). On somatic symptoms measurement: The scale for assessment of somatic symptoms revisited. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(1), 17-19.
- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27(2), 125-156.
- Dimsdale, J., Sharma, N., & Sharpe, M. (2011). What Do Physicians Think of Somatoform Disorders? *Psychosomatics*, 52(2), 154–159. doi:10.1016/j.psych.2010.12.011
- Domènech-Llaberia, E., Jané, C., Canals, J., Ballespí, S., Esparó, G., & Garralda, E. (2004). Parental reports of somatic symptoms in preschool children: prevalence and associations in a Spanish sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(5), 598-604.
- Domínguez, Z. E. M., Pascual, L. M., & Carmona, J. (2010). The validity of transtheoretical model through different psychological variables. *Salud y Drogas*, 10(2), 47-66.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K., & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. En: J. Cassidy & PR Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.
- Drews, A. A., & Bursch, B. (2010). Somatoform Disorders and Chronic Pain. En: *Handbook of Clinical Psychology Competencies*. New York: Springer (p. 1589-1616).
- Dror, O. E. (2014). The Cannon–Bard thalamic theory of emotions: A brief genealogy and reappraisal. *Emotion Review*, 6(1), 13-20.
- Durbin, C. E. (2010). Validity of young children's self-reports of their emotion in response to structured laboratory tasks. *Emotion*, 10(4), 519-528.
- Dykas, M. J., Ziv, Y., & Cassidy, J. (2008). Attachment and peer relations in adolescence. *Attachment and Human Development*, 10(2), 123-141.
- Edelstein, R. S., & Gillath, O. (2008). Avoiding interference: Adult attachment and emotional processing biases. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(2), 171-181.
- Edmed, S. L., & Sullivan, K. A. (2014). Method of symptom assessment influences cognitive, affective and somatic post-concussion-like symptom base rates. *Brain Injury*, 28(10), 1277-1282.
- Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 852-860.

- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 136-157.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*, 334-339.
- Elklit, A., & Brink, O. (2003). Acute stress disorder in physical assault victims visiting a Danish emergency ward. *Violence and victims*, 18(4), 461-472.
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 27(7), 855-871.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4), 129-136.
- English, T., & Carstensen, L. L. (2014). Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *International journal of behavioral development*, 38(2), 195-202.
- Escobar, J. I., Golding, J. M., Hough, R. L., Karno, M., Burnam, M. A., & Wells, K. B. (1987). Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *American Journal of Public Health*, 77(7), 837-840.
- Escobar, J. I., Waitzkin, H., Silver, R. C., Gara, M., & Holman, A. (1998). Abridged somatization: a study in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 60(4), 466-472.
- Etxebarria, I., Apodaca, P., Ezeiza, A., Fuentes, M. J. & Ortiz, M. J. (2003). Diferencias de género en emociones y en conducta social en la edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 26(2), 147-161.
- Fabrega Jr, H. (1990). The concept of somatization as a cultural and historical product of Western medicine. *Psychosomatic medicine*, 52(6), 653-672.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., & Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319
- Farioli, A., Mattioli, S., Quaglieri, A., Curti, S., Violante, F. S., & Coggon, D. (2014). Musculoskeletal pain in Europe: role of personal, occupational and social risk factors. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 40(1), 36.
- Feeney, J. A. (2002). Attachment, marital interaction, and relationship satisfaction: A diary study. *Personal Relationships* 9(1) 39-55
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Attachment in adults. En. *Attachment in Adults: Clinical and Developmental Perspectives*. New York: Guilford (p.128-152).
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, L. J. (1993). The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(3), 245-269.
- Fischer, A. H. (2000). Gender and emotion: social psychological perspectives. New York: Cambridge University Press.

- Fischer, A., & LaFrance, M. (2015). What drives the smile and the tear: Why women are more emotionally expressive than men. *Emotion Review*, 7(1), 22–29.
- Fischer, A. & Manstead, S. R. (2000). The relation between gender and emotions in difference cultures. En: A. H. Fischer (Ed), *Gender and emotion: social psychological perspectives*. Cambridge, UK: Cambridge University Press (p. 71-94).
- Florenzano, R., Fullerton, C., Acuña, J., & Escalona, R. (2002). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 47-55.
- Foa E. B., Huppert J. D., & Cahill S. P. (2006) Emotional processing theory: An update. En: Rothbaum B., (ed.). *The nature and treatment of pathological anxiety*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 1022-1028.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(4), 288-328.
- Ford, B. Q., & Mauss, I. B. (2015). Culture and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 3, 1-5
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123-151.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1998). Airport separations: A naturalistic study of adult attachment dynamics in separating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1198-1212.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132-154.
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns. *Attachment theory and close relationships*, 77-114.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series b Biological Sciences*, 359, 1367-1378.
- Freud, S. (1894). Las Neuropsicosis de defensa: Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias. En: Freud, S. (2006). *Obras Completas*, 3. Buenos Aires: Amorrortu.
- Frijda, N. H. (2007). *The laws of emotion*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fritzsche, K., Anselm, K., Fritz, M., Wirsching, M., Zhao, X., & Schaefer, R. (2013). Illness attribution of patients with medically unexplained physical symptoms in China. *Transcultural Psychiatry*, 50(1), 68-91.

- Frostholm, L., Petrie, K. J., Ørnbøl, E., & Fink, P. (2014). Are illness perceptions related to future healthcare expenditure in patients with somatoform disorders? *Psychological medicine*, *44*(13), 2903-2911.
- Furman, W., Simon, V. A., Shaffer, L., & Bouchey, H. A. (2002). Adolescents' working models and styles for relationships with parents, friends, and romantic partners. *Child Development*, *73*(1), 241-255.
- Furman, W., & Wehner, E. A. (1997). Adolescent romantic relationships: A developmental perspective. *New directions for child and adolescent development*, *1997*(78), 21-36.
- Gaensbauer, T. J. (1982). Regulation of emotional expression in infants from two contrasting caretaking environments. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, *21*(2), 163-170.
- Gallarín, M., & Alonso-Arbiol, I. (2013). Dimensionality of the Inventory of Parent and Peer Attachment: Evaluation with the Spanish Version. *The Spanish journal of psychology*, *16*.
- Gallego, I. D., Delgado, A. O., & Sánchez-Queija, I. (2011). Peer attachment during adolescence and emerging adulthood. [Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente] *Anales De Psicología*, *27*(1), 155-163.
- Garber, J., Walker, L. S., & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*(4), 588-595.
- García-Albea, J., García-Parajuá, P., & Navas, M. (2015). Somatoform and Factitious Disorders. In *Psychopathology in Women* (p. 727-741). Suiza: Springer International Publishing
- García-Campayo, J. (2007). Fenómeno de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *9*(3), 34-41.
- García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Perez-Echeverria, M. J., Campos, R., & Lobo, A. (1996). Screening of somatization disorder: validation of the Spanish version of the Othmer and DeSouza test. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *94*(6), 411-415.
- Garnefski, N., Boon, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence*, *32*(6), 401-408.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*(3), 141-149.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, *30*, 1311-1327.
- Garnefski, N., Koopman, H., Kraaij, V., & ten Cate, R. (2009). Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of adolescence*, *32*(2), 449-454.
- Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems. *European Journal of Personality*, *16*, 403-420.

- Gerin, W., Davidson, K. W., Christenfeld, N. J., Goyal, T., & Schwartz, J. E. (2006). The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal. *Psychosomatic medicine*, 68(1), 64-72.
- Gjerde, P. F. (1995). Alternative pathways to chronic depressive symptoms in young adults: Gender differences in developmental trajectories. *Child Development*, 66(5), 1277-1300.
- Glynn, L. M., Christenfeld, N., & Gerin, W. (2007). Recreating cardiovascular responses with rumination: the effects of a delay between harassment and its recall. *International Journal of Psychophysiology*, 66(2), 135-140.
- Gohm, C. L., & Clore, G. L. (2002). Affect as information: An individual-differences approach. En: L. Feldman-Barret y P. Salovey (Eds.). *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence*. New York: Guilford (p. 341-359).
- Gold, M., & Yanof, D. S. (1985). Mothers, daughters, and girlfriends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 654-659.
- Goldberg, D. P., & Bridges, K. (1988). Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of psychosomatic research*, 32(2), 137-144.
- Gordon, E., Kraiuhin, C., Kelly, P., Meares, R., & Howson, A. (1986). A neurophysiological study of somatization disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 295-301
- Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2012). Peer attachment: A meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 650-672.
- Granot, D., & Mayseless, O. (2012). Representations of mother-child attachment relationships and social-information processing of peer relationships in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 32(4), 537-564.
- Gratz, K. L., & 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(1), 41-54.
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 154-162
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with the emotions in psychotherapy*. New York: Guilford Press
- Greenberg, M. T., Siegel, J. M., & Leitch, C. J. (1983). The nature and importance of attachment relationships to parents and peers during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 12(5), 373-386.
- Gremigni, P., & Santanastaso, M. (2007). The emotional processing scale in Italy. En: Denollet J, Gidron Y, Nykliček I, Vingerhoets A, (eds). *Proceedings of the Fourth International Conference on the (Non) Expression of Emotions in Health and Disease*. Tilburg (The Netherlands). p. 131-145.
- Gresham, F. M., & Kern, L. (2004). Internalizing behavior problems in children and adolescents. *Handbook of research in emotional and behavioral disorders*, 262-281.



- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430-441.
- Grodzinsky, E., Walter, S., Viktorsson, L., Carlsson, A., Jones, M. P., & Faresjö, Å. (2015). More negative self-esteem and inferior coping strategies among patients diagnosed with IBS compared with patients without IBS - A case-control study in primary care. *BMC Family Practice*, 16(1).
- Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. (2012). The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytic Study. *Child development*, 83(2), 591-610.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Rev. Gen. Psychol.*, 2(5), 271-299.
- Gross, J. J. (2002) Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(03), 281-291.
- Gross, J. J., & Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion review*, 3(1), 8-16.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En: Gross, James J. (Ed) (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press (p. 3-24).
- Grossmann, K., Grossmann, K. E., Kindler, H., & Zimmermann, P. (2008). A wider view of attachment and exploration: The influence of mothers and fathers on the development of psychological security from infancy to young adulthood. En Cassidy, J., Shaver, P. R. (Ed), (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York, US: Guilford Press, (pp. 857-879).
- Grossman, M., & Wood, W. (1993). Sex differences in intensity of emotional experience: a social role interpretation. *Journal of personality and social psychology*, 65(5), 1010-1019.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B., & Goldberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154(7), 989-995.
- Gullone, E., Hughes, E. K., King, N. J., & Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 567-574.
- Gunnar, M. R., Wewerka, S., Frenn, K., Long, J. D., & Griggs, C. (2009). Developmental changes in hypothalamus-pituitary-adrenal activity over the transition to adolescence: normative changes and associations with puberty. *Development and psychopathology*, 21(01), 69-85.
- Guzmán-Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4(3), 234-243.

- Güney, Z. O., Sattel, H., Cardone, D., & Merla, A. (2015). Assessing embodied interpersonal emotion regulation in somatic symptom disorders: A case study. *Frontiers in Psychology, 6*.
- Haftgoli, N., Favrat, B., Verdon, F., Vaucher, P., Bischoff, T., Burnand, B., & Herzig, L. (2010). Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC family practice, 11*(1), 67-78.
- Hagemann, D., Waldstein, S. R., & Thayer, J. F. (2003). Central and autonomic nervous system integration in emotion. *Brain and cognition, 52*(1), 79-87.
- Hakala, M., Karlsson, H., Kurki, T., Aalto, S., Koponen, S., Vahlberg, T., et al. (2004). Volumes of the caudate nuclei in women with somatization disorder and healthy women. *Psychiatry Research Neuroimaging, 131*, 71–78.
- Hakala, M., Karlsson, H., Ruotsalainen, U., Koponen, S., Bergman, J., Stenman, H., et al. (2002). Severe somatization in women is associated with altered cerebral glucose metabolism. *Psychological Medicine, 32*, 1379–1385.
- Halberstadt, A. G. (1991). Towards an ecology of expressiveness: Family expressiveness in particular and a model in general. In R. S. Feldman & B. Rimé (Eds.), *Fundamentals in nonverbal behavior*. Cambridge: Cambridge University Press, (pp. 106–160).
- Halberstadt, A. G., Denham, S. A., & Dunsmore, J. C. (2001). Affective social competence. *Social development, 10*(1), 79-119.
- Haliburn, J. (2011). From traumatic attachment to somatization disorder. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 19*(5), 401–415.
- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child development, 690-694*.
- Hammen, C., & Brennan, P. A. (2001). Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: tests of an interpersonal impairment hypothesis. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(2), 284-293.
- Hampel, P., & Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 34*(2), 73-83.
- Hankin, B. L. (2008). Stability of cognitive vulnerabilities to depression: a short-term prospective multiwave study. *Journal of abnormal psychology, 117*(2), 324-231.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of clinical child and adolescent psychology, 31*(4), 491-504.
- Hansen, T. B., Steenberg, L. M., Palic, S., & Elklit, A. (2012). A review of psychological factors related to bullying victimization in schools. *Aggression and violent behavior, 17*(4), 383-387.
- Harlow, H. F., Harlow, M. K., Dodsworth, R. O., & Arling, G. L. (1966). Maternal behavior of rhesus monkeys deprived of mothering and peer associations in infancy. *Proceedings of the American Philosophical Society, 58-66*.

- Häuser, W., & Henningsen, P. (2014). Fibromyalgia syndrome: A somatoform disorder? *European Journal of Pain (United Kingdom)*, 18(8), 1052-1059.
- Hausteiner, C., Bornschein, S., Bubel, E., Groben, S., Lahmann, C., Grosber, M., . . . Huber, D. (2009). Psychobehavioral predictors of somatoform disorders in patients with suspected allergies. *Psychosomatic Medicine*, 71(9), 1004-1011.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological inquiry*, 5(1), 1-22.
- Herrero-Fernández, D. (2015). A comparison of Internet-based and paper-and-pencil questionnaires in assessing driving anger in a Spanish sample. *REMA: Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 20(1), 1–15.
- Herzog, A., Voigt, K., Meyer, B., Rief, W., Henningsen, P., Hausteiner-Wiehle, C., & Löwe, B. (2014). The somatic symptoms experiences questionnaire (SSEQ): A new self-report instrument for the assessment of psychological characteristics of patients with somatoform disorder. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 64(3-4), 115-121.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097-1127.
- Hetland, J., Torsheim, T., & Aaro, L. E. (2002). Subjective health complaints in adolescence: Dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(3), 223-230.
- Hiller, W., & Janca, A. (2003). Assessment of somatoform disorders: A review of strategies and instruments. *Acta Neuropsychiatrica*, 15(4), 167-179.
- Hiller, W., Rief, W., & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: From mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(9), 704–712.
- Hilt, L. M., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Examination of the response styles theory in a community sample of young adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 38(4), 545-556.
- Hinton, D., & Kirk, S. (2014). Paediatric multiple sclerosis: a qualitative study of families' diagnosis experiences. *Archives of disease in childhood*, 100, 623-629.
- Hitchcock, P. B., & Mathews, A. (1992). Interpretation of bodily symptoms in hypochondriasis. *Behaviour research and Therapy*, 30, 223–234.
- Hoffman, K. B., Cole, D. A., Martin, J. M., Tram, J., & Seroczynski, A. D. (2000). Are the discrepancies between self-and others' appraisals of competence predictive or reflective of depressive symptoms in children and adolescents: a longitudinal study, Part II. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 651-664..

- Holmes, G., & Offen, L. (1996). Clinicians' hypotheses regarding clients' problems: Are they less likely to hypothesize sexual abuse in male compared to female clients? *Child Abuse & Neglect*, 20, 493-501.
- Holstege, G., & Huynh, H. K. (2013). Emotions Studied by Imaging of the Human Brain: The Somatic and Emotional Motor Systems. En *Neuroscience in the 21st Century*. New York: Springer. (pp. 2045-2068).
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45(2), 277-290.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 41- 55.
- Husain, K., Browne, T., & Chalder, T. (2007). A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 2-7.
- Hutson-Comeaux, S. L., & Kelly, J. R. (2002). Gender stereotypes of emotional reactions: How we judge an emotion as valid. *Sex Roles*, 47(1-2), 1-10.
- Hyphantis, T., Goulia, P., & Carvalho, A. F. (2013). Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *Journal of psychosomatic research*, 75(4), 362-369.
- Ibeziako, P., & Bujoreanu, S. (2011). Approach to psychosomatic illness in adolescents. *Current opinion in pediatrics*, 23(4), 384-389.
- Inamura, K., Tsuno, N., Shinagawa, S., Nagata, T., Tagai, K., & Nakayama, K. (2015). Correlation between cognition and symptomatic severity in patients with late-life somatoform disorders. *Aging & mental health*, 19(2), 169-174.
- Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27(1), 77-88.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Dumenci, L., Rescorla, L. A., Almqvist, F., Weintraub, S., ... & Verhulst, F. C. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 405-417.
- Izard, C. E. (2013a). *Patterns of emotions: A new analysis of anxiety and depression*. Academic Press.
- Izard, C. E. (2013b). *Human emotions*. Springer Science & Business Media.
- Jabeen, F., Anis-ul-Haque, M., & Riaz, M. N. (2013). Parenting styles as predictors of emotion regulation among adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 28(1) 93-101.
- Jackson, J. F. (1993). Multiple caregiving among African Americans and infant attachment: The need for an emic approach. *Human Development*, 36(2), 87-102.
- Jackson, J. L., & Passamonti, M. (2005). The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *Journal of general internal medicine*, 20(11), 1032-1037.
- Jacobvitz, D., Curran, M., & Moller, N. (2002). Measurement of adult attachment: The place of self-report and interview methodologies. *Attachment & Human Development*, 4(2), 207-215.

- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205.
- James, L., Singer, A., Zurynski, Y., Gordon, E., Kraiuhin, C., Harris, A. (1987). Evoked response potentials and regional cerebral blood flow in somatization disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 47, 190–196.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., & Terwogt, M. M. (2008). My peers, my friend, and I: Peer interactions and somatic complaints in boys and girls. *Social science & medicine*, 66(11), 2195–2205.
- Jenkins, K., Oatley, K., & Stein, N. L. (1998). *Human Emotions: A Reader Introduction*. Malden, Massachutes: Blackwell.
- Jones, J. D., Brett, B. E., Ehrlich, K. B., Lejuez, C. W., & Cassidy, J. (2014). Maternal attachment style and responses to adolescents' negative emotions: The mediating role of maternal emotion regulation. *Parenting*, 14, 235–257.
- Jones, J. D., & Cassidy, J. (2014). Parental attachment style: Examination of links with parent secure base provision and adolescent secure base use. *Attachment and Human Development* 16(5), 437–461.
- Jose, P. E., & Ratcliffe, V. (2004). Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: Gender and age differences in adolescence. *New Zealand Journal of Psychology*, 33, 145–154.
- Juárez, F. (2011). The concept of health: An explanation of its uniqueness, multiplicity and health models. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 79–86.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1333.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and psychological measurement* 20, 141–151.
- Kang, S. M., & Shaver, P. R. (2004). Individual differences in emotional complexity: Their psychological implications. *Journal of Personality*, 72(4), 687–726.
- Kant, G. L., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21(1), 73–96.
- Kapfhammer, H. P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(2), 227.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review: part I. *The American journal of medicine*, 72(1), 127–135.
- Karreman, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, 53(7), 821–826.
- Kashdan, T. B., & Breen, W. E. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, 39(1), 1–12.
- Katsamanis, M., Lehrer, P. M., Escobar, J. I., Gara, M. A., Kotay, A., & Liu, R. (2011). Psychophysiological treatment for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychosomatics*, 52(3), 218–229.

- Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., & Howell-Jones, G. (2011b). Object relations and emotional processing deficits among psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 132–135.
- Kellner, R. (1991). *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. American Psychiatric Pub.
- Kennedy-Moore, E., & Watson, J. C. (2001). How and when does emotional expression help?. *Review of General Psychology*, 5(3), 187.
- Kerns, K. A., Tomich, P. L., Aspelmeier, J. E., & Contreras, J. M. (2000). Attachment-based assessments of parent–child relationships in middle childhood. *Developmental Psychology*, 36, 614–626.
- Kerr, M., Stattin, H., Biesecker, G., & Ferrer-Wreder, L. (2003). Relationships with parents and peers in adolescence. *Handbook of psychology*.
- Kim, Y. (2005). Emotional and cognitive consequences of adult attachment: The mediating effect of the self. *Personality and Individual Differences*, 39(5), 913–923.
- Kindlon, D., & Thompson, M. (2000). *Educando a Caín, cómo proteger la vida emocional del varón*. Madrid: Atlántida.
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1991). Psychological, physical, and interpersonal correlates of emotional expressiveness, conflict, and control. *European Journal of Personality*, 5(2), 131–150.
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Looper, K. J., & Dao, M. D. (2004). Explaining medically unexplained symptoms. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 49(10), 663–672.
- Kirmayer, L. J., & Sartorius, N. (2007). Cultural models and somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 832–840.
- Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. (1997). Somatoform disorders. In S. M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiley.
- Klein, M. (1962). *Desarrollos en psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Horme.
- Kleinman, A., Anderson, J. M., Finkler, K., Frankenberg, R. J., & Young, A. (1986). Social origins of distress and disease: Depression, neurasthenia, and pain in modern China. *Current anthropology*, 24(5), 499–509.
- Kleinstäuber, M., Witthöft, M., & Hiller, W. (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 146–160.
- Knook, L. M., Konijnenberg, A. Y., van der Hoeven, J., Kimpen, J. L., Buitelaar, J. K., van Engeland, H., & de Graeff-Meeder, E. R. (2011). Psychiatric disorders in children and adolescents presenting with unexplained chronic pain: what is the prevalence and clinical relevancy? *European child & adolescent psychiatry*, 20(1), 39–48.
- Kobak, R. R. (1986). *Attachment as a theory of affect regulation*. Unpublished manuscript, University of Denver.
- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., & Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child development*, 64(1), 231–245.

- Kobak, R. R., & Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59(1), 135-146.
- Koçer, E., Özçetin, A., İçmeli, C., & Ataoğlu, A. (2010). The assessment of MMPI in panic and somatisation disorders: A comparative study. *European Journal of General Medicine*, 7(1).
- Kochanska, G., & Kim, S. (2012). Early attachment organization with both parents and future behavior problems: From infancy to middle childhood. *Child Development*, 84(1), 283-296.
- Koh, K. B. (2013). *Somatization and psychosomatic symptoms*. New York: Springer.
- Kohut, H. (1971). *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Konijnenberg, A. Y., de Graeff-Meeder, E. R., van der Hoeven, J., Kimpen, J. L., Buitelaar, J. K., & Uiterwaal, C. S. (2006). Psychiatric morbidity in children with medically unexplained chronic pain: diagnosis from the pediatrician's perspective. *Pediatrics*, 117(3), 889-897.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41.
- Koole, S. L., Webb, T. L., & Sheeran, P. L. (2015). Implicit emotion regulation: Feeling better without knowing why. *Current Opinion in Psychology*, 3, 6-10.
- Kotelchuck, M. (1976). The infant's relationship to the father: Experimental evidence. *The role of the father in child development*, 1, 329-344.
- Kozłowska, K., English, M., Savage, B., Chudleigh, C., Davies, F., Paull, M., ... & Jenkins, A. (2013). Multimodal rehabilitation: a mind-body family-based intervention for children and adolescents impaired by medically unexplained symptoms. Part 2: case studies and outcomes. *The American Journal of Family Therapy*, 41(3), 212-231.
- Kreipe, R. E. (2006). The biopsychosocial approach to adolescents with somatoform disorders. *Adolesc Med Clin*, 17(1), 1-24.
- Kring, A. M., & Bachorowski, J. A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition & Emotion*, 13(5), 575-599.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345-359.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174.
- Kumar, S., Sharma, M., & Singh, R. (2014). Personality Factors as Correlates of Emotional Maturity among Adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 40(2), 221.
- Kwaśniewska, A., Thomas, K., & Baker, R. (2014). Are there cross-cultural differences in emotional processing and social problem-solving?. *Polish Psychological Bulletin*, 45(2), 205-210.
- Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., DeVoe, M., & Schoeberlein, S. (1989). Emotions and self-regulation: A life span view. *Human Development*, 32(5), 279-299.

- Labanyi, Jo (2010), "Doing Things: Emotions, Affect, and Materiality", *Journal of Spanish Cultural Studies*, 11 (3) 223-233.
- Lackner, J. M., & Quigley, B. M. (2005). Pain catastrophizing mediates the relationship between worry and pain suffering in patients with irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 943–957.
- Lacroix, L., Peterson, L., & Verrier, P. (2001). Art therapy, somatization, and narcissistic identification. *Art Therapy*, 18(1), 20-26.
- Laible, D. J., Carlo, G., & Raffaelli, M. (2000). The differential relations of parent and peer attachment to adolescent adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(1), 45-59.
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P. A., & Zeitlin, S. B. (1990). The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 124-134.
- Landa, A., Bossis, A. P., Boylan, L. S., & Wong, P. S. (2012). Beyond the unexplainable pain: relational world of patients with somatization syndromes. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(5), 413-422.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En *Research in Psychotherapy Conference, 3rd, May-Jun, 1966, Chicago, IL, US*. American psychological association.
- Lang, P. J. (1988). What are the data of emotion?. En *Cognitive perspectives on emotion and motivation*. Netherlands: Springer (p. 173-191).
- Langlois, J. H. (2004). Emotion and emotion regulation: From another perspective. *Child Development*, 75(2), 315-316.
- Lanteigne, D. M., Flynn, J. J., Eastabrook, J. M., & Hollenstein, T. (2014). Discordant patterns among emotional experience, arousal, and expression in adolescence: Relations with emotion regulation and internalizing problems. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 46(1), 29–39.
- Lanzetta, J. T., Cartwright-Smith, J., & Eleck, R. E. (1976). Effects of nonverbal dissimulation on emotional experience and autonomic arousal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33(3), 354-365.
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child development* 73(4), 1151-1165.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 129-141.
- Larsen, R. J., & Prizmic-Larsen, Z. (2006). Measuring Emotions: Implications of a Multimethod Perspective. En Eid, M. & Diener, E. (Ed). *Handbook of multimethod measurement in psychology*. Washington, DC, US: American Psychological Association (pp. 337-351).
- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child development*, 1151-1165.
- Lazarus RS. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.



- Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(2), 195.
- Le Doux, J. (1999). *El Cerebro Emocional*. Barcelona: Ariel/Planeta.
- Lee, B. (2013). Ambivalence over emotional expression and symptom attribution are associated with self-reported somatic symptoms in singaporean school adolescents. *Asian Journal of Social Psychology*, 16(3), 169-180.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Lecannelier, F. (2002). El legado de los vínculos tempranos: Apego y Autorregulación. *Revista chilena de psicoanálisis*, 19(2), 191-201.
- Leigh, J., & Bailey, R. (2013). Reflection, reflective practice and embodied reflective practice. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 8(3), 160-171
- Lench, H. C., Flores, S. A., & Bench, S. W. (2011). Discrete emotions predict changes in cognition, judgment, experience, behavior, and physiology: a meta-analysis of experimental emotion elicitations. *Psychological bulletin*, 137(5), 834.
- Lerner, R. M., & Steinberg, L. (2009). *Handbook of Adolescent Psychology, Individual Bases of Adolescent Development* (Vol. 1). US: John Wiley & Sons.
- Leslie, C.S. (2006). *A comparison of self-disclosure measures between Internet and paper-based integrity assessments: Extending research to a job application setting*. US: Information & Learning.
- Levant, R. F., Allen, P. A., & Lien, M. -. (2014). Alexithymia in men: How and when do emotional processing deficiencies occur? *Psychology of Men and Masculinity*, 15(3), 324-334
- Leventhal, H. (2014). The integration of emotion and cognition: a view from the perceptual-motor theory of emotion. En *Affect and cognition: the 17th annual Carnegie Symposium on cognition*. Hillsdale (NJ) (p. 121-156).
- Lilly, M. M., & Valdez, C. E. (2012). Interpersonal trauma and PTSD: The roles of gender and a lifespan perspective in predicting risk. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 140-156.
- Lim, S. -L., & Kim, J. -H. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 50-61.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Lipsitt, D. R. (2015). Hypochondriasis and Somatization Disorder: New Perspectives. In *Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry*. Springer International Publishing (p. 317-333).
- Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). Trauma coping strategies and psychological distress: a meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, 20(6), 977-988.
- Liu, L., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2011). Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1436-1443.

- Lohaus, A., Vierhaus, M., Frevert, A., Kreienborg, A. -, Laker, E. F., Pelster, S., & Schilling, C. (2013). Rumination and symptom reports in children and adolescents: Results of a cross-sectional and experimental study. *Psychology and Health, 28*(9), 1032-1045.
- López, F. (2006). Attachment: Stability and change across the life span. [Apego: Estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital] *Infancia y Aprendizaje, 29*(1), 9-23.
- López, F., & Brennan, K. A. (2000). Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. *Journal of Counseling Psychology, 47*(3), 283-292.
- López-Santiago, J., & Belloch, A. (2012). The somatization labyrinth: «Way out wanted». [El laberinto de la somatización: Se buscan salidas] *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(2), 151-172.
- López-Soler, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M. & López-Pina, J. A. (2010) Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología, 26*(2), 325-334.
- Lorenz, K. (1970). Companions as factors in the bird's environment. *Studies in animal and human behavior, 1*, 101-258.
- Lorenz, J., Hauck, M., Paur, R. C., Nakamura, Y., Zimmermann, R., Bromm, B., et al. (2005). Cortical correlates of false expectations during pain intensity judgments—a possible manifestation of placebo/nocebo cognitions. *Brain Behavior, and Immunity, 19*, 283–295.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Mussell, M., Schellberg, D., & Kroenke, K. (2008). Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *General hospital psychiatry, 30*(3), 191-199
- Lucki, I. (1998). The spectrum of behaviors influenced by serotonin. *Biological psychiatry, 44*(3), 151-162.
- Luminet, O., Bagby, R. M., & Taylor, G. J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 70*(5), 254-260.
- Luminet, O., Rimé, B., Bagby, R. M., & Taylor, G. (2004). A multimodal investigation of emotional responding in alexithymia. *Cognition and emotion, 18*(6), 741-766.
- Lumley, M. A. (2004). Alexithymia, emotional disclosure, and health: A program of research. *Journal of personality, 72*(6), 1271-1300.
- Lumley, M. A., Beyer, J., & Radcliffe, A. (2008). *Alexithymia and physical health problems: a critique of potential pathways and a research agenda*. Springer US (p. 43-68).
- Lumley, M. A., Gustavson, B. J., Partridge, R. T., & Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: interrelationships among measures. *Emotion, 5*(3), 329-335.
- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of personality assessment, 89*(3), 230-246.

- Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 505-518.
- Lundh, L. G., Johnsson, A., Sundqvist, K., & Olsson, H. (2002). Alexithymia, memory of emotion, emotional awareness, and perfectionism. *Emotion*, 2(4), 361-372.
- Lundh, L. G., & Wangby, M. (2002). Causal thinking about somatic symptoms -- how is it related to the experience of symptoms and negative affect? *Cognitive Therapy and Research*, 26, 701-717.
- Lundqvist, C., Rugland, E., Clench-Aas, J., Bartonova, A., & Hofoss, D. (2010). Children are reliable reporters of common symptoms: results from a self-reported symptom diary for primary school children. *Acta Paediatrica*, 99(7), 1054-1059.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013). Vulnerability for functional somatic disorders: A contemporary psychodynamic approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 250.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: A critical introduction*. Cambridge University Press.
- Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*, 21-41.
- Ma-Kellams, C. (2014). Cross-cultural differences in somatic awareness and interoceptive accuracy: A review of the literature and directions for future research. *Frontiers in Psychology*, 5(DEC).
- MacArthur, H. J., & Shields, S. A. (2015). There's no crying in baseball, or is there? Male athletes, tears, and masculinity in North America. *Emotion Review*, 7, 39-46.
- MacGeorge, E. L. (2003). Gender differences in attributions and emotions in helping contexts. *Sex Roles*, 48(3), 175-186.
- Macht, M., Haupt, C., & Ellgring, H. (2005). The perceived function of eating is changed during examination stress: a field study. *Eating Behaviors*, 6(2), 109-112.
- Maes, M., Mihaylova, I., Kubera, M., & Ringel, K. (2012). Activation of cell-mediated immunity in depression: association with inflammation, melancholia, clinical staging and the fatigue and somatic symptom cluster of depression. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 36(1), 169-175.
- Maggs, J. L., & Hurrelmann, K. (1998). Do substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relations?. *International journal of behavioral development*, 22(2), 367-388.
- Maier, S. F., & Watkins, L. R. (2005). Stressor controllability and learned helplessness: the roles of the dorsal raphe nucleus, serotonin, and corticotropin-releasing factor. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(4), 829-841.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology*, 24(3), 415-426
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking

- mechanism? En Greenberg, M. T.; Cicchetti, D.; Cummings, E. M. (Eds). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press (pp. 161-182).
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50* (1-2, Serial No. 209), 66-104.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention, 1*, 121-160.
- Malan, D., & Coughlin Della Selva, P. (2006). *Lives transformed*. London: Karnac.
- Malatesta, C. Z., & Izard, C. E. (1984). The facial expression of emotion: Young, middle-aged, and older adult expressions. *Emotion in adult development, 253-273*
- Maldonado, J. G., & Sánchez, J. A. (2005). Alexithymia and sensory amplification in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Psicothema, 17*(1), 15-19.
- Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 172*, 428-444.
- Marcus, D. K. (1999). The cognitive-behavioral model of hypochondriasis: misinformation and triggers. *Journal of Psychosomatic Research, 47*, 79-91.
- Marcus, D. K., & Church, S. E. (2003). Are dysfunctional beliefs about illness unique to hypochondriasis? *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 543-547.
- Markiewicz, D., Doyle, A. B., & Brendgen, M. (2001). The quality of adolescents' friendships: associations with mothers' interpersonal relationships, attachments to parents and friends, and prosocial behaviors. *Journal of Adolescence, 24*(4), 429-445.
- Márquez, M., Montorio, I., Izal, M., & Losada, A. (2006). Predicción del nivel de ansiedad a partir de la intensidad emocional y el afrontamiento cognitivo en situaciones amenazantes en personas jóvenes y mayores. *Ansiedad y Estrés, 12*(2-3), 305-316.
- Márquez-González, M., De Trocóniz, María Izal Fernández, Cerrato, I. M., & Baltar, A. L. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: Análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema, 20*(4), 616-622.
- Marrone, M (2008). La teoría del apego como paradigma psicoanalítico. En: Yarnoz, S. (Comps.), *La teoría del apego en la clínica, I: Evaluación y Clínica*. Madrid: Psimática (p.15-36).
- Marrone, M., Diamond, N., Juri, L. J., & Bleichmar, H. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martin, A., & Rief, W. (2011). Relevance of cognitive and behavioral factors in medically unexplained syndromes and somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 34*(3), 565-578.

- Martínez MP, Miró E, Sánchez AI, Mundo A, Martínez. Understanding the relationship between attachment style, pain appraisal and illness behavior in women. *Scand J Psychol.* 2012; 53(1):54–63.
- Martínez, C, & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psykhe, 14*(1), 181-191.
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in cognitive sciences, 9*(10), 496-502.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine, 70*(6), 716-722.
- Maunder R. G. & Hunter J. J. (2001) Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine, 63*, 556–567.
- Mauss, I. B., Bunge, S. A., & Gross, J. J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass, 1*(1), 146-167
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (2007). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test*. Multi-Health Systems Incorporated.
- Mayer, J. D., & Stevens, A. A. (1994). An emerging understanding of the reflective (meta-) experience of mood. *Journal of research in personality, 28*(3), 351-373.
- Mayou, R. (2014). Is the DSM-5 chapter on somatic symptom disorder any better than DSM-IV somatoform disorder? *The British Journal of Psychiatry, 204*(6), 418-419.
- McGaugh, J. L. (Ed.). (2013). *Emotions and bodily responses: A psychophysiological approach*. US: Academic Press.
- McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (2011). *The perspectives of psychiatry*. JHU Press.
- McKeown, G., Sneddon, I., & Curran, W. (2015). Gender differences in the perceptions of genuine and simulated laughter and amused facial expressions. *Emotion Review, 7*, 30–38.
- McLaughlin, K.A., Borkovec, T.D., Sibrava, N.J. (2007). The effect of worry and rumination on affect states and cognitive activity. *Behavior Therapy, 38*, 23-38.
- McWilliams L. A. & Bailey S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology 29*(4) 446–453.
- Meade, A.W, Michels, L.C., & Lautenschlager, G.J. (2007). Are Internet and Paperand-Pencil Personality Tests Truly Comparable? An experimental design measurement invariance study. *Organizational Research Methods, 10*(2), 322 – 345.
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á., & Pereno, G. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhe (Santiago), 22*, 83-96.
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(4), 329-352.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310.
- Mennin, D. S., Holoway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284–302.
- Meredith P., Ownsworth T., & Strong J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28(3):407–429.
- Mergl, R., Seidscheck, I., Allgaier, A. K., Möller, H. J., Hegerl, U., & Henkel, V. (2007). Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. *Depression and Anxiety*, 24(3), 185-195.
- Meyers, S. A. (1998). Personality correlates of adult attachment style. *The Journal of social psychology*, 138(3), 407-409.
- Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S., & Hankin, B. L. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychological bulletin*, 130(5), 711-723.
- Micale, M. S., & Porter, R. (1995). *Approaching hysteria: Disease and its interpretations* Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Mikulincer, M. (2007). Building personal relationships theory. *Personal Relationships*, 14(3).
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: the accessibility and architecture of affective memories. *Journal of personality and social psychology*, 68(5), 917-928.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The Attachment Behavioral System in Adulthood: Activation, Psychodynamics, and Interpersonal Processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 35.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007b). Individual differences in attachment-system functioning: development, stability and change. En: M. Mikulincer & P.R. Shaver (Eds.), *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. Nueva York: The Guilford Press (p. 116-146).
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., Sapir-Lavid, Y., & Avihou-Kanza, N. (2009). What's inside the minds of securely and insecurely attached people? the secure-base script and its associations with attachment-style dimensions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4) 615-633doi:10.1037/a0015649
- Miller, K. F. (2014). *Adolescent Life Stress and the Cortisol Awakening Response: The Moderating Roles of Emotion Regulation, Attachment, and Gender*. University of Southern California.

- Missen A., Hollingworth W., Eaton N. & Crawley E. (2012) The financial and psychological impacts on mothers of children with chronic fatigue syndrome (CFS/ME). *Child: Care, Health and Development* 38, 505–512.
- Mitchell, R. L. C., & Phillips, L. H. (2015). The overlapping relationship between emotion perception and theory of mind. *Neuropsychologia*, 70, 1-10.
- Mohapatra, S., Deo, S. J., Satapathy, A., & Rath, N. (2014). Somatoform Disorders in Children and Adolescents. *German Journal of Psychiatry*, 17(1).
- Montoya, A., Price, B. H., & Lepage, M. (2006). Neural correlates of functional symptoms in neurology. *Functional neurology*, 21(4), 193-202.
- Moors, A., Ellsworth, P. C., Scherer, K. R., & Frijda, N. H. (2013). Appraisal theories of emotion: State of the art and future development. *Emotion Review*, 5(2), 119-124.
- Morley, T. E., & Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical psychology review*, 31(7), 1071-1082.
- Morris, A. S., Robinson, L. R., & Eisenberg, N. (2006). Applying a Multimethod Perspective to the Study of Developmental Psychology. En Eid, M. & Diener, E. (Ed), (2006). *Handbook of multimethod measurement in psychology*. Washington, DC, US: American Psychological Association, (pp. 371-384).
- Morrison, V., & Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology*. Pearson Education.
- Moutsiana, C., Fearon, P., Murray, L., Cooper, P., Goodyer, I., Johnstone, T., & Halligan, S. (2014). Making an effort to feel positive: insecure attachment in infancy predicts the neural underpinnings of emotion regulation in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(9), 999-1008.
- Moyal, N., Cohen, N., Henik, A., & Anholt, G. E. (2015). Emotion regulation as a main mechanism of change in psychotherapy. *Behavioral and Brain Sciences*, 38.
- Music, G. (2014). Top down and bottom up: Trauma, executive functioning, emotional regulation, the brain and child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 40(1), 3-19.
- Musitu, G., & Cava, M. J. (2001). *La familia y la educación*. Madrid: Octaedro.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H. E. L. L. M. U. T. H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: a view of the psychosomatic process. *Modern trends in psychosomatic medicine*, 3, 430-439.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., Boswell, J. F., Szkodny, L. E., & Nordberg, S. S. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 171.
- Neumann, D., Malec, J. F., & Hammond, F. M. (2015). The association of negative attributions with irritation and anger after brain injury. *Rehabilitation Psychology*, 60(2), 155.
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 704-708.

- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16(4), 391-403.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115-123.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of abnormal psychology*, 102(1), 20-37.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 5.
- Norman, G. J., Berntson, G. G., & Cacioppo, J. T. (2014). Emotion, somatovisceral afference, and autonomic regulation. *Emotion Review*, 6(2), 113-123.
- Novak, T., & Šprah, L. (2011). Assessment of emotional processing biases in cognitive control performance. *Studia Psychologica*, 53(2), 137-150.
- Noyes, R., Hartz, A. J., Doebbeling, C. C., Malis, R. W., Happel, R. L., Werner, L. A., et al. (2000). Illness fears in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 62, 318-325
- Noyes, R., Stuart, S. P., & Watson, D. B. (2008). A reconceptualization of the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 49(1), 14-22.
- Nusslock, R., & Miller, G. E. (2015). Early-life adversity and physical and emotional health across the lifespan: A neuro-immune network hypothesis. *Biological Psychiatry*.
- Nyklíček, I., Zeelenberg, M., & Vingerhoets, A. (2011). *Emotion regulation and well-being*. New York: Springer.
- Oatley, K., & Johnson-Laird, P. N. (2014). Cognitive approaches to emotions. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(3), 134-140.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1), 155-162.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista De Psiquiatría y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Oliva, A., & Parra, Á. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y aprendizaje*, 24(2), 181-196.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (1992). *CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Meditor.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.



- Ortiz, M. J., Apodaca, P., Etxebarria, I., Fuentes, M. J. & López, F. (2011). Papel de los padres y las madres en la regulación moral de los niños y en la conducta prosocial y agresiva con los compañeros. *Infancia y Aprendizaje*, 34(3), 365-380.
- Ortiz, M. J., Fuentes, M. J., López, F., Palacios, J., Marchesi, A., & Coll, C. (1999). Desarrollo socioafectivo en la primera infancia. *Desarrollo psicológico y educación*, 1, 151-176.
- Øster, J. (1972). Recurrent abdominal pain, headache and limb pains in children and adolescents. *Pediatrics*, 50(3), 429-436.
- Othmer, E., & DeSouza, C. (1985). A screening test for somatization disorder (hysteria). *The American journal of psychiatry*. 142(10), 1146-1149.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., Engels, R. C. M. E., & Meeus, W. (2003). Parental attachment and romantic relationships: Associations with emotional disturbance during late adolescence. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 28-39.
- Palermo, T. M., & Chambers, C. T. (2005). Parent and family factors in pediatric chronic pain and disability: An integrative approach. *Pain*, 119, 1-4.
- Pallarés, I., Peris, B., Santas, J., Suller, N., & Pastor, M. D. C. (2015). Emoción y desarrollo evolutivo: Infancia, adolescencia y vejez. *Àgora de salut*. 1.
- Panksepp, J. (1991). Affective neuroscience: A conceptual framework for the neurobiological study of emotions. *International review of studies on emotion*, 1, 59-99.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 261-273.
- Pardo, M. E., Pineda, S., Carrillo, S., & Castro, J. (2006). Psychometric analysis of the inventory of parent and peer attachment in a sample of colombian adolescents. [Análisis psicométrico del inventario de apego con padres y pares en una muestra de adolescentes Colombianos] *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 289-302.
- Parrot, W.G. (1993) Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and maintaining bad moods. En: D.M. Wegener & J.W. Pennebaker (eds.), *Handbook of Mental Control*. New Jersey: Prentice Hall (p. 278-308).
- Payne, H. (2015) The Body speaks its Mind: The BodyMind Approachregd for Patients with Medically Unexplained Symptoms in Primary Care in England. *The Arts in Psychotherapy*, 42, 19-27.
- Paterson, J., Pryor, J., & Field, J. (1995). Adolescent attachment to parents and friends in relation to aspects of self-esteem. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(3), 365-376.
- Pedreira, J. L., Palanca, I., Sardinero, E., & Martín, L. (2001). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*, 3(1), 26-51.
- Pedziwiatr, H. (2013). Psychological Attachment in Patients with Spondylosis of Cervical and Lumbar Spine. In *Respiratory Regulation-Clinical Advances*. Netherlands: Springer (p. 357-363).
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(6), 551-603.

- Pennebaker, J. W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer
- Pennebaker, J. (1990). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. New York: Guilford Press.
- Perez, D. L., Barsky, A. J., Vago, D. R., Baslet, G., & Silbersweig, D. A. (2015). A neural circuit framework for somatosensory amplification in somatoform disorders. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*.
- Petersen, S., Brulin, C., & Bergström, E. (2006). Recurrent pain symptoms in young schoolchildren are often multiple. *Pain, 121*(1), 145-150.
- Phares, V., Lopez, E., Fields, S., Kamboukos, D., & Duhig, A. M. (2005). Are fathers involved in pediatric psychology research and treatment? *Journal of Pediatric Psychology, 30*(8), 631-643.
- Picariello, F., Ali, S., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2015). The most popular terms for medically unexplained symptoms: The views of CFS patients. *Journal of psychosomatic research, 78*(5), 420-426.
- Pigott, T. A. (1999). Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(18), 4-15.
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others?. *Review of general psychology, 4*(2), 155.
- Pinedo, J. & Satelices, P. (2006). Apego adulto: Los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica, 4*(2), 201-210.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica, 16*(2), 85-112.
- Pleck, J. H. (2010). Paternal involvement: Revised conceptualizations and theoretical linkages with child outcome. *The role of the father in child development* (5th ed., pp. 58–93). Hoboken, NJ: Wiley.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology, 53*(1), 187-213.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods, 40*(3), 879-891.
- Pribram, K. H. (1973). The primate frontal cortex—executive of the brain. *Psychophysiology of the frontal lobes, 293-314*.
- Prizant, B. M., Wetherby, A. M., Rubin, E., & Laurent, A. C. (2003). The SCERTS Model: A Transactional, Family-Centered Approach to Enhancing Communication and Socioemotional Abilities of Children With Autism Spectrum Disorder. *Infants & Young Children, 16*(4), 296-316.
- Ptacek, J. T., Smith, R. E. & Dodge, K. L. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressors and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20*, 421-430.
- Pulgar, Á., Garrido, S., Alcalá, A., & Reyes del Paso, G. A. (2012). Psychosocial predictors of immune response following bone marrow transplantation. *Behavioral Medicine, 38*(1), 12-18.

- Quirin M, Pruessner JC, Kuhl J. HPA system regulation and adult attachment anxiety: individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology*. 2008; 33(5):581–590.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18(1), 51–60.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13(3), 164-171.
- Raja, S. N., McGee, R., & Stanton, W. R. (1992). Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(4), 471-485
- Rasmussen, N. H., Agerter, D. C., Bernard, M. E., & Cha, S. S. (2011). Coping style in primary care adult patients with abridged somatoform disorders. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 197-207.
- Rauch, S., & Foa, E. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 61-65.
- Razaz, N., Nourian, R., Marrie, R. A., Boyce, W. T., & Tremlett, H. (2014). Children's and adolescents adjustment to parental multiple sclerosis: a systematic review. *BMC neurology*, 14(1), 107.
- Reeves, M. D. (2007). *The effect of invalidation on emotion regulation: An empirical investigation of Linehan's biosocial theory*. ProQuest.
- Richards, R., McGee, R., Williams, S. M., Welch, D., & Hancox, R. J. (2010). Adolescent screen time and attachment to parents and peers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(3), 258-262.
- Rief, W., & Barsky, A. J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 996–1002.
- Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical psychology review*, 27(7), 821-841.
- Rief, W., Hennings, A., Riemer, S., & Euteneuer, F. (2010). Psychobiological differences between depression and somatization. *Journal of psychosomatic research*, 68(5), 495-502.
- Rief, W., & Hiller, W. (2003). A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 44(6), 492-498.
- Rief, W., Hiller, W., & Margraf, J. (1998). Cognitive aspects in hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 587–595
- Rief, W., Hessel, A., & Braehler, E. (2001). Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 63, 595–602.
- Rief, W., & Martin, A. (2014). How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. *Clinical Psychology*, 10(1), 339.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A., & Zech, T. (2004). Causal illness attributions in somatoform disorders associations with comorbidity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 367–371.

- Rief, W., Pilger, F., Ihle, D., Verkerk, R., Scharpe, S., & Maes, M. (2004). Psychobiological aspects of somatoform disorders: contributions of monoaminergic transmitter systems. *Neuropsychobiology*, *49*, 24–29.
- Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J. E., & Górriz, A. B. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes. *Psicothema*, *21*(3), 459-464.
- Risør, M. B. (2009). Illness explanations among patients with medically unexplained symptoms: different idioms for different contexts. *Health*, *13*(5), 505–521.
- Robinson, M. D., & Clore, G. L. (2002). Belief and feeling: evidence for an accessibility model of emotional self-report. *Psychological bulletin*, *128*(6), 934.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Campayo, J. G., & Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, *119*(1), 52-58.
- Rocha, E. M., Prkachin, K. M., Beaumont, S. L., Hardy, C. L., & Zumbo, B. D. (2003). Pain reactivity and somatization in kindergarten-age children. *Journal of Pediatric Psychology*, *28*(1), 47-57.
- Roemer, L., Williston, S. K., & Rollins, L. G. (2015). Mindfulness and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, *3*, 52-57.
- Roger, D., & Nesselrover, W. (1987). The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotional control. *Personality and Individual Differences*, *8*(4), 527-534.
- Roisman, G. I., Masten, A. S., Coatsworth, J. D., & Tellegen, A. (2004). Salient and emerging developmental tasks in the transition to adulthood. *Child development*, *75*(1), 123-133.
- Rood, L., Roelofs, J., Bögels, S. M., Nolen-Hoeksema, S., & Schouten, E. (2009). The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *29*(7), 607-616.
- Roque, L., Veríssimo, M., Fernandes, M., & Rebelo, A. (2013). Emotion regulation and attachment: Relationships with children's secure base, during different situational and social contexts in naturalistic settings. *Infant Behavior and Development*, *36*(3), 298-306.
- Rosendal, M., Blankenstein, A. H., Morriss, R., Fink, P., Sharpe, M., & Burton, C. (2013). Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*.
- Rosendal M., Fink P., Falkoe E., Hansen H. S., & Olesen F. (2007). Improving the classification of medically unexplained symptoms in primary care. *European Journal of Psychiatry*, *21*, 25–36
- Rosenwein, B. H. (2010). Problems and Methods in the History of Emotions. *Passions in Context*, *1* (I), 1-32.
- Roth, G., & Assor, A. (2012). The costs of parental pressure to express emotions: Conditional regard and autonomy support as predictors of emotion regulation and intimacy. *Journal of adolescence*, *35*(4), 799-808.
- Roth, G., Assor, A., Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2009). The emotional and academic consequences of parental conditional regard: comparing conditional positive regard, conditional

- negative regard, and autonomy support as parenting practices. *Developmental psychology*, 45(4), 1119.
- Roth, G., Benita, M., Amrani, C., Shachar, B. H., Asoulin, H., Moed, A., ... & Kanat-Maymon, Y. (2014). Integration of negative emotional experience versus suppression: Addressing the question of adaptive functioning. *Emotion*, 14(5), 908.
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaeillie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J. R., Baetens, I., ... & Van Leeuwen, K. (2014). The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. *International Journal of Psychophysiology*, 93(2), 261-266.
- Rude, S., & McCarthy, C. (2003). Brief report. *Cognition & Emotion*, 17(5), 799-806.
- Rudolf, G., & Henningsen, P. (2003). Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 3-19.
- Russell, J. A. (2009). Emotion, core affect, and psychological construction. *Cognition and Emotion*, 23(7), 1259-1283.
- Ryan, R. M., Brown, K. W., & Creswell, J. D. (2007). How integrative is attachment theory? Unpacking the meaning and significance of felt security. *Psychological Inquiry*, 18(3), 177-182.
- Ryan, R. M., Deci, E. L., Grolnick, W. S., & La Guardia, J. G. (2006). The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology. En Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds). *Developmental psychopathology, Vol 1: Theory and method* (2nd ed.). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, (p. 795-849).
- Saarni, C. (1984). An observational study of children's attempts to monitor their expressive behavior. *Child Development*, 1504-1513.
- Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (2008). Principles of emotion and emotional competence. *Child and adolescent development: An advanced course*, 361-405.
- Sagardoy, R. C., Solórzano, G., Morales, C., Soledad Kassem, M., Codesal, R., Blanco, A., & Morales, L. T. G. (2014). Emotional processing in adult and adolescent ED patients. emotional recognition and regulation. [Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs. adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional] *Clinica y Salud*, 25(1), 19-37.
- Salkovskis, P. M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment*, 33-50.
- Sameroff, A. (2010). A unified theory of development: A dialectic integration of nature and nurture. *Child development*, 81(1), 6-22.
- San Miguel, M. T. (2008). Regulación emocional, mentalización y constitución del sí-mismo. *Aperturas psicoanalíticas*, 29.
- Sánchez-García, M. (2013). Procesos psicológicos en la somatización: La emoción como proceso. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(2), 255-270.
- Sánchez-Queija, I., & Oliva, A. (2003). Vinculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia attachment to parents and peer relationships during adolescence. *Revista De Psicología Social*, 18(1), 71-86.

- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Santonastaso, M. (2011). Cross-cultural comparison of emotional processing. (*Unpublished PhD thesis*). Bournemouth University, England.
- Sayar, K., Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 108-114.
- Santiago, J. L., & Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7(2), 73-93.
- Schaller, M., Murray, D. R., & Bangerter, A. (2015). Implications of the behavioural immune system for social behaviour and human health in the modern world. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 370(1669), 2014-2035.
- Scherer, K. R. (2013). *Facets of emotion: Recent research*. Psychology Press.
- Schmaling, K. B., Fiedelak, J. I., Katon, W. J., Bader, J. O., & Buchwald, D. S. (2003). Prospective study of the prognosis of unexplained chronic fatigue in a clinic-based cohort. *Psychosomatic Medicine*, 65(6), 1047-1054.
- Schmid, G., Dinkel, A., Henningsen, P., Dieterich, M., Hopfner, A., Pieh, C., & Lahmann, C. (2014). Assessment of psychological aspects of somatoform disorders: a study on the German version of the Health Attitude Survey (HAS). *Comprehensive psychiatry*, 55(1), 155-164.
- Schneider, A., Hörlein, E., Wartner, E., Schumann, I., Henningsen, P., & Linde, K. (2011). Unlimited access to health care-impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. *BMC family practice*, 12(1), 51.
- Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, 37(1), 86-100.
- Schroeter, C., Ehrental, J. C., Giuliani, M., Neubauer, E., Gantz, S., Amelung, D., . . . Schiltenswolf, M. (2015). Attachment, symptom severity, and depression in medically unexplained musculoskeletal pain and osteoarthritis: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 10(3).
- Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)* (Vol. 1). WW Norton & Company.
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Schmidt, S. J., & Schimmelmann, B. G. (2014). EPA-0828-Axis-i disorders and at-risk criteria of psychosis in the general population: Preliminary results from a telephone survey. *European Psychiatry*, 29, 1.
- Scribano, A. (2013). *Teoría social, cuerpos y emociones*. ESEditora.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of adolescence*, 23(6), 675-691.
- Sensky, T. (1997). Causal attributions in physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 565-573.
- Serra, E. & Zacarés, J.J. (1999). Adolescentes españoles. En: F.P. Rice (Ed.): *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice-Hall.

- Sharpe, M. (2013). Somatic symptoms: beyond 'medically unexplained'. *The British Journal of Psychiatry*, 203(5), 320-321.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4(2), 133-161.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2010). New directions in attachment theory and research. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2) 163-172.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2014) Adult attachment and emotion regulation. En: J. J. Gross. (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press (p. 237–250).
- Shaw, R. J., & DeMaso, D. R. (2007). *Clinical manual of pediatric psychosomatic medicine: Mental health consultation with physically ill children and adolescents*. American Psychiatric Pub.
- Sher, K. J., & Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press (p. 560–580)
- Shields, S. A., & Zawadzki, M. J. (2012). Theories of Emotion, History of. In *Encyclopedia of the History of Psychological Theories*. US: Springer (p. 1088-1105).
- Shipton, E. A. (2014). The transition of acute postoperative pain to chronic pain: Part 1 - risk factors for the development of postoperative acute persistent pain. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 4(2-3), 67-70.
- Shorter, E. (1993). Chronic fatigue in historical perspective. *Ciba Foundation Symposium*, 173, 6-16
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 22(2-6), 255-262.
- Silber, T. J. (2011). Somatization disorders: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatrics in Review / American Academy of Pediatrics*, 32(2), 56–63.
- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child development*, 1869-1880.
- Silva, C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- Silva, J., & Fuentealba, R. G. (2004). Diferenciación emocional y psicopatología: la hipótesis de la acentuación somática. *REME*, 6(16), 3.
- Silverstein, B., & Levin, E. (2014). Differences in the developmental patterns of depression with and without additional somatic symptoms. *Psychiatry research*, 220(1), 254-257.
- Simon, R. W. (2002). Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health. *American journal of sociology*, 107(4), 1065-1096.
- Sims, T. L., & Carstensen, L. L. (2014). The Elusiveness of a Life-span Model of Emotion Regulation. *ISSBD bulletin*, 38(3), 30.
- Sirri, L. (2014). Dimensional assessment of hypochondriacal fears and beliefs. *Current Psychiatry Reviews*, 10(1), 50-57.

- Sirri, L., & Fava, G. A. (2013). Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 19-30.
- Smeets, G., de Jong, P., & Mayer, B. (2000). If you suffer from a headache, then you have a brain tumour: domain-specific reasoning 'bias' and hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 763-776.
- Smyth, J. M., & Arigo, D. (2009). Recent evidence supports emotion-regulation interventions for improving health in at-risk and clinical populations. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), 205-210.
- Sontag, L. M., & Graber, J. A. (2010). Coping with perceived peer stress: gender-specific and common pathways to symptoms of psychopathology. *Developmental psychology*, 46(6), 1605.
- Soriano, J., Monsalve, V., Gómez-Carretero, P., Villanueva, V., Asensio, J., Fabregat, G., ... & De Andrés, J. (2012). Personalidad, calidad de vida y afrontamiento al dolor en pacientes con FM vs. Dolor Somático. *Psicología Interpsiquis*. 13<sup>a</sup> Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Soto, C. J., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2011). Age differences in personality traits from 10 to 65: Big Five domains and facets in a large cross-sectional sample. *Journal of personality and social psychology*, 100(2), 330-342.
- Spear, L. P. (2009). Heightened stress responsivity and emotional reactivity during pubertal maturation: Implications for psychopathology. *Development and psychopathology*, 21(01), 87-97.
- Spitz, R. (1965). *El primer año de vida*. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7, 349-367.
- Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. En W. W. Hartrup & Z. Rubin (Eds.), *The nature of relationships*. Hillsdale, NJ: Erlbaum (p. 51-71).
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*, 48, 1184-1199.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 875.
- Stein, H., Koontz, A. D., Fonagy, P., Allen, J. G., Fultz, J., Brethour Jr., J. R., . . . Evans, R. B. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(1), 77-91.
- Stein, N. L., Leventhal, B., & Trabasso, T. R. (Eds.). (2013). *Psychological and biological approaches to emotion*. Psychology Press.
- Steinbrecher, N., & Hiller, W. (2011). Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General hospital psychiatry*, 33(4), 318-326.
- Steiner, H., & Canning, E. H. (1994). Adaptive styles in adolescents with psychosomatic illness. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(4) 255-259.



- Stenberg, G., & Hagekull, B. (2007). Infant looking behavior in ambiguous situations: Social referencing or attachment behavior? *Infancy, 11*(2), 111-129.
- Stone, L. (2011). Explaining the unexplainable: Crafting explanatory frameworks for medically unexplained symptoms. *Australian family physician, 40*(6), 440.
- Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics, 40*(1), 34-43.
- Subic-Wrana, C. (2011). *Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders*. New York: Springer.
- Sumathipala, A., Siribaddana, S., Hewege, S., Sumathipala, K., Prince, M., & Mann, A. (2008). Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: A sri lanka study. *BMC Psychiatry, 8*.
- Suzuki, R., Rygh, L. J., & Dickenson, A. H. (2004). Bad news from the brain: descending 5-HT pathways that control spinal pain processing. *Trends in Pharmacological Sciences, 25*(12), 613-617.
- Swartz, M., Hughes, D., George, L., Blazer, D., Landerman, R., & Bucholz, K. (1986). Developing a screening index for community studies of somatization disorder. *Journal of psychiatric research, 20*(4), 335-343.
- Swerdlow, N. R., & Koob, G. F. (1987). Dopamine, schizophrenia, mania, and depression: toward a unified hypothesis of cortico-striatopallido-thalamic function. *Behavioral and brain sciences, 10*(02), 197-208.
- Szczygiel, D., Buczny, J., & Bazinska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual Differences, 52*(3), 433-437.
- Taillefer, S. S., Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Lasry, J. (2002). Psychological correlates of functional status in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(6), 1097-1106.
- Tapia, M., & Ii, G. E. M. (2006). A validation of the emotional intelligence inventory. *Psicothema, 18*(Suplemento), 55-58.
- Taylor, G. J. (2003). Somatization and conversion: Distinct or overlapping constructs?. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 31*(3), 487-508.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics 73*(2), 68-77.
- Taylor, R. E., Marshall, T., Mann, A., & Goldberg, D. P. (2012). Insecure attachment and frequent attendance in primary care: A longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychological Medicine, 42*(4), 855-864.
- Thayer, J. F., & Brosschot, J. F. (2005). Psychosomatics and psychopathology: looking up and down from the brain. *Psychoneuroendocrinology, 30*(10), 1050-1058.
- 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. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. En: J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford (p. 348–365).
- Thompson, R. W., Arnkoff, D. B., & Glass, C. R. (2011). Conceptualizing mindfulness and acceptance as components of psychological resilience to trauma. *Trauma, Violence, & Abuse, 12*(4), 220-235.
- Thomsen, D. K., Mehlsen, M. Y., Christensen, S., & Zachariae, R. (2003). Rumination—relationship with negative mood and sleep quality. *Personality and Individual Differences, 34*(7), 1293-1301.
- Toft, T., Fink, P., Ørnboel, E., Christensen, K. A. J., Frostholm, L., & Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychological medicine, 35*(08), 1175-1184.
- Torres-Hernández, M., López-García, S., Pedroza-Escobar, D., & Escamilla-Tilchd, M. (2015). El papel de la alexitimia como factor psicossomático en la psoriasis. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 53*(3), 268-72.
- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *Journal of personality and social psychology, 76*(2), 284.
- Treasure, J., Corfield, F., & Cardi, V. (2012). A three-phase model of the social emotional functioning in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 20*(6), 431-438.
- Tremblay, I., & Sullivan, M. J. (2010). Attachment and pain outcomes in adolescents: the mediating role of pain catastrophizing and anxiety. *The Journal of Pain, 11*(2), 160-171.
- Tyrer, P., Candy, J., & Kelly, D. (1973). A study of the clinical effects of phenelzine and placebo in the treatment of phobic anxiety. *Psychopharmacologia, 32*(3), 237-254.
- Tyson, P. (2000). *Teoría psicoanalítica del desarrollo: Una integración*. Lima: Publicaciones Psicoanalíticas.
- Uytun, M. C., Oztop, D. B., & Esel, E. (2013). Evaluating the attachment behaviour in during puberty and adulthood. *Dusunen Adam, 26*(2), 177-189.
- Uzer, T., & Gulgoz, S. (2015). Socioemotional selectivity in older adults: Evidence from the subjective experience of angry memories. *Memory, 23*(6), 888-900.
- Valderrama, E. & Ulloa, G. (2011). Análisis espectral de parámetros fisiológicos para la detección de emociones. *Revista Sistemas y Telemática, 10*(20), 27-49.
- Valdés, M., Bernardo, M., Segarra, N., Parramón, G., Teresa Plana, M., Rami, L., . . . Bargalló, N. (2008). Somatosensory amplification in schizophrenia is associated with preserved neuropsychological function. [La amplificación somatosensorial en la esquizofrenia está relacionada con la preservación del rendimiento neuropsicológico] *Revista De Psiquiatria y Salud Mental, 1*(1), 3-9.
- Valdés Sánchez, N. (2002). Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. *Terapia psicológica, 20*(2), 139-149.
- Van Boven, A.M. & Espelage, D.L. (2006). Depressive symptoms, coping strategies, and disordered eating among college women. *Journal of Counseling and Development, 84*, 341-348.

- Van Den Eede, F., Haccuria, T., De Venter, M., & Moorkens, G. (2012). Childhood sexual abuse and chronic fatigue syndrome. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 164-165.
- Van der Hart, O., & Friedman, B. (1989). A reader's guide to Pierre Janet on dissociation: A neglected intellectual heritage. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 2(1), 3-16.
- Van der Leeuw, G., Gerrits, M. J., Terluin, B., Numans, M. E., van der Feltz-Cornelis, C. M., van der Horst, H. E., . . . van Marwijk, H. W. J. (2014). The association between somatization and disability in primary care patients. *Journal of Psychosomatic Research* 79(2), 117-122.
- Vega, V. C., Roitman, D., & Barrionuevo, J. A. (2011). Influencias del apego a la madre en el vínculo con los pares en la adolescencia: Diferencias entre una muestra femenina clínica y no clínica. *Anuario De Investigaciones*, 18, 381-388.
- Velasco, S., Ruiz, M., & Álvarez-Dardet, C. (2006). Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: De los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres. *Revista española de salud pública*, 80(4), 317-333.
- Verkuil, B., Brosschot, J. F., Gebhardt, W. A., & Thayer, J. F. (2011). *Perseverative cognition, psychopathology, and somatic health*. New York: Springer.
- Vetere, A. (2004). Editorial: Are we continuing to neglect fathers? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(3), 323-326.
- Vierhaus, M., Lohaus, A., & Ball, J. (2007). Developmental changes in coping: Situational and methodological influences. *Anxiety, stress, and coping*, 20(3), 267-282.
- Villanueva, L., Górriz, A. B., Prado-Gascó, V., & González, R. (2015). The role of emotion awareness and mood: Somatic complaints and social adjustment in late childhood. *Psychology, Health and Medicine*, 20(4), 419-430.
- Vivona, J. M. (2000). Parental attachment styles of late adolescents: Qualities of attachment relationships and consequences for adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 316-329.
- Vorvolakos, T., Samakouri, M., Tripsianis, G., Tsatalmpasidou, E., Arvaniti, A., Terzoudi, A., & Livaditis, M. (2012). Sociodemographic and clinical characteristics of Roma and non-Roma psychiatric outpatients in Greece. *Ethnicity & health*, 17(1-2), 161-169.
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68(1), 129-135.
- Walker, L. S., Dengler-Criss, C. M., Rippel, S., & Bruehl, S. (2010). Functional abdominal pain in childhood and adolescence increases risk for chronic pain in adulthood. *Pain*, 150(3), 568-572.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13-24.
- Waller E, Scheidt CE, Hartmann A. (2004) Attachment representation and illness behaviour in somatoform disorders. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 192(3), 200–209.
- Wallin, D. J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. US: Guilford Press.
- Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(1), 96-107.

- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*, 684-689.
- Waters, H. S., & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment and Human Development*, 8(3), 185-197.
- Waters, E., Weinfield, N. S., & Hamilton, C. E. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: General discussion. *Child development*, 71(3), 703-706.
- Watkins E. R. (2008). The constructive and unconstructive consequences of repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of psychosomatic research*, 27(4), 299-305.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*, 96(2), 234.
- Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 279-288.
- Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W., & Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Patients with Hypochondriasis (Health Anxiety). *Journal of anxiety disorders*.
- Wei, M., Heppner, P. P., & Mallinckrodt, B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology*, 50(4), 438-446.
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T. Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1), 14-27.
- Weiss, J. A., Thomson, K., & Chan, L. (2014). A systematic literature review of emotion regulation measurement in individuals with autism spectrum disorder. *Autism Research*, 7(6), 629-648.
- Wenger, M. A., Jones, F. N., & Jones, M. H. (1962). *Emotional behavior. Emotion: Bodily change*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- Wilkins, C., Baker, R., Bick, D., & Thomas, P. (2009). Emotional processing in childbirth: A predictor of postnatal depression? *British Journal of Midwifery*, 17(3), 154-159.
- Wilkinson, R. B. (2004). The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(6), 479-493.
- Wilkinson, R. B., & Walford, W. A. (2001). Attachment and personality in the psychological health of adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 473-484.
- Williams, D. M., & Evans, D. R. (2014). Current emotion research in health behavior science. *Emotion Review*, 6(3), 277-287.

- Wolraich, M. L., Felice, M. E., & Drotar, D. (1996). *Diagnostic and Statistical Manual for Primary Care. Child and Adolescent Version*. Elk Grove Village, Ill: American Academy of Pediatrics.
- Wollburg, E., Voigt, K., Braukhaus, C., Herzog, A., & Löwe, B. (2013). Construct validity and descriptive validity of somatoform disorders in light of proposed changes for the DSM-5. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 18-24.
- Woolfolk RL, Allen LA. *Treating somatization. A cognitivebehavioral approach*. New York, The Guilford Press; 2007.
- Yárnoz, S. (2006). ¿ Seguimos descuidando a los padres?: El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. *Anales De Psicología*, 22(2), 175-185.
- Yárnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M., & Sainz de Murieta, L. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de psicología*, 17(2), 159-170.
- Yogo M, Ohiro H. (2007) *Emotional processing developments in Japan*. En: Denollet J, Gidron Y, Nyklíček I, Vingerhoets A. (Eds.). *Proceedings of the Fourth International Conference on the (Non) Expression of Emotions in Health and Disease*. The Netherlands: Tilburg.
- Young, J. E., & Brown, G. (1994). Young schema questionnaire. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, 5, 63-76.
- Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child abuse & neglect*, 38(8), 1369-1381.
- Zaccagnini, J. L. (2004). *Qué es la inteligencia emocional. La relación entre pensamientos y sentimientos en la vida cotidiana*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Zack, S. E., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., McAleavey, A. A., Adelman, R., Kraus, D. R., & Pate, G. A. (2015). Attachment history as a moderator of the alliance outcome relationship in adolescents. *Psychotherapy*, 52(2), 258-267.
- Zajonc R. (1984). On the primacy of affect. *American Psychologist*, 39, 117-23.
- Zaragoza Bernal, J. M. (2013). Historia de las emociones: una corriente historiográfica en expansión. *Asclepio*, 65(1), 12-27.
- Zarragoitia, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*, 13(03).
- Zawadzki, M. J. (2015). Rumination is independently associated with poor psychological health: Comparing emotion regulation strategies. *Psychology & Health*, (May), 1-18.
- Zawadzki, M. J., Graham, J. E., & Gerin, W. (2013). Rumination and anxiety mediate the effect of loneliness on depressed mood and sleep quality in college students. *Health Psychology*, 32(2), 212.
- Zhang, F., & Labouvie-Vief, G. (2004). Stability and fluctuation in adult attachment style over a 6-year period. *Attachment & Human Development*, 6(4), 419-437.
- Zelazo, P. D., & Cunningham, W. A. (2007). Executive Function: Mechanisms Underlying Emotion Regulation. En Gross, J. (Ed). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press (pp. 135-158).

- Zimmermann, P. (2004). Attachment representations and characteristics of friendship relations during adolescence. *Journal of Experimental Child Psychology*, 88(1), 83-101.
- Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International journal of behavioral development*, 38(2), 182-194.

## **ANEXOS**

---





ANEXO 1



ANEXO 1. Instrumentos para medir la sintomatología y los trastornos somáticos

IDENTIFICACIÓN DE CASOS Y CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA POR ENTREVISTA				
<i>Nombre Instrumento</i>	<i>Autor(es) y año</i>	<i>Tipo de entrevista</i>	<i>Duración</i>	<i>Fiabilidad y validez</i>
SCID (Structured Clinical Interview)	Spitzer et al., 1992 First et al., 1997	Entrevista diagnóstica semiestructurada	1 hora 30 minutos	Índice kappa: 0,68
DIS (Diagnostic Interview Schedule)	Robins et al., 1981	Entrevista	2 horas	Validez criticada
CIDI (Composite International Diagnostic Interview)	World Health Organization, 1997 Andrew y Peters, 1998	Entrevista diagnóstica estructurada, desarrollada a partir del DIS.	90 minutos	Índice kappa: entre 0,67 y 1.
EPEP (Entrevista psiquiátrica estructurada polivalente)	Lobo et al., 1984	Entrevista diagnóstica estructurada		Índice kappa entre 0,86 y 0,94.
CRIBADO DE POSIBLES CASOS				
<i>Nombre Instrumento</i>	<i>Autor(es) y año</i>	<i>Numero ítems</i>	<i>Punto corte</i>	<i>Fiabilidad y validez</i>
Test de Othmer y Desouza	Othmer y Desouza, 1985	7 síntomas físicos	>2 síntomas	Sensibilidad 88% Especificidad 78%
SOMS (Screening for somatoform disorder)	Rief et al., 1992	53 síntomas físicos	4 síntomas	Fiabilidad test retest: 0,85; Alfa: 0,92
CUANTIFICACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA SOMÁTICA				
<i>Nombre Instrumento</i>	<i>Autor(es) y año</i>	<i>Numero ítems</i>	<i>Fiabilidad y validez</i>	
SA-45 (Symptom Assessment-45)	Sandin et al. 2008 (versión castellano)	45 ítems 9 subescalas	Alfa > 0.80	
SSI (Somatic Symptom Inventory)	Barsky et al., 1900	26 ítems (del SCL-90R y del MMPI)	Alfa: 0.95	
SQ (Symptom Questionnaire)	Kellner, 1987	92 ítems, 5 subescalas	Fiabilidad test retest: 0,77	
BSI (Bradford Somatic Inventory)	Mumford, 1991	46 ítems, 4 subescalas.	Alfa: entre 0,86 y 0,90	



ANEXO 2



ANEXO 2. Aprobación del estudio por parte del Comité Ético de la Universidad de Deusto

**DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE DEUSTO**

Ref: ETK-7/14-15

Tras la valoración del proyecto Estudio de patrones de apego, y su influencia en el desarrollo de trastornos de somatización, que presentan la Dra. Dña. **Begoña Matellanes** y la Dra. Dña. **Ana Estévez**, en calidad de directoras de tesis de **Usue Orbegozo**, investigadora del estudio, el Comité de Ética en la investigación de la Universidad de Deusto, tal y como se hace constar en el acta de la reunión del 23 de septiembre de 2014 en la que se tomó el acuerdo, no encuentra objeción alguna, y califica el proyecto de **APTO**, al considerar que el proyecto cumple con los criterios éticos exigidos para el desarrollo de la investigación y, tal y como se propone en la Memoria Técnica del proyecto, conoce y cumplirá la legislación vigente y otras normas reguladoras, pertinentes al proyecto, en materia de ética relacionadas con el consentimiento informado, guardia y confidencialidad de los datos generados, así como los aspectos éticos derivados de la metodología propuesta en el estudio.

El Comité de Ética para la investigación de la Universidad de Deusto velará por que tanto el proceso de investigación como los procedimientos que exige su desarrollo se ajusten y desarrollen de acuerdo a las consideraciones éticas señaladas en el proyecto, que garantizan la idoneidad ética de la metodología propuesta.

Y para que así conste,



Dra. Cristina de la Cruz Ayuso Responsable de la Comisión de Ética en la investigación de la UD

En Bilbao a 23 de septiembre de 2014





ANEXO 3



### ANEXO 3. Hoja informativa dirigida a los centros que participaron en la investigación

#### HOJA INFORMATIVA

Desde la Universidad de Deusto, se está llevando a cabo una investigación acerca de patrones de crianza, desarrollo emocional y cognitivo, y sintomatología somática en adolescentes. Este estudio tiene como objetivo identificar algunos de los factores intervinientes en los síndromes somáticos en adolescentes y jóvenes adultos, síndromes que tienen una prevalencia cada vez mayor en atención primaria.

Esta investigación se enmarca dentro de DeustoPsych, unidad de investigación, desarrollo e innovación en Psicología y Salud, ubicada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Deusto (Bilbao). Y forma parte del equipo de investigación Evaluación Clínica y de la Salud, como parte de la tesis doctoral de la alumna Usue Orbegozo, dirigida por las doctoras Ana Estevez y Begoña Matellanes. Nos gustaría pedir la colaboración de su centro en la participación de este proyecto.

Necesitaríamos para ello que nos permitieran pasar los cuestionarios necesarios en su centro (INCUIR NOMBRE DEL CENTRO EN CADA CASO), a alumnos/as de entre 16 y 22 años. Los cuestionarios pueden pasarse de forma grupal, en un aula. No se requieren más de 45 minutos para cumplimentar la totalidad de los cuestionarios, y pueden hacerse tanto a papel como de manera online mediante el cuestionario informatizado (para esto haría falta un ordenador con conexión a internet). Los cuestionarios para cuya pasación se solicita permiso, miden variables emocionales, cognitivas, de salud física, y relacionales. Se tratan de cuestionarios autoinformados, a los que contesta el/la propio/a alumno/a mediante una escala tipo Likert con varias opciones de respuesta.

Toda la información facilitada en el cuestionario será completamente anónima. Los datos personales obtenidos serán estrictamente confidenciales. Estos datos, no serán empleados con ningún fin distinto al mencionado previamente, de manera que servirán exclusivamente para el desarrollo de la investigación psicológica.

El centro podrá ser informado a nivel general de los resultados y conclusiones obtenidas en él una vez transcurrido el tiempo necesario para el análisis de los datos. Previo a la pasación de los cuestionarios, y dado que muchos/as alumnos/as serán menores de edad, se les entregará una hoja de consentimiento informado que los padres o tutores deberán cumplimentar y firmar autorizando así a su hijo/a a realizar la tarea mencionada.

En caso de requerir más información, tener alguna duda o comentario, por favor pónganse en contacto con Usue Orbegozo en la siguiente dirección de correo electrónico: **uorbegozo@deusto.es**, o en el siguiente número de teléfono: **944 139 085 ext. 2686**.

## INFORMAZIO ORRIA

Deustuko Unibertsitatetik ikerketa bat ari gara burutzen heziketa patroia, garapen kognitibo eta emozional eta sintomatologia somatikoaren arloan. Ikerketa honen helburua honako hau da: nerabe eta gazte helduek aurkezten duten sindrome somatikoaren garapenean parte hartzen duten faktoreak identifikatzea, sindrome somatiko hauek gero eta garrantzitsuagoak bihurtzen ari baitira lehen mailako arretan.

Ikerketa honek, esan bezala, Deustuko Unibertsitatearen babespean garatzen ari da, DeustoPsych unitatean, psikologia fakultatearen barne. Psikologian lizentziatua den Usue Orbegozoren tesi doktoral baten parte da, Ana Estevez eta Begoña Matellanes irakasleen zuzendaritzapean, eta “Osasunaren Ebaluaketa eta Ebaluaketa Klinikoa” taldearen barne kokatzen da.

Zure zentroaren kolaborazioa eskatzea gustatuko litzaiguke proiektu hau burutu ahal izateko. Horretarako, galde sorta bat pasatzea nahiko genuke (ZENTRUAREN IZENA) ikasleen artean. Galde sorta betetzeko ikasleek 16 eta 22 urte bitartekoak izan behar dira. Adin txikikoei, baimen informatu bat pasatuko zaie gurasoek irakur eta sinatu dezaten. Galde sorta betetzeko 45 minutu nahikoak izango dira, galde sorten pasaketa taldeka egin ahal da gela batea, bai eskuz baita ordenagailuz ere, ordenagailu gela bat erabili ahal izanez gero.

Sortutako galdesorta aldagai emozionalak eta kognitiboak neurtzeaz gain, osasun orokorreko aldagaiak eta aldagai erlazionalak ere neurtzen ditu. Galdesorten formatua norberak erantzutetokoa da, autoinformatua deritzona, Likert eskala baten bitartez.

Galdesorten bitartez emandako informazioa guztiz anonimoa izango da, eta lortutako datu pertsonalak zorrozki konfidentzialak. Datu hauen helburu bakarra ikerketan laguntzea izango da, eta inoiz ez dira erabiliko beste arrazoiatarako. Laguntzaren ordean, zentroak ikerketaren emaitzen eta ondorioen informazio jenerala eskura izango du, betiere emaitzak aztertzeko beharreko denbora igaro ondoren. Esan bezala, galdesortak pasatu baino lehen, adin txikiko ikasleei informatutako baimena emango zaie, guraso edo tutoreak zinatuz, ikaslearen parte hartzea baimenduz.

Edozein motatako informazio gehiago nahi izanez gero, edo edonolako ekarpena egin nahi izanez gero, mesedez Usue Orbegozorekin harremanetan jarri hurrengo helbide elektronikoan: **uorbegozo@deusto.es**, edo hurrengo telefono-zenbakian: **944 139 085, 2686** luzapenean.

ANEXO 4



#### ANEXO 4. Consentimiento informado para participar en la investigación

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo de este estudio consiste en analizar cómo patrones de crianza afectan al desarrollo emocional y cognitivo de los adolescentes. Se pretende así identificar qué factores específicos de este desarrollo podrían causar posteriores síndromes somáticos en adolescentes y jóvenes adultos. Para ello, se precisa la pasación de un cuestionario autoinformado, al que contestarán los/as propios/as alumnos/as. La cumplimentación del cuestionario tendrá lugar en el propio centro, y tendrá una duración máxima de 45 minutos. La pasación puede realizarse tanto online, mediante un cuestionario informatizado, como en papel.

La presente investigación se enmarca dentro de Deusto Psych, unidad de investigación, desarrollo e innovación en Psicología y Salud, ubicada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Deusto (Bilbao). Y forma parte del equipo de investigación Evaluación Clínica y de la Salud.

Toda la **información** facilitada en el cuestionario será completamente **anónima**. Los **datos personales** obtenidos serán estrictamente **confidenciales**. Estos datos, no serán empleados con ningún fin distinto al mencionado previamente, de manera que servirán **exclusivamente para el desarrollo de la investigación** psicológica. **El centro podrá ser informado a nivel general de los resultados y conclusiones obtenidas en él una vez transcurrido el tiempo necesario para el análisis de los datos**. Pueden ponerse en contacto con nosotros en la siguiente dirección de correo electrónico: **uorbegozo@deusto.es**, o en el siguiente número de teléfono: **944 139 085 ext. 2686** (persona de contacto: Usue Orbegozo).

Así mismo, éstos tendrán la posibilidad de preguntar o aclarar cualquier duda o cuestión que pueda suscitarles su participación en el estudio, así como de abandonarlo en cualquier momento o no responder a alguna de las partes si así lo decidieran, y sin necesidad de justificar las razones que les han conducido a tomar dicha decisión.

D./Dña \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_  
tras haber sido informado/a acerca de las cuestiones previamente expuestas, y expresando mi conformidad con ellas, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para que mi hijo/a \_\_\_\_\_ participe en esta investigación.

\_\_\_\_\_ (lugar), a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Fdo.

## BAIMEN INFORMATUA

Ikerketa honen helburu nagusia heziketa eta garapen emozional eta kognitiboaren arteko erlazioa aztertzea da. Beste aldetik, garapen emozional eta kognitibo honen zeintzuk faktore eragina izan dezakete nerabe eta heldu gazteen sindrome somatikoetan. Horretarako, zuen seme/alabeei galde sorta baten pasazioa egiteko baimena eskatzen dizuegu. Galdesortaren luzera 45 minutukoa da, eta norberak erantzungo du. Galdesortean pasaketa zentroan bertan egingo da, taldeka. Galdesorta eskuz bete ahal da eta baita ordenagailuz ere.

Galdesortean bitartez emandako **informazioa** guztiz **anonimoa** izango da, eta lortutako **datu pertsonalak** zorrozki **konfidentzialak**. Datu hauen helburu bakarra ikerketan laguntzea izango da, eta inoiz ez dira erabiliko beste arrazoiatarako. Laguntzaren ordean, **zentroak ikerketaren emaitzen eta ondorioen informazio jenerala eskura izango du, betiere emaitzak aztertzeke beharreko denbora igaro ondoren**. Edozein motatako informazio gehiago nahi izanez gero, edo edonolako ekarpena egin nahi izanez gero, mesedez Usue Orbegozorekin harremanetan jarri hurrengo helbide elektronikoan: **uorbegozo@deusto.es**, edo hurrengo telefono-zenbakian: **944 139 085, 2686** luzapenean.

Era berean, parte hartzen duten ikasleek edonolako zalantzak argitzeko aukera izango dute, eta ikerketari buruzko edo haien parte hartzeari buruzko galderak egiteko aukera ere. Ikerketan parte hartzeari utzi nahi izanez gero, inolako arazorik gabe bertan behera usteko aukera izango dute momentu orotan, inolako justifikazio edo arrazoi eman barik.

Azaltzen ari garen ikerketa, Deustuko Unibertsitatearen babespean garatzen ari da, DeustoPsych unitatean, psikologia fakultatearen barne. Tesi doktoral baten parte da, eta “Osasunaren Ebaluaketa eta Ebaluaketa Klinikoa” taldean kokatzen da.

---

\_\_\_\_\_ jaun/andereak, \_\_\_\_\_ NAN  
zenbakiduna, aurreko informazioa irakurri eta ulertu ondoren, eta haiekiko nire adostasuna  
adieraziz, BAIMENA ematen dut nire seme/alabak \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ikerketa honetan parte hartu dadin.

\_\_\_\_\_ (tokia), 2014ko \_\_\_\_\_ a.

Sinadura:



ANEXO 5



ANEXO 5. Bateria de cuestionarios utilizada ne la recogida de muestra de la investigación

CUESTIONARIO

Nos gustaría pedir tu colaboración para realizar este estudio, en el que tendrás que rellenar los cuestionarios que se presentan a continuación.

Puedes sentirte seguro/a a la hora de contestar porque toda la información que nos facilites es completamente anónima, confidencial y para uso exclusivo de esta investigación.

Es muy importante que contestes con sinceridad, tus respuestas son muy valiosas. No existen respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. Procura contestar a todas las frases, y dar tu propia opinión. Somos conscientes de que contestar a estas preguntas puede suponer un esfuerzo, por eso agradecemos tu colaboración.

Si tienes alguna duda, pregunta o comentario, ponte en contacto con nosotros en la siguiente dirección de email: **uorbegozo@deusto.es**

¡MUCHAS GRACIAS!

CÓDIGO (5 últimas cifras del móvil, para preservar el anonimato de la encuesta):

\_\_\_\_\_

SEXO:  Hombre

Mujer

EDAD: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS: (primarios, secundarios, FP, universitarios, etc.)

\_\_\_\_\_

SITUACIÓN LABORAL: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

¿Padeces alguna enfermedad crónica?  SI  NO

En caso afirmativo, por favor indica cual: \_\_\_\_\_

¿Padeces algún otro problema de salud?  SI  NO

En caso afirmativo, por favor indica cual: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia acudes al médico de cabecera? \_\_\_\_\_

¿Has recibido alguna vez tratamiento psicológico?  SI  NO

## PARTE A

A continuación te presentamos problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. **Piensa si a ti te ha pasado y contesta la siguiente lista:**

	SI	NO
1. ¿Has tenido en el último mes dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?		
2. ¿Has tenido en el último mes sensación de quemazón en los órganos sexuales o en el recto?		
3. ¿Has tenido en el último mes dificultad para recordar lo que habías hecho horas o días antes? (descartando el consumo de drogas o alcohol en ese periodo)		
4. ¿Has tenido en el último mes dificultades para respirar?		
5. ¿Has padecido en el último mes vómitos frecuentes?		
6. ¿Has sufrido en el último mes de forma repetida dolores menstruales intensos?		
7. ¿Has padecido en el último mes dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?		

Lee atentamente la siguiente lista. **Por favor, indica cuánto has experimentado cada uno de estos problemas DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS (INCLUIDO EL DÍA DE HOY).** Para ello ten en cuenta la siguiente valoración:

**0= Nada en absoluto    1=Un poco presente    2= Moderadamente    3=Bastante    4= Mucho**

1. Tener miedo de repente y sin razón.	0	1	2	3	4
2. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logras controlar.	0	1	2	3	4
3. Sentirte solo/a.	0	1	2	3	4
4. Sentirte triste.	0	1	2	3	4
5. No sentir interés por las cosas.	0	1	2	3	4
6. Sentirte nervioso/a o con mucha ansiedad.	0	1	2	3	4
7. La sensación de que los demás no te comprenden o no te hacen caso.	0	1	2	3	4
8. La impresión de que otras personas son poco amistosas o de que tu no les gustas.	0	1	2	3	4
9. Sentirte inferior a los demás.	0	1	2	3	4
10. Dolores musculares.	0	1	2	3	4
11. Sentir calor o frío de repente.	0	1	2	3	4
12. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
13. Sentirte desesperanzado/a con respecto al futuro.	0	1	2	3	4
14. Sentirte débil en alguna parte del cuerpo.	0	1	2	3	4
15. Sentirte preocupado/a, tenso/a o agitado/a.	0	1	2	3	4
16. Pesadez en los brazos o en las piernas.	0	1	2	3	4
17. Sentirte incómodo/a cuando la gente te mira o habla acerca de ti.	0	1	2	3	4
18. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien.	0	1	2	3	4
19. Tener ganas de romper algo.	0	1	2	3	4
20. Sentirte muy cohibido/a delante de otras personas.	0	1	2	3	4
21. Ataques de terror o pánico.	0	1	2	3	4
22. Tener discusiones frecuentes.	0	1	2	3	4
23. Sentirte inquieto/a o intranquilo/a.	0	1	2	3	4
24. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada.	0	1	2	3	4
25. Gritar o tirar cosas.	0	1	2	3	4

Por favor, contesta a las siguientes preguntas sobre tu salud general. Recuerda que sólo debes responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuviste en el pasado. Es importante intentar contestar **TODAS** las preguntas. Muchas gracias.

**EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:**

PARTE A	PARTE B
A.1. ¿Te has sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Has tenido la sensación de que necesitabas reconstituyente?	B.2. ¿Has tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Te has sentido agotado/a y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Te has notado constantemente agobiado/a y en tensión?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Has tenido sensación de que estabas enfermo/a?	B.4. ¿Te has sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado/a?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Has padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Te has asustado o has tenido pánico sin motivo?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Has tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza te va a estallar?	B.6. ¿Has tenido sensación de que todo se te viene encima?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Has tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Te has notado nervioso/a y “a punto de explotar” constantemente?
<input type="checkbox"/> No, en absoluto	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> No más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.

## EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS:

PARTE C	PARTE D
C.1. ¿Te las has arreglado para mantenerte ocupado/a y activo/a?	D.1. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho sueño?
<input type="checkbox"/> Más activo/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Bastante menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
C.2. ¿Te cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Has estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
<input type="checkbox"/> Menos tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho más tiempo que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
C.3. ¿Has tenido la impresión, en conjunto, de que estás haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Has tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
<input type="checkbox"/> Mejor que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho peor que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
C.4. ¿Te has sentido satisfecho/a con tu manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Has pensado en la posibilidad de “quitarte de en medio”?
<input type="checkbox"/> Más satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho/a que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
C.5. ¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Has notado que a veces no puedes hacer nada porque tienes los nervios desquiciados?
<input type="checkbox"/> Más útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual de útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos útil que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
C.6. ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Has notado que deseas estar muerto/a y lejos de todo?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> No, en absoluto
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> No más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Bastante más que lo habitual
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.
C.7. ¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Has notado que la idea de quitarte la vida te viene repentinamente a la cabeza?
<input type="checkbox"/> Más que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, no
<input type="checkbox"/> Igual que lo habitual	<input type="checkbox"/> Me parece que no
<input type="checkbox"/> Menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Se me ha cruzado por la mente
<input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual	<input type="checkbox"/> Claramente, lo he pensado

**PARTE B**

1. Durante la última semana, ¿cuál ha sido la emoción positiva o agradable más intensa que has sentido?.....
2. Durante la última semana, ¿cuál ha sido la emoción negativa o desagradable más intensa que has sentido?.....

El siguiente cuestionario incluye descripciones de cómo te has podido sentir o te has comportado **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA**. Después de leer cada descripción indica, por favor, hasta qué punto se ajusta a ti la descripción durante la última semana, rodeando con un círculo o una aspa uno de los números de la escala. La escala oscila desde **“completamente en desacuerdo” (0)** a **“completamente de acuerdo” (9)**.

1. Me reservé mis sentimientos para mí mismo/a.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

2. Me interfirieron continuamente sentimientos indeseados.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

3. Cuando estuve alterado/a o enfadado/a me fue difícil controlar lo que decía.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

4. Evité mirar cosas desagradables (por ejemplo en la televisión o en los periódicos).									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

5. Mis emociones estaban aplanadas/apagadas.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

6. No podía expresar mis sentimientos.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

7. Las reacciones emocionales que tuve me duraron más de un día.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

## DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA...

8. Reaccioné excesivamente ante lo que la gente dijo o hizo.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

9. Hablar sobre sentimientos negativos hacía que me pareciesen peores.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

10. Tuve la sensación de que mis sentimientos no eran míos.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

11. Me guardé para mí mis sentimientos.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

12. Tuve la tendencia a sentir repentinamente la misma emoción.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

13. Quise desquitarme con alguien.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

14. Traté de hablar solo de cosas agradables.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

15. Me resultó difícil saber si me sentía mal o emocionado/a.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

16. Reprimí mis emociones.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	



### DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA...

17. Me sentí abrumado/a por mis emociones.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

### DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA...

18. Sentí la necesidad de destrozar algo.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

19. No pude soportar sentimientos desagradables.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

20. Parecía estar vacío/a de sentimientos.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

21. Traté de no mostrar mis sentimientos a los demás.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

22. Estuve dándole vueltas a la misma situación emotiva una y otra vez.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

23. Me resultó difícil relajarme.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

24. Me esforcé por evitar cosas que pudieran alterarme.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

25. A veces tuve sensaciones intensas, pero no estoy seguro/a de que fueran emociones.									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Completamente en desacuerdo		En desacuerdo		Ni de acuerdo ni en desacuerdo		De acuerdo		Completamente de acuerdo	

**PARTE C**

Por favor, piensa en una situación difícil que hayas vivido recientemente y responde a cada una de las siguientes afirmaciones teniendo en cuenta esta valoración:

**1= (Casi) nunca      2= Algunas veces      3= Regularmente**  
**4= A menudo      5= (Casi) siempre**

1. Siento que soy el/la responsable de lo que ha ocurrido.	1	2	3	4	5
2. Pienso que básicamente la causa debería de recaer en mí.	1	2	3	4	5
3. Pienso que tengo que aceptar lo que me ha ocurrido.	1	2	3	4	5
4. Pienso que tengo que aceptar la situación.	1	2	3	4	5
5. A menudo pienso sobre cómo me siento acerca de lo que he vivido.	1	2	3	4	5
6. Estoy preocupado/a con lo que pienso y siento sobre lo que he vivido.	1	2	3	4	5
7. Pienso en cosas agradables que no tienen nada que ver con lo que me ha ocurrido.	1	2	3	4	5
8. Pienso en algo agradable en vez de lo que me ocurrió.	1	2	3	4	5
9. Pienso en cómo puedo cambiar la situación.	1	2	3	4	5
10. Pienso en un plan de lo que puedo hacer mejor.	1	2	3	4	5
11. Pienso que puedo aprender algo de la situación.	1	2	3	4	5
12. Pienso que puedo llegar a ser una persona fuerte como resultado de lo que me ha ocurrido.	1	2	3	4	5
13. Creo que no ha sido demasiado malo comparado con otras cosas.	1	2	3	4	5
14. Me digo que existen peores cosas en la vida.	1	2	3	4	5
15. Sigo pensando en lo que terrible que ha sido lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
16. Continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación.	1	2	3	4	5
17. Siento que otras personas son culpables de lo que ha ocurrido.	1	2	3	4	5
18. Siento que básicamente el motivo recae en otras personas.	1	2	3	4	5

## PARTE D

Por favor lee con mucho cuidado las instrucciones de cada una de las partes que se presentan:

### Parte 1.

Esta parte te pregunta acerca de tus sentimientos por tu **madre**, o por la persona que ha sido como tu madre. Si tienes más de una persona que actúe como tu madre (por ejemplo madre natural o adoptiva), responde las preguntas con respecto a la persona que sientes que ha tenido más influencia sobre ti. Para ello, ten en cuenta la siguiente valoración:

**1= Casi nunca/nunca cierto    2= No muy frecuentemente cierto    3= Algunas veces cierto**  
**4= Con frecuencia cierto    5= Casi siempre o siempre cierto**

1. Mi madre respeta mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Siento que mi madre hace un buen trabajo siendo mi madre.	1	2	3	4	5
3. Quisiera haber tenido una madre diferente.	1	2	3	4	5
4. Mi madre me acepta tal como soy.	1	2	3	4	5
5. Me gusta saber la opinión de mi madre cuando hay cosas que me preocupan.	1	2	3	4	5
6. Siento que no tiene sentido que mi madre se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
7. Mi madre sabe cuándo estoy molesto/a por algo.	1	2	3	4	5
8. Me siento avergonzado/a y tonto/a cuando hablo con mi madre sobre mis problemas.	1	2	3	4	5
9. Mi madre espera demasiado de mí.	1	2	3	4	5
10. Cuando estoy con mi madre me enfado fácilmente.	1	2	3	4	5
11. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mi madre se entera.	1	2	3	4	5
12. Cuando discutimos sobre algo, mi madre tiene en cuenta mi punto de vista.	1	2	3	4	5
13. Mi madre confía en mi juicio.	1	2	3	4	5
14. Mi madre tiene sus propios problemas, y por eso yo no la molesto con los míos.	1	2	3	4	5
15. Mi madre me ayuda a entenderme mejor a mí mismo/a.	1	2	3	4	5
16. Le cuento a mi madre sobre mis problemas y dificultades.	1	2	3	4	5
17. Siento rabia hacia mi madre.	1	2	3	4	5
18. Mi madre no me presta mucha atención.	1	2	3	4	5
19. Mi madre me ayuda a hablar sobre mis dificultades.	1	2	3	4	5
20. Mi madre me entiende.	1	2	3	4	5
21. Cuando siento rabia por algo, mi madre trata de ser comprensiva.	1	2	3	4	5
22. Yo confío en mi madre.	1	2	3	4	5
23. Mi madre no entiende por lo que estoy pasando en este momento.	1	2	3	4	5
24. Puedo contar con mi madre cuando necesito desahogarme.	1	2	3	4	5
25. Si mi madre sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.	1	2	3	4	5

## Parte 2.

Esta parte te pregunta acerca de tus sentimientos por tu **padre**, o por la persona que ha sido como tu padre. Si tienes más de una persona que actúe como tu padre (por ejemplo padre natural o adoptivo), responde las preguntas con respecto a la persona que sientes que ha tenido más influencia sobre ti. Para ello, ten en cuenta la siguiente valoración:

**1= Casi nunca/nunca cierto    2= No muy frecuentemente cierto    3= Algunas veces cierto**  
**4= Con frecuencia cierto    5= Casi siempre o siempre cierto**

1. Mi padre respeta mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Siento que mi padre hace un buen trabajo siendo mi padre.	1	2	3	4	5
3. Quisiera haber tenido un padre diferente.	1	2	3	4	5
4. Mi padre me acepta tal como soy.	1	2	3	4	5
5. Me gusta saber la opinión de mi padre cuando hay cosas que me preocupan.	1	2	3	4	5
6. Siento que no tiene sentido que mi padre se dé cuenta de lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
7. Mi padre sabe cuándo estoy molesto/a por algo.	1	2	3	4	5
8. Me siento avergonzado/a y tonto/a cuando hablo con mi padre sobre mis problemas.	1	2	3	4	5
9. Mi padre espera demasiado de mí.	1	2	3	4	5
10. Cuando estoy con mi padre me enfado fácilmente.	1	2	3	4	5
11. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mi padre se entera.	1	2	3	4	5
12. Cuando discutimos sobre algo, mi padre tiene en cuenta mi punto de vista.	1	2	3	4	5
13. Mi padre confía en mi juicio.	1	2	3	4	5
14. Mi padre tiene sus propios problemas, y por eso yo no le molesto con los míos.	1	2	3	4	5
15. Mi padre me ayuda a entenderme mejor a mí mismo/a.	1	2	3	4	5
16. Le cuento a mi padre sobre mis problemas y dificultades.	1	2	3	4	5
17. Siento rabia hacia mi padre.	1	2	3	4	5
18. Mi padre no me presta mucha atención.	1	2	3	4	5
19. Mi padre me ayuda a hablar sobre mis dificultades.	1	2	3	4	5
20. Mi padre me entiende.	1	2	3	4	5
21. Cuando tengo rabia por algo, mi padre trata de ser comprensivo.	1	2	3	4	5
22. Yo confío en mi padre.	1	2	3	4	5
23. Mi padre no entiende por lo que estoy pasando.	1	2	3	4	5
24. Puedo contar con mi padre cuando necesito desahogarme.	1	2	3	4	5
25. Si mi padre sabe que algo me está molestando, me pregunta sobre el tema.	1	2	3	4	5

### Parte 3.

Esta parte te pregunta acerca de tus sentimientos por tus **amigos/as cercanos/as**. Por favor lee cada frase y marca el número que indique mejor cómo de cierta es esta frase para ti en este momento. Para ello, ten en cuenta la siguiente valoración:

**1= Casi nunca/nunca cierto    2= No muy frecuentemente cierto    3= Algunas veces cierto**

**4= Con frecuencia cierto    5= Casi siempre o siempre cierto**

1. Me gusta saber la opinión de mis amigos/as cuando hay cosas que me preocupan.	1	2	3	4	5
2. Mis amigos/as se dan cuenta que estoy molesto/a por algo.	1	2	3	4	5
3. Cuando discutimos sobre algo, mis amigos/as tienen en cuenta mi punto de vista.	1	2	3	4	5
4. Me siento avergonzado/a y tonto/a cuando hablo con mis amigos/as sobre mis problemas.	1	2	3	4	5
5. Desearía tener amigos/as diferentes.	1	2	3	4	5
6. Mis amigos/as me entienden.	1	2	3	4	5
7. Mis amigos/as me animan a hablar sobre mis problemas.	1	2	3	4	5
8. Mis amigos/as me aceptan tal como soy.	1	2	3	4	5
9. Siento que necesito estar en contacto con mis amigos/as mucho más seguido.	1	2	3	4	5
10. Mis amigos/as no entienden por lo que estoy pasando.	1	2	3	4	5
11. Me siento solo/a o aislado/a cuando estoy con mis amigos/as.	1	2	3	4	5
12. Mis amigos/as me escuchan cuando quiero decir algo.	1	2	3	4	5
13. Siento que mis amigos/as son buenos amigos/as.	1	2	3	4	5
14. Me resulta fácil hablar con mis amigos/as.	1	2	3	4	5
15. Cuando siento rabia por algo, mis amigos/as tratan de ser comprensivos.	1	2	3	4	5
16. Mis amigos/as me ayudan a entenderme mejor a mí mismo/a.	1	2	3	4	5
17. Mis amigos/as se preocupan por cómo me siento.	1	2	3	4	5
18. Siento rabia con mis amigos/as.	1	2	3	4	5
19. Puedo contar con mis amigos/as cuando necesito desahogarme.	1	2	3	4	5
20. Yo confío en mis amigos/as.	1	2	3	4	5
21. Mis amigos/as respetan mis sentimientos.	1	2	3	4	5
22. Me siento mal en muchas más ocasiones de las que mis amigos/as se enteran.	1	2	3	4	5
23. Me parece que mis amigos/as están molestos/as conmigo sin razón aparente.	1	2	3	4	5
24. Les puedo contar a mis amigos/as mis problemas y dificultades.	1	2	3	4	5
25. Si mis amigos/as saben que algo me está molestando, me preguntan sobre el tema.	1	2	3	4	5



ANEXO 6





ANEXO 6. Datos psicométricos de la escala original del EPS-25, dividida en cinco factores y la escala total.

	EPS Total $\alpha = 0,92$		EPS Pobre experiencia emocional $\alpha = 0,74$		EPS Signos de emociones no procesadas $\alpha = 0,83$		EPS Supresión $\alpha = 0,88$		EPS Evitación $\alpha = 0,59$		EPS Emociones no reguladas $\alpha = 0,45$	
	<i>r</i>	$\alpha^*$	<i>r</i>	$\alpha^*$	<i>r</i>	$\alpha^*$	<i>r</i>	$\alpha^*$	<i>r</i>	$\alpha^*$	<i>r</i>	$\alpha^*$
EPS1	,46	,90					,74	,85				
EPS2	,64	,90			,60	,82						
EPS3	,45	,90									,41	,27
EPS4	,24	,92							,30	,59		
EPS5	,60	,90	,52	,72								
EPS6	,63	,90					,61	,88				
EPS7	,54	,90			,61	,82						
EPS8	,41	,91									,32	,32
EPS9	,59	,90							,41	,50		
EPS10	,53	,90	,55	,71								
EPS11	,55	,90					,81	,83				
EPS12	,65	,90			,70	,80						
EPS13	,50	,90									,40	,26
EPS14	,23	,92							,29	,59		
EPS15	,54	,90	,56	,71								
EPS16	,65	,90					,70	,86				
EPS17	,70	,90			,68	,80						
EPS18	,43	,90									,38	,26
EPS19	,60	,90							,35	,53		
EPS20	,48	,90	,52	,72								
EPS21	,59	,90					,73	,85				
EPS22	,61	,90			,67	,81						
EPS23	,28	,92									,26	,66
EPS24	,23	,92							,30	,59		
EPS25	,52	,90	,51	,73								

Nota. *r* = correlación total de elementos corregida;  $\alpha^*$  = Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido



ANEXO 7



ANEXO 7. Datos psicométricos de la validación al castellano de EPS-25, compuesta por tres factores y la escala total.

	EPS total $\alpha = 0,92$		EPS 1 $\alpha = 0,77$		EPS 2 $\alpha = 0,85$		EPS 3 $\alpha = 0,85$	
	<i>r</i>	$\alpha^*$	<i>r</i>	$\alpha^*$	<i>r</i>	$\alpha^*$	<i>r</i>	$\alpha^*$
EPS1	,47	,91					,63	,83
EPS2	,65	,91			,75	,82		
EPS3	,45	,91					,56	,83
EPS5	,60	,91	,71	,72				
EPS6	,64	,91					,71	,82
EPS7	,53	,91			,77	,82		
EPS8	,42	,91					,53	,84
EPS9	,58	,91					,61	,83
EPS10	,53	,91	,72	,71				
EPS11	,56	,91					,71	,82
EPS12	,65	,91			,82	,80		
EPS13	,51	,91					,56	,83
EPS15	,54	,91	,74	,71				
EPS16	,65	,91					,73	,82
EPS17	,70	,90			,81	,80		
EPS18	,44	,91					,58	,83
EPS19	,60	,91					,64	,83
EPS20	,49	,91	,72	,72				
EPS21	,60	,91					,71	,82
EPS22	,61	,91			,80	,81		
EPS25	,50	,91	,71	,73				

Nota. *r* = correlación total de elementos corregida;  $\alpha^*$  = Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido. EPS 1 = Experiencia emocional; EPS 2 = Procesamiento emocional; EPS 3 = Control emocional



ANEXO 8





ANEXO 8. Estadísticos descriptivos de las variables de medida según el tipo de apego establecido

Variable	Estilo de apego	Apego Madre		Apego Padre		Apego Iguales	
		Md	D.T.	Md	D.T.	Md	D.T.
Dificultades en el procesamiento emocional (EPS-25)							
<i>Expresión emocional</i>	Seguro	11,08	8,87	11,56	9,52	11,56	9,07
	Ambivalente	15,20	9,29	14,51	8,93	14,83	9,44
	Evitativo	15,36	8,81	15,62	8,98	16,73	8,17
<i>Procesamiento emocional</i>	S	19,53	11,37	18,54	11,51	21,58	11,61
	A	23,02	10,24	22,86	9,99	21,72	10,42
	E	26,48	9,74	26,98	9,65	25,74	9,23
<i>Control emocional</i>	S	35,30	19,58	35,60	20,51	38,82	21,53
	A	46,17	18,56	44,74	17,94	43,79	17,52
	E	52,55	18,73	52,20	19,54	53,30	17,30
<i>Total</i>	S	65,92	35,45	65,70	36,89	71,96	37,78
	A	84,39	34,14	82,12	32,71	80,34	33,56
	E	94,38	31,81	94,81	33,71	95,77	29,87
Estrategias de regulación emo. (CERQ)							
<i>Autoculparse</i>	S	4,38	2,15	4,48	2,20	4,43	2,21
	A	4,62	2,23	4,53	2,23	4,48	2,20
	E	5,05	2,42	5,06	2,34	5,26	2,32
<i>Aceptación</i>	S	7,27	2,27	7,31	2,35	7,36	2,30
	A	7,01	2,30	6,96	2,37	6,94	2,36
	E	7,02	2,65	7,27	2,31	6,89	2,43
<i>Rumiación</i>	S	6,31	2,29	6,09	2,15	6,30	2,23
	A	6,24	2,12	6,23	2,23	6,29	2,19
	E	6,86	2,20	7,19	2,12	6,88	2,21
<i>Centrarse en lo positivo</i>	S	5,36	2,54	5,22	2,31	5,29	2,52
	A	5,16	2,24	5,20	2,32	5,17	2,28
	E	5,06	2,39	5,26	2,60	5,21	2,25
<i>Planificación</i>	S	7,09	2,13	7,22	2,13	6,83	2,31
	A	6,90	2,20	6,76	2,21	7,16	2,08
	E	6,79	2,50	7,07	2,34	6,91	2,31
<i>Reevaluación positiva</i>	S	7,79	2,18	7,79	2,11	7,53	2,24
	A	7,12	2,21	7,04	2,26	7,48	2,18
	E	7,18	2,38	7,41	2,38	6,87	2,33
<i>Poner en perspectiva</i>	S	6,53	2,47	6,62	2,40	6,58	2,56
	A	6,41	2,44	6,35	2,40	6,35	2,38
	E	5,98	2,54	6,19	2,63	5,88	2,38
<i>Catastrofismo</i>	S	4,13	2,24	3,91	2,09	4,15	2,25
	A	4,32	2,27	4,42	2,30	4,35	2,24
	E	4,83	2,47	4,83	2,45	4,84	2,53
<i>Culpar otros</i>	S	3,67	1,92	3,77	1,96	3,87	2,12
	A	7,27	2,27	4,13	2,14	4,04	2,03
	E	7,01	2,30	4,24	2,17	4,36	2,11
Síntomatología somática (SA)							
<i>Somatización</i>	S	4,72	3,93	4,53	4,15	5,29	4,25
	A	5,20	4,03	5,02	3,73	4,65	3,69
	E	5,75	4,27	6,29	4,42	5,54	4,13



ANEXO 9



ANEXO 9. Estadísticos descriptivos de las variables de medida según ausencia y presencia de síntomas somáticos y según edad de la muestra

	Ausencia o Presencia de síntomas somáticos			Edad de la muestra		
		M	D.T.		M	D.T.
<b>Apego (IPPA)</b>						
<i>Apego Madre</i>	Ausencia	93,65	17,28	Adolescentes	92,35	17,02
	Presencia	91,89	18,92	Jóvenes	94,65	18,27
<i>Apego Padre</i>	Ausencia	85,69	19,15	Adolescentes	85,35	18,96
	Presencia	79,47	20,37	Jóvenes	83,47	20,28
<i>Apego Iguales</i>	Ausencia	99,12	14,22	Adolescentes	98,28	14,17
	Presencia	93,65	17,28	Jóvenes	100,31	14,61
<b>Dificultades en el procesamiento emocional (EPS-25)</b>						
<i>Expresión emocional</i>	Ausencia	12,76	9,12	Adolescentes	14,73	9,30
	Presencia	17,93	8,98	Jóvenes	12,30	9,16
<i>Procesamiento emocional</i>	Ausencia	21,04	10,63	Adolescentes	22,84	10,78
	Presencia	28,17	10,01	Jóvenes	21,59	10,97
<i>Control emocional</i>	Ausencia	40,96	19,33	Adolescentes	44,48	18,97
	Presencia	53,00	20,02	Jóvenes	41,23	21,15
<i>Total</i>	Ausencia	74,76	34,59	Adolescentes	82,04	34,76
	Presencia	99,09	34,81	Jóvenes	75,12	36,96
<b>Estrategias de regulación emocional (CERQ)</b>						
<i>Autoculparse</i>	Ausencia	4,43	2,14	Adolescentes	4,75	2,24
	Presencia	5,34	2,53	Jóvenes	4,38	2,22
<i>Aceptación</i>	Ausencia	7,07	2,34	Adolescentes	7,05	2,39
	Presencia	7,33	2,40	Jóvenes	7,23	2,30
<i>Rumiación</i>	Ausencia	6,16	2,16	Adolescentes	6,43	2,18
	Presencia	7,49	2,16	Jóvenes	6,34	2,27
<i>Centrarse en lo positivo</i>	Ausencia	5,21	2,35	Adolescentes	5,12	2,42
	Presencia	5,26	2,50	Jóvenes	5,36	2,30
<i>Planificación</i>	Ausencia	6,95	2,23	Adolescentes	6,92	2,22
	Presencia	7,09	2,21	Jóvenes	7,06	2,24
<i>Reevaluación positiva</i>	Ausencia	7,39	2,22	Adolescentes	7,05	2,27
	Presencia	7,44	2,34	Jóvenes	7,87	2,11
<i>Poner en perspectiva</i>	Ausencia	6,39	2,46	Adolescentes	6,18	2,46
	Presencia	6,29	2,55	Jóvenes	6,62	2,47
<i>Catastrofismo</i>	Ausencia	4,09	2,14	Adolescentes	4,32	2,17
	Presencia	5,46	2,68	Jóvenes	4,35	2,48
<i>Culpar otros</i>	Ausencia	3,94	2,04	Adolescentes	3,92	2,01
	Presencia	4,32	2,28	Jóvenes	4,14	2,18
<b>Sintomatología somática (SA)</b>				Adolescentes	5,07	4,16
<i>Somatización</i>				Jóvenes	5,12	3,87



ANEXO 10





ANEXO 10. *Análisis de componentes principales para las estrategias emocionales.*

	Componente	
	1 <i>(Estrategias negativas)</i>	2 <i>(Estrategias positivas)</i>
Procesamiento emocional	,851	-,049
Control emocional	,832	-,143
Experiencia emocional	,755	-,073
Rumiación	,654	,177
Catastrofismo	,615	-,198
Autoculparse	,487	,176
Culpar a otros	,286	,035
Reevaluación positiva	-,001	,804
Poner en perspectiva	-,004	,757

*Nota.* Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.