



Universidad  
Zaragoza

# Trabajo Fin de Grado

La relación entre el trastorno de estrés  
postraumático y la regulación emocional: una  
revisión sistematizada

*The relationship between post-traumatic stress  
disorder and emotion regulation: a systematized  
review*

Autora

María Aznar García

Directora

Amanda Díaz García

Grado en psicología

Año 2024



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
Universidad Zaragoza

## RESUMEN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno psicológico que puede desarrollarse tras presenciar un fenómeno traumático y afecta a numerosas capacidades personales, entre las cuales se encuentra la regulación emocional (RE). La RE implica la capacidad para controlar las respuestas y comportamientos emocionales, tanto positivos como negativos y puede realizarse de forma adaptativa o desadaptativa. La RE desadaptativa se ha asociado con la gravedad de los síntomas de TEPT. El objetivo de este estudio es explorar los hallazgos obtenidos sobre las estrategias de RE que utilizan las personas que sufren un TEPT. Se ha realizado una revisión sistematizada siguiendo las guías PRISMA y utilizando bases de datos científicas. Se incluyeron un total de 17 artículos. Los resultados indican que hay diferencias significativas en el uso de estrategias de RE desadaptativas entre la población sana y clínica, siendo mayor en ésta última. También muestran que hay diferencias entre la población clínica, utilizando en mayor medida estrategias desadaptativas a mayor severidad de sintomatología. A pesar de esto, no hay una idea establecida sobre la dirección de los efectos de la RE y el TEPT, lo cual indica una línea de investigación futura que mejoraría la eficacia de las intervenciones.

Palabras clave: trastorno de estrés postraumático, estrategias de regulación emocional, terapias e intervenciones.

## ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a psychological disorder that can develop after witnessing a traumatic phenomenon and affects numerous personal abilities, among which is emotion regulation (ER). ER involves the ability to control emotional responses and behaviors, both positive and negative, and can be performed in an adaptive or maladaptive manner. Maladaptive ER has been associated with the severity of PTSD symptoms. The objective of this study is to explore the findings obtained about the ER strategies used by people suffering from PTSD. A systematized review has been carried out following the PRISMA guidelines and using scientific databases. A total of 17 articles were included. The results indicate that there are significant differences in the use of maladaptive ER strategies between the healthy and clinical population, being greater in the latter. They also show that there are differences between the clinical population, using maladaptive strategies to a greater extent with greater severity of symptoms. Despite this, there is no established idea about the direction of the effects of ER and PTSD, which indicates a line of future research that would improve the effectiveness of interventions.

Keywords: post-traumatic stress disorder, emotional regulation strategies, therapies and interventions.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) fue definido como trastorno mental en 1980 en la tercera revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-III-R, 1980, APA). El TEPT está actualmente incluido en los trastornos relacionados con traumas y estresores, una nueva categoría de la quinta edición del DSM-5 (2013) y DSM-5-TR (2022), puesto que en versiones anteriores estaba incluido en los trastornos de ansiedad. Este trastorno se define por cinco criterios principales: a) la persona debe haber estado expuesta a la muerte, amenaza de muerte o algún daño grave real o amenazado; b) el evento traumático se reexperimenta mediante recuerdos indeseados, flashbacks o pesadillas; c) la persona muestra evitación con lo relacionado con el trauma; d) la persona experimenta una alteración a nivel cognitivo y un estado de ánimo negativo y; e) existe una excitación o reactividad que se inicia o empeora después del hecho traumático y que se ve reflejada en irritabilidad, hipervigilancia, conducta agresiva y dificultad para dormir entre otros.

El TEPT puede surgir después de exponerse, presenciar o conocer un evento significativamente estresante (Simos y Berle, 2023). Los estudios muestran que más del 70% de la población adulta experimenta al menos un evento traumático en algún momento de sus vidas, y el 31% experimenta cuatro o más eventos (Shalev et al., 2017).

La prevalencia de este trastorno se encuentra en torno al 3,5% de la población general, pero en los pacientes que sufren un trauma la prevalencia asciende al 14%, aumentando hasta un 30 o 40% entre los que viven situaciones similares a la pandemia de COVID-19, terrorismo, guerras, desastres naturales, etc. (Jiménez et al., 2022). En más del 50% de los casos, el TEPT coexiste con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad o el consumo de sustancias; también se asocia con discapacidad grave, enfermedades médicas y muerte prematura (Shalev et al., 2017).

En relación a los factores de riesgos asociados al TEPT destacan los antecedentes psiquiátricos (personales y familiares), el sexo y el tipo de trauma experimentado por la persona, siendo los más habituales la violación y el crimen violento (Jiménez et al., 2022); por ejemplo la probabilidad de que se desarrolle TEPT para hombres y mujeres es, respectivamente del 65% y el 46% después de una violación, del 2% y el 22% después de una agresión física, y del 6% y el 9% después de un accidente (Shalev et al., 2017). Se han

documentado tasas más altas de TEPT entre personas socialmente desfavorecidas, personas más jóvenes, mujeres, personal militar, agentes de policía y bomberos (Shalev et al., 2017).

A pesar de ser un trastorno potencialmente crónico, la sintomatología del trastorno fluctúa con el tiempo y habitualmente los períodos de mayor gravedad coinciden con factores estresantes tales como enfermedades o transiciones en la vida del individuo (mudanzas, cambios de trabajo, etc.) (Shalev et al., 2017). Además de que hay múltiples factores que afectan al curso del trastorno, éste también es un fenómeno multifactorial que modifica numerosas capacidades y habilidades personales, destacando las alteraciones que se producen en la regulación emocional (RE).

La RE es definida por James Gross en 1999 como un conjunto de procesos en los que las personas influyen, experimentan y expresan las emociones de forma consciente y voluntaria (Gross, 1999). Implica la capacidad para controlar las respuestas y comportamientos emocionales, tanto positivos como negativos; y tal y como han demostrado numerosos estudios, es un factor muy relevante para una buena adaptación psicosocial ya que fomenta el estilo cognitivo adaptativo y la capacidad de toma de decisiones (Kim et al., 2024).

El proceso de regulación de las emociones permite reconocer los antecedentes que posteriormente desencadenan emociones específicas, por lo que este proceso ha sido muy estudiado en distintas disciplinas debido al gran impacto que tienen las emociones en la conducta y en el bienestar de las personas (Kim et al., 2024). Gross clasifica las estrategias de RE según el momento en el que se apliquen, diferenciando tres grupos: aquellas que se inician antes del suceso emocional y se centran en la selección de situaciones, las que tienen lugar al iniciarse el episodio y se caracterizan por la modificación de la situación y las que se producen una vez la emoción se ha emitido (Gross, 1999).

Las estrategias de RE implican numerosos eventos en respuesta a situaciones estresantes tales como la selección de las situaciones a las que enfrentarse (enfrentamiento activo), un aumento de la flexibilidad cognitiva (reevaluación cognitiva) y la capacidad de modulación de respuesta (supresión expresiva); mientras que, la desregulación emocional suele conducir a comportamientos desadaptativos como la rumia y el ensayo repetitivos (Kim et al., 2024). Por tanto, la RE contribuye a un mayor bienestar psicológico porque fomenta la capacidad de abordar de forma eficaz situaciones estresantes, mientras que la desregulación

emocional se asocia con la angustia psicológica y los comportamientos desadaptativos (Kim et al., 2024).

La desregulación emocional es un constructo transdiagnóstico que además de asociarse con un aumento de la psicopatología, se relaciona con la gravedad de los síntomas del TEPT. Junto con la depresión, la ansiedad y el tipo de trauma conforman factores de riesgo para desarrollar un TEPT tras un evento traumático (Rooney et al., 2022).

A tenor de estos hallazgos, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática que resuma los principales hallazgos referentes a las estrategias de RE utilizadas por las personas que sufren un TEPT.

## **MÉTODO**

La Declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para la realización de revisiones sistemáticas y metanálisis se utilizó como guía para llevar a cabo esta revisión sistemática (Moher et al., 2015).

### **Estrategia de búsqueda**

La búsqueda de los artículos se llevó a cabo en distintas fases con el objetivo de abordar primero una visión general del tema y posteriormente, ir especificando respecto al tema tratado. En primer lugar, se realizó una búsqueda sistemática de la literatura utilizando las siguientes bases de datos: Web of Science, Science Direct, Scopus y Alcorze. También se buscaron estudios adicionales de artículos en Google Scholar y referencias de artículos relevantes. Sólo se incluyeron estudios escritos en inglés o español. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda para representar las áreas de: “trastorno de estrés postraumático” y “regulación emocional”, añadiendo sus acrónimos (“TEPT y RE”) y sinónimos como “habilidades de regulación emocional” y “estrategias de regulación emocional”. También se elaboró una búsqueda de estudios donde se llevase a cabo una intervención, añadiendo a los conjuntos anteriores “terapia” o “intervención”. Posteriormente, se seleccionaron aquellos estudios cuyo objetivo principal era, o bien estudiar la relación entre la RE y el TEPT, o bien, analizar la eficacia de las terapias sobre estos conceptos. Por último, se leyeron los artículos completos para determinar si efectivamente los estudios eran relevantes para incluirlos en la revisión y si cumplían los criterios de inclusión. La búsqueda

se limitó a los últimos diez años, entre 2014 y 2024 y se llevó a cabo entre febrero y abril de 2024.

### **Criterios de inclusión**

Los criterios de inclusión utilizados en esta revisión han sido los siguientes: a) artículos publicados en los últimos 10 años (entre 2014 y 2024), b) artículos escritos en inglés o español, con la opción de texto completo disponible, c) artículos que estudien a personas adultas (mayores de 18 años) diagnosticadas o con sintomatología de TEPT, d) artículos que estudien las diferencias de RE antes y después de una intervención psicológica para el TEPT y e) estudios con un tamaño de la muestra igual o mayor a 10 personas. Como criterio de exclusión, aquellos estudios cuyo diseño fuese una revisión sistemática.

### **Extracción de datos**

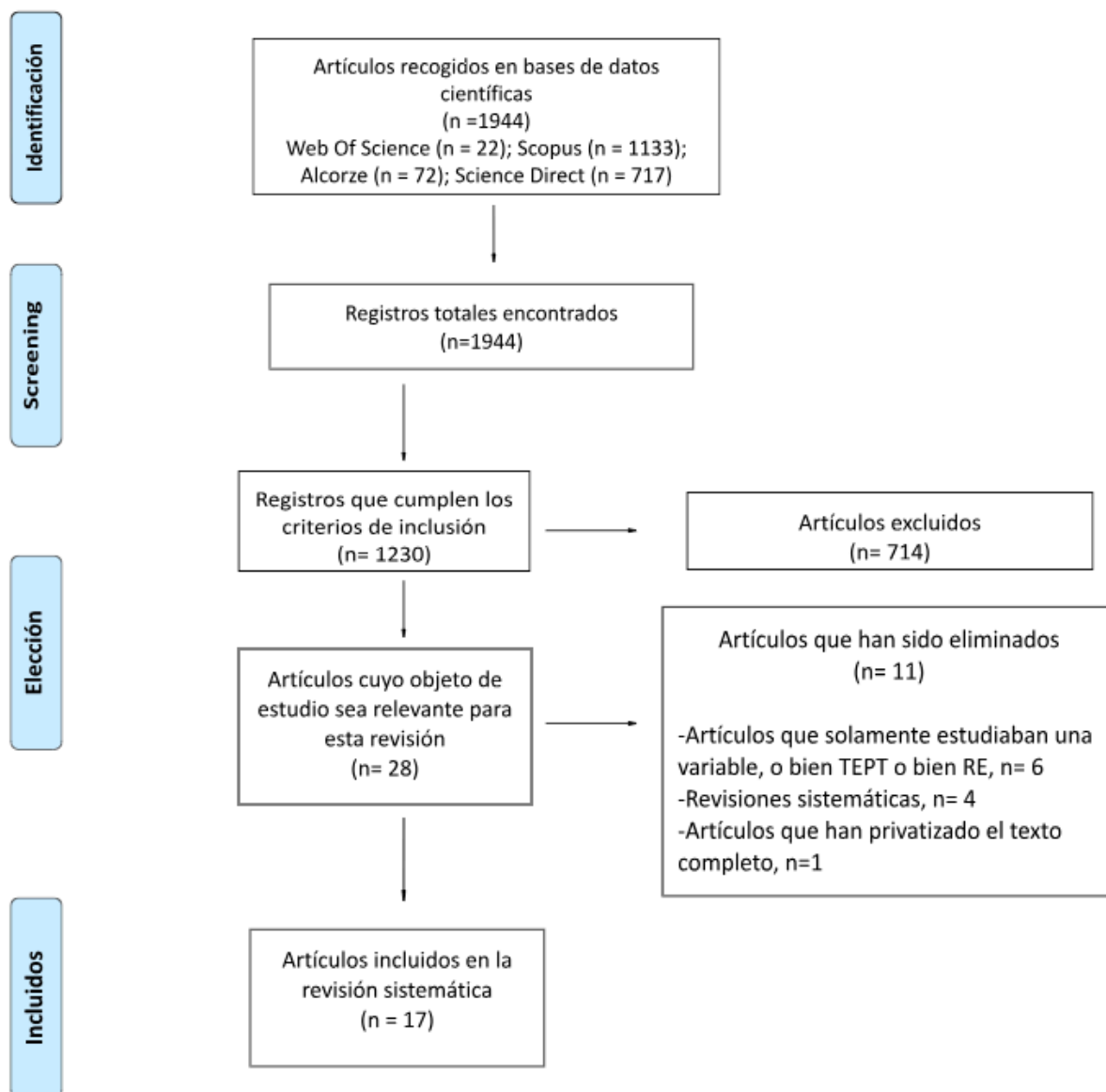
Se realizó la extracción de datos de los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Se extrajeron datos sobre los autores y el año de publicación, los objetivos, las características de la muestra, las hipótesis, las variables medidas, las estrategias de RE estudiadas y los hallazgos clave.

## **RESULTADOS**

### **Selección e inclusión de los estudios**

Se identificaron un total de 1944 estudios mediante búsquedas en bases de datos (Web of Science = 22, Science Direct = 717, Scopus = 1133 y Alcorze = 72). Se examinaron 1230 estudios según el título y el resumen. De estos, se evaluó la elegibilidad de 28 artículos completos, de los cuales 17 fueron seleccionados para su inclusión final en la revisión sistemática. El proceso de selección de estudios se presenta en el diagrama de flujo PRISMA (Figura 1).

Figura 1. PRISMA flowchart para la inclusión de los estudios



### Características de los estudios incluidos

La Tabla 1 del Anexo 1 presenta los resultados fundamentales obtenidos en los estudios tomados en consideración en esta revisión, así como la descripción de las variables abordadas en el proceso de extracción de información de estos estudios y mencionadas anteriormente.

## RESULTADOS

### Análisis principales

En conjunto, los 17 estudios estuvieron conformados por participantes cuya edad superaba los 18 años. Algunos de los artículos no informaron del diagnóstico de TEPT y sólo incluyeron participantes que mostraban síntomas de TEPT (Mathersul et al., 2024; Levy-Gigi et al., 2016; Puechlong et al., 2020 y Jobson et al., 2022), mientras que otros contaban con población clínica con un diagnóstico de TEPT (Jerud et al., 2016; McLean et al., 2019; Hien et al., 2017 y Meuleman et al., 2024). Con estas investigaciones los autores querían examinar la relación entre el trauma o los síntomas del TEPT y las dificultades de RE y, en algunos casos, también comprobar la eficacia de distintas terapias en la mejora de estrategias de RE.

Algunos estudios diferenciaron las estrategias de RE en función de la gravedad de los síntomas (Spikol et al., 2024 y Fine et al., 2021), mientras otros comparaban las estrategias en población sana y clínica (Wen et al., 2024; O'Brien et al., 2023; Lee et al., 2023; Wolkenstein et al., 2022; Ouhmad et al., 2023 y El Moujabber et al., 2023). El objetivo de las primeras investigaciones era estudiar si había diferencias de RE en función de la gravedad de la sintomatología; mientras que los segundos estudios examinaban, además de las diferencias de RE, si una buena RE era un factor protector para no desarrollar TEPT tras un trauma.

Los distintos estudios utilizaron diferentes instrumentos para medir el TEPT (CAPS, PCL-5, PSS-I) y también varios cuestionarios para evaluar distintas estrategias de RE como la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, el control de impulsos, la evitación, la negación, la modulación y la expresión emocional, etc. (RSQ, ERQ, CERQ, DERS, FREE, COPE, RPA, RSQ-10D); además, en algunos casos también midieron otras variables como los rasgos de personalidad, los eventos vitales recientes, los síntomas depresivos, la frecuencia cardíaca, el abuso de sustancias o la resiliencia psicológica, entre otros.

Varias de estas investigaciones han encontrado una relación positiva y significativa entre estrategias disfuncionales de RE y síntomas de TEPT (Jobson et al., 2022; Spikol et al., 2024; Meuleman et al., 2024 y O'Brien et al., 2023). En el caso del estudio de Meuleman et al. (AÑO), los resultados mostraron que los problemas en la RE son relevantes a la hora de explicar el desarrollo y/o el mantenimiento del TEPT, puesto que estas personas hacen una mayor evaluación de la amenaza y sienten, por tanto, que no tienen recursos suficientes para afrontarla, utilizando la supresión emocional y la evitación experiencial para tratar de

controlar sus síntomas. Esto a su vez, inhibe sus capacidades para afrontar los problemas con éxito. En relación con la flexibilidad de la RE, Spikol et al. (2024), encontraron que, una baja flexibilidad, estaba asociada con sintomatología del TEPT, una mayor probabilidad de experimentar un estado de ánimo negativo y con una menor resiliencia rasgo. El estudio de O'Brien et al. (2023), encontró que había diferencias en las estrategias de RE utilizadas en función de la gravedad de la sintomatología del TEPT que padecía la persona, relacionándose los síntomas más severos con un mayor uso de estrategias de desconexión (mayor supresión, distracción y rumia) para manejar las emociones negativas. También se ha estudiado que las diferencias en cuanto a las estrategias de RE pueden verse influidas por la cultura (Jobson et al., 2022), destacando a la cultura occidental por el uso de la supresión, la preocupación, una menor sensación de control y una mayor derrota mental, mientras que a la cultura asiática la caracteriza una mayor capacidad de RE interpersonal.

También son evidentes las diferencias que encontramos en el uso de estrategias de RE utilizadas en una población clínica de personas con TEPT y en una sana. En este sentido, O'Brien et al. (2023) estudiaron el impacto del TEPT en la RE en la vida diaria y obtuvieron que estas personas utilizaban en mayor medida la distracción, la supresión, la rumiación y tenían más dificultades para el manejo de las emociones negativas. Además, también comprobaron que existían diferencias en función de la gravedad del trastorno, siendo las personas que tenían una mayor sintomatología las que informaron niveles más bajos de expresión emocional en respuesta a niveles altos de emociones negativas que experimentan. En contraste con esto, también encontraron que los individuos con TEPT utilizaban niveles similares de reevaluación cognitiva y relajación independientemente de la gravedad de los síntomas. En el estudio de Wolkenstein et al. (2022) se compararon a personas con TEPT y controles sanos respecto a su regulación autoinformada de emociones positivas y negativas y se encontró que los primeros reflexionaban menos en respuesta a emociones positivas, puesto que estos reaccionaban diciéndose a sí mismos que esos sentimientos no iban a perdurar a lo largo del tiempo y no se permitían tener pensamientos positivos sobre ellos mismos.

Estas dificultades en la RE repercuten tanto que hay estudios como el de Moujabber et al. (2023) que han encontrado que trascienden de generación a generación. Esta investigación muestra cómo el TEPT paterno se asocia con niveles más altos de alexitimia, disminución de la reevaluación cognitiva y aumento de supresión expresiva en sus hijos. También encontraron que una mayor edad en la descendencia se asociaba con una menor supresión expresiva, lo que nos puede indicar que las dificultades de RE de los padres influyen más en

los hijos si se encuentran en una etapa temprana del desarrollo, puesto que son su ejemplo principal de aprendizaje.

Otra capacidad de RE que se ha visto afectada en las personas con TEPT es la flexibilidad de selección regulatoria (Levy-Gigi et al., 2016 y Fine et al., 2023). Esta capacidad implica escoger opciones regulatorias que sean adaptativas en función a los eventos que se estén experimentando, de forma que se seleccionen estrategias de desvinculación de la atención en contextos de alta intensidad emocional y estrategias de reevaluación de la situación en contextos de baja intensidad. Levy-Gigi et al. (2016) encontraron que, a diferencia de las personas con TEPT, los individuos sanos se comportaban de manera adaptativa escogiendo aquella estrategia más efectiva. El estudio de Fine et al. (2023) observó que también existe una diferencia en esta capacidad en función de la gravedad de los síntomas de TEPT, siendo aquel grupo de mayor sintomatología el que presenta una flexibilidad de selección regulatoria reducida, lo que indica que los síntomas del TEPT dificultan que la persona desvincule su atención en contextos emocionales de alta intensidad y realice una sobreevaluación constante de la situación.

Algunos estudios han encontrado que una RE adaptativa puede ser un factor protector ante el desarrollo de TEPT en caso de experimentar un trauma. Ouhmad et al. (2023) realizaron un estudio donde participaron mujeres expuestas a trauma y con diagnóstico de TEPT, mujeres expuestas a trauma y sin TEPT y un grupo control. Encontraron que, aquellas que habían sufrido abuso sexual y habían desarrollado un TEPT, utilizaban estrategias de RE más desadaptativas que el resto de grupos, en particular, la autculpa, la rumiación y la dramatización. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas en las estrategias de RE entre el grupo control y el grupo que había sufrido un trauma pero no tenía TEPT. Unos resultados similares obtuvieron Wen et al. (2024), ya que comprobaron que los grupos que utilizaban una mayor diversidad de estrategias de RE ante eventos negativos eran el grupo control y el grupo que había estado expuesto a violencia interpersonal pero no había desarrollado TEPT. Esto puede indicar que aquellas personas que no hayan adquirido una RE adaptativa y tengan repertorios limitados de estrategias regulatorias, al sufrir un trauma, muestren más riesgo de aparición de TEPT, puesto que no tendrán la habilidad de regular eficazmente sus emociones.

Las personas con TEPT se muestran hipervigilantes e hiperreactivos ante estímulos asociados al evento traumático debido a que desarrollan una respuesta de alarma aprendida.

De esta manera, se fortalecen los sentimientos de miedo, se realizan conductas de evitación y se exacerban los síntomas (Puechlong et al., 2020). Algunos estudios muestran que los rasgos de personalidad influyen en el desarrollo del TEPT, siendo aquellos que presentan altos niveles de neuroticismo los más vulnerables a llevar a cabo este aprendizaje debido a la reactividad emocional que los caracteriza. Puechlong et al. (2020) encontraron correlaciones significativas entre el neuroticismo y la intensidad de la sintomatología del TEPT en personas que a causa del desbordamiento de un río habían sufrido una inundación en su casa.

La alta variabilidad de efectos que produce el TEPT y las numerosas áreas que se ven afectadas, resaltan la necesidad de identificar terapias o tratamientos que permitan reducir sus alteraciones y reorientar el curso adaptativo de la vida del individuo (Jerud et al. 2016, Hien et al. 2017, McLean et al. 2019 y Mathersul et al. 2024). En la investigación de Jerud et al. (2016), estudiaron la mejora en la capacidad de RE en una población con TEPT crónico mediante la terapia de exposición prolongada y la sertralina, obteniendo que, independientemente del tratamiento seguido, los individuos que tenían peores estrategias de RE inicial habían mejorado en todos los índices, y además, estos resultados se mantenían a lo largo del tiempo. Hien et al. (2017) estudiaron la diferencia de los efectos de distintas terapias en el TEPT y en la RE en personas con trastorno por abuso de sustancias. Obtuvieron que la desregulación emocional elevada se asoció con una mayor reducción de la gravedad del TEPT en aquellos que habían recibido terapia de exposición prolongada, mientras que aquellos que tenían una desregulación emocional baja y habían recibido terapia de prevención de recaídas presentaban una reducción en el consumo.

Por su parte, McLean et al. (2019), realizaron un estudio en una muestra de militares activos donde, además de analizar los efectos de la terapia de exposición prolongada y la terapia centrada en el presente, estudiaban mediadores de cambio de TEPT como las cogniciones negativas y la RE. Obtuvieron que, independientemente de la terapia recibida, las cogniciones negativas sobre el mundo y uno mismo y la estrategia de RE fueron mediadores significativos del cambio de sintomatología. Sin embargo, observaron que el efecto mediador de la catastrofización fue mayor en la exposición prolongada que en la terapia centrada en el presente, lo que puede indicar que disminuir la idea de lo terrible que fue el trauma impulsa la recuperación en mayor medida que los cambios en las cogniciones negativas. En una investigación posterior, Mathersul et al. (2024) estudiaron el efecto de la terapia de procesamiento cognitivo y la práctica de yoga basada en la respiración en veteranos con síntomas de TEPT clínicamente significativos. Sus resultados mostraron que aquellos que

presentaban peores estrategias de RE antes del tratamiento tuvieron mejoras más significativas de sintomatología de TEPT con la terapia de procesamiento cognitivo, mientras que aquellos que contaban ya con habilidades de RE obtuvieron mejores resultados con la intervención basada en yoga.

## DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática tuvo como objetivo estudiar las estrategias de RE que utilizan las personas con TEPT. En conjunto, los hallazgos indican que las estrategias de RE desadaptativas más comúnmente utilizadas por las personas con TEPT son la supresión expresiva, la autculpa, el catastrofismo, la distracción y la rumiación. Además, dentro de la variabilidad del trastorno, estas estrategias son utilizadas con mayor frecuencia en aquellas personas que muestran una sintomatología más grave.

Sin embargo, a pesar de los diferentes estudios presentados que exponían la relación entre TEPT y RE, las investigaciones no han encontrado resultados concluyentes sobre la dirección de los efectos, puesto que, tal y como muestran los estudios, por un lado, los déficits en las estrategias de RE se asocian con el desarrollo y el mantenimiento de la sintomatología del TEPT y, por otro lado, los síntomas del trastorno desempeñan un papel relevante en el mantenimiento de una RE desadaptativa basada en la supresión emocional y en la evitación experiencial, además de otras (Meuleman et al., 2024). Esta cuestión podría ser un aspecto relevante para estudiar en futuras investigaciones, puesto que muchos profesionales conceptualizan el TEPT como un trastorno de desregulación emocional y temen que las habilidades de RE no mejoren durante su tratamiento, especialmente en aquellos casos en los que hubiese una dificultad en la RE que preexistiera al trastorno (Jerud et al., 2016).

También se han observado algunas discrepancias en los resultados obtenidos en función del contexto en el que se evaluaban las estrategias de RE (O'Brien et al., 2023). Estos autores encontraron niveles similares de reevaluación cognitiva y relajación independientemente de la gravedad del TEPT en situaciones de la vida cotidiana, mientras que en otros estudios en los que se documentaba la RE a través de autoinformes y en entornos de laboratorio sí se han encontrado diferencias. Esto podría sugerir que, al completar encuestas de autoinformes, las personas con TEPT responden de manera sesgada y no

reflejen adecuadamente el uso de estrategias adaptativas de RE, a pesar de que realmente las utilicen en su vida diaria. O'Brien et al. (2023) también recalcan que probablemente las personas con TEPT no sean incapaces de realizar una reevaluación cognitiva, pero muestran preferencia por el uso de estrategias desadaptativas como la supresión, la distracción y la rumia. Es por ello por lo que algunos autores indican que puede ser más relevante clínicamente disminuir el uso de las estrategias desadaptativas e intentar prolongarlas a lo largo del tiempo, en lugar de aumentar las adaptativas (Short et al., 2018).

Otro aspecto estudiado en esta revisión es la eficacia de las terapias psicológicas en el uso de estrategias de RE adaptativas en personas con TEPT. Los hallazgos encontrados indican que la eficacia de las intervenciones está muy ligada con el nivel de habilidad inicial de RE (beneficiándose en mayor medida aquellos con mayores estrategias desadaptativas de base), lo cual insta la necesidad de individualizar el tratamiento psicológico para que se ajuste mejor a su perfil psicológico previo al tratamiento y así facilitar una mejor respuesta terapéutica. Los tratamientos más comúnmente utilizados han sido la terapia de Exposición Prolongada (para reducir la evitación), la Terapia de Aceptación y Compromiso o la Terapia Dialéctico Conductual (con objetivo de aceptar la sintomatología), la terapia Centrada en el Presente (para tratar el trauma sin abordarlo directamente) y la terapia de Procesamiento Cognitivo (con el objetivo de pensar y hablar específicamente sobre sus traumas y eludir la evitación).

Las intervenciones psicológicas tienen una gran relevancia para el tratamiento del TEPT y para el aprendizaje de estrategias de RE adaptativas; sin embargo, el estudio de Jerud et al. (2016) pone de manifiesto que los efectos de las intervenciones en esta población son relativamente desconocidos, probablemente tanto por la escasez de estudios como por la falta de consenso en la dirección de los efectos. Short et al. (2018) coinciden en que es necesaria una mayor investigación sobre la eficacia de las intervenciones acerca de la mejora de RE en personas con TEPT. El estudio de estas medidas también tiene el potencial de promover la investigación de las emociones, mejorar los programas de salud mental y realizar un seguimiento del tratamiento más específico.

Estos hallazgos deben considerarse dentro de las limitaciones de esta revisión. A pesar de que la información previamente expuesta en este trabajo proviene de artículos empíricos publicados en bases de datos científicas, esta revisión no es puramente sistemática debido a que no se han llevado a cabo procedimientos propios de este tipo de trabajos como

son la revisión por pares de los artículos o el análisis del sesgo de error de los mismos. Por otro lado, es posible que la estrategia de búsqueda no haya abarcado todos los artículos relevantes para este trabajo. Además, la exclusión de textos privatizados y artículos no basados en investigaciones empíricas pueden haber dado lugar a una lista incompleta de diferencias de RE entre las distintas poblaciones estudiadas. A pesar de ello, este trabajo ha tratado de ser lo más riguroso posible siguiendo varias medidas publicadas en las guías PRISMA como la búsqueda exhaustiva en bases científicas de artículos empíricos y la posterior elaboración del Flowchart para documentar las etapas de identificación, cribado e inclusión de los mismos.

Considerando los hallazgos generales, este trabajo puede aportar a la literatura científica el análisis de descubrimientos novedosos acerca de la relación entre el TEPT y la RE al incorporar estudios empíricos recientes. Además, permite evaluar esta relación en diversos contextos, dado que incluye estudios que tienen distintos objetivos y que recogen poblaciones diferentes entre sí. Esta revisión también ha recogido datos relevantes y actuales acerca de la efectividad de varias terapias para la mejora de la capacidad de RE en personas con TEPT.

Cabe destacar que el tema abordado en este trabajo tiene numerosas líneas de investigación y todavía quedan muchos aspectos por estudiar. Sería interesante seguir profundizando en el estudio de la efectividad de las terapias para tratar de minimizar las repercusiones del trastorno a las personas afectadas y que aprendan diferentes estrategias adaptativas para manejar los síntomas. También sería relevante seguir investigando sobre la dirección de los efectos entre la RE y el TEPT, debido a que, si se estableciese, tal y como se ha visto en algunos estudios, que una adecuada RE es un factor protector ante el TEPT, se podrían desarrollar programas de prevención en aquellas poblaciones que tengan mayores posibilidades de desarrollar el trastorno (policías, bomberos, militares, etc.). Por otro lado, si se determinase que es una RE desadaptativa la que promueve el mantenimiento del TEPT, los programas de intervención estarían dirigidos a enseñar estrategias adaptativas de RE para tratar de minimizar la sintomatología. Conocer de forma más específica estos aspectos promovería la implantación de técnicas y terapias más especializadas para paliar los síntomas y, en consecuencia, se conseguiría disminuir la afectación del trastorno tanto a quienes lo padecen como a quienes les rodean.

Otro aspecto importante a estudiar en mayor profundidad serían los factores sociales y ambientales con los que cuentan las personas con TEPT, destacando el apoyo social y el contexto cultural en el que se desenvuelven. Estos factores pueden influir de manera significativa tanto en el desarrollo del TEPT como en las estrategias de RE utilizadas, pudiendo favorecerlos o dificultarlos. Además, un estudio más exhaustivo en estos aspectos también podría beneficiar a que los familiares aprendieran a utilizar estrategias adaptativas de comportamiento que fomentasen la mejoría de los síntomas. De esta manera, los familiares podrían contribuir de forma significativa durante la intervención, creando un entorno seguro, comprensivo y adaptativo para la persona con TEPT.

Tal y como se ha mencionado, este trastorno afecta a todas las áreas vitales del usuario y, por tanto, su intervención y sus líneas de investigación futura deben dirigirse a paliar de forma transversal sus efectos. Para ello, es necesario que se continúe investigando sobre este trastorno y sobre las variables a las que afecta, como, por ejemplo, la RE.

## REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (1980). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3ª ed.). Washington: Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Washington: Asociación Estadounidense de Psiquiatría. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed., texto rev.). Washington: Asociación Estadounidense de Psiquiatría. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- El Moujabber, P., Homsy, V., Hallit, S. y Obeid, S. (2023). La generación que vivió/participó en la guerra y la generación que la heredó: asociación entre el trastorno de estrés postraumático de los veteranos y las estrategias de regulación emocional y los niveles de alexitimia de los hijos adultos. *Psiquiatría BMC*, 23(1).
- Fine, N. B., Ben-Aharon, N., Armon, D. B., Seligman, Z., Helpman, L., Bloch, M., ... y Sheppes, G. (2023). Reduced emotion regulatory selection flexibility in post-traumatic stress disorder: converging performance-based evidence from two PTSD populations. *Psychological medicine*, 53(7), 2758-2767.
- Gross, J.J. (1999). Emotion and emotion regulation. *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.), 525-552.
- Hien, DA, López-Castro, T., Papini, S., Gorman, B. y Ruglass, LM (2017). La desregulación de las emociones modera el efecto de la terapia cognitivo-conductual con exposición prolongada para el trastorno de estrés postraumático concurrente y los trastornos por uso de sustancias. *Revista de trastornos de ansiedad*, 52, 53-61.
- Jerud, AB, Pruitt, LD, Zoellner, LA y Feeny, Carolina del Norte (2016). Los efectos de la exposición prolongada y la sertralina sobre la regulación de las emociones en personas con trastorno de estrés postraumático. *Investigación y terapia del comportamiento*, 77, 62-67.
- Jiménez, V. M., Labari, E. P., Company, P. L., y Juan, J. L. (2022). Trastorno por estrés postraumático. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 29(8), 416-421.
- Jobson, L., Haque, S., Abdullah, S. Z., Lee, B., Li, H., Reyneke, T., ... y Liddell, B. (2022). Examining cultural differences in the associations between appraisals and emotion regulation and posttraumatic stress disorder in Malaysian and Australian trauma survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1163.
- Kim, J. H., Chun, J., Kim, J., Ju, H. J., Kim, B. J., Jeong, J., y Lee, D. H. (2024). Emotion regulation from a virtue perspective. *BMC psychology*, 12(1), 11.

- Lee, H., Oh, S., Ha, E., Joo, Y., Suh, C., Kim, Y., ... y Hong, H. (2023). Cerebral cortical thinning in brain regions involved in emotional regulation relates to persistent symptoms in subjects with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 327, 115345.
- Levy-Gigi, E., Bonanno, GA, Shapiro, AR, Richter-Levin, G., Kéri, S. y Sheppes, G. (2016). La flexibilidad reguladora de las emociones arroja luz sobre la difícil relación entre la exposición traumática repetida y los síntomas del trastorno de estrés postraumático. *Ciencia psicológica clínica*, 4(1), 28-39.
- Mathersul, DC, Zeitzer, JM, Schulz-Heik, RJ, Avery, TJ y Bayley, PJ (2024). La regulación de las emociones y la variabilidad de la frecuencia cardíaca pueden identificar el tratamiento óptimo para el trastorno de estrés postraumático: análisis de un ensayo controlado aleatorio. *Fronteras en psiquiatría*, 15.
- McLean, CP, Zang, Y., Gallagher, T., Suzuki, N., Yarvis, JS, Litz, BT, ... y Foa EB. (2019). Las cogniciones relacionadas con el trauma y la regulación de las emociones cognitivas como mediadores del cambio de PTSD entre el personal militar en servicio activo con PTSD que busca tratamiento. *Terapia conductual*, 50(6), 1053-1062.
- Meuleman, E. M., van der Veld, W. M., y van Ee, E. (2024). On the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms during treatment: A test of reciprocity. *Journal of Affective Disorders*, 350, 197-202.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and metaanalysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1-9.  
<https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- O'Brien, H., Kalokerinos, E. K., Felmingham, K., Lau, W., y O'Donnell, M. (2023). Emotion regulation strategy use in PTSD: A daily life study. *Journal of Affective Disorders*, 338, 365-372.
- Ouhmad, N., El-Hage, W. y Combalbert, N. (2023). Cogniciones desadaptativas y regulación de las emociones en el trastorno de estrés postraumático. *Neuropsiquiatría*, 37(2), 65-75.
- Ouhmad, N., El Hage, W. y Combalbert, N. (2023). Regulación de las emociones y funcionamiento ejecutivo en mujeres víctimas de agresión sexual que padecen trastorno de estrés postraumático. *Investigación en psiquiatría*.
- Puechlong, C., Weiss, K., Le Vigouroux, S. y Charbonnier, E. (2020). Papel de los rasgos de personalidad y las estrategias de regulación de las emociones cognitivas en los síntomas del trastorno de estrés postraumático entre las víctimas de inundaciones. *Revista Internacional de Reducción del Riesgo de Desastres*, 50.
- Rooney, E. A., Hallauer, C. J., Xie, H., Shih, C. H., Rapport, D., Elhai, J. D., y Wang, X. (2022). Longitudinal PTSD symptom trajectories: Relative contributions of state anxiety, depression, and emotion dysregulation. *Journal of affective disorders*, 308, 281-288.

Shalev, A., Liberzon, I., y Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *New England journal of medicine*, 376(25), 2459-2469.

Short, N. A., Boffa, J. W., Clancy, K., y Schmidt, N. B. (2018). Effects of emotion regulation strategy use in response to stressors on PTSD symptoms: An ecological momentary assessment study. *Journal of affective disorders*, 230, 77-83.

Simos, A., y Berle, D. (2023). The phenomenology of nightmares in post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(3), 100335.

Spikol, E., McGlinchey, E., Robinson, M., y Armour, C. (2024). Flexible emotional regulation typology: associations with PTSD symptomology and trait resilience. *BMC psychology*, 12(1), 79.

Wen, A., Rao, U., Kinney, K. L., Yoon, K. L., y Morris, M. (2024). Diversity in emotion regulation strategy use: Resilience against posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 172.

Wolkenstein, L., Sommerhoff, A. y Voss, M. (2022). Desregulación de las emociones positivas en el trastorno de estrés postraumático. *Revista de trastornos de ansiedad*, 86.

## Anexo 1

Autores y año	Objetivos	Características de la muestra	Hipótesis	Variables medidas	Estrategias de RE estudiadas	Hallazgos clave
El Moujabber, P., Homsí, V., Hallit, S. y Obeid, S.  Año 2023	Evaluar la relación entre el TEPT de los padres y las estrategias de RE de sus hijos	150 participantes (75 padres y 75 descendientes). Edad promedio: padres (65,37) e hijos (38,49)	El TEPT se asocia con una desregulación emocional de los hijos	1. Lista de verificación de TEPT 2. CES 3. ERQ 4. TAS-20	Se evaluó si los participantes utilizaban la reevaluación cognitiva o la supresión expresiva para regular las emociones	La presencia de TEPT en el padre se correlacionó con un aumento de supresión expresiva y una disminución de reevaluación cognitiva en la descendencia. La mayor edad de la descendencia se asoció con menor supresión expresiva. La descendencia femenina se asociaba con una menor supresión expresiva
Fine, N. B., Ben-Aharon, N., Armon, D. B., Seligman, Z., Helpman, L., Bloch, M., ... y Sheppes, G.	Demostrar déficits en la flexibilidad en la RE en dos poblaciones distintas y en dos estudios distintos que tienen	Primer estudio: 44 personas, 22 con una elevada sintomatología TEPT y 22 con síntomas bajos o mínimos. Edad media de 22,9 y 24,31 años, respectivamente	1. Las poblaciones con TEPT mostrarán una flexibilidad de selección regulatoria reducida que implica un aumento	Primer estudio: 1. PCL-5 2. PHQ-9 3. STAI  Segundo estudio: 1. CAPS 2. PCL-5 y STAI 3. BDI-II	Desconexión-distracción (desconectar la atención produciendo pensamientos neutrales no relacionados) y compromiso-	Se demostró una flexibilidad de selección regulatoria reducida en dos poblaciones con TEPT. Los estudiantes con síntomas altos de TEPT tenían un

Año 2021	sintomatología de TEPT (baja y alta)	Segundo estudio: 62 participantes, 31 con diagnóstico de TEPT (34,2 años de media) y 31 personas de grupo control (31,51 años de media)	disminuido en la preferencia por la distracción (sobre-reevaluación) a medida que la intensidad aumenta de baja a alta	4. LEC	reevaluación (involucrarse en el procesamiento de los estímulos emocionales, pero reinterpretar su significado negativo)	menor aumento en la preferencia por la distracción (sobre-reevaluación) de baja a alta intensidad. Los individuos con TEPT carecen de una RE adaptativa que requiere la desvinculación en contextos de alta intensidad y reevaluación en contextos de baja intensidad
Año 2017	Hien, DA, López-Castro, T., Papini, S., Gorman, B. y Ruglass, LM. Comprobar si la desregulación de las emociones (DE), que contribuye al mantenimiento del TEPT y el trastorno por uso de sustancias (TUS) concurrentes puede ser un	100 participantes que tienen TEPT y trastorno por uso de sustancias (TUS) mayores a 18 años. Fueron asignados al azar a tratamiento concurrente con exposición prolongada (COPE, n= 39), terapia de prevención de recaídas (RPT, n= 43) o un grupo de control de	1. Los déficits en la RE son un moderador significativo en el tratamiento Dada la falta de investigaciones previas sobre tratamientos sobre el impacto de la DE en los resultados de PTSD + TUS, no hicieron una predicción	1. CAPS 2. MPSS-SR 3. SUI 4. DERS	Dificultades en el control de impulsos, incapacidad para dirigirse a objetivos, estrategias de regulación adaptativas, aceptación emocional, claridad y conciencia emocional	Las alteraciones en la RE son evidentes tanto en el TEPT como en el TUS. Aquellos que recibieron COPE o RPT demostraron mejoras en los síntomas de TEPT y TUS en comparación con el grupo de control. Aquellos con alta desregulación emocional tuvieron

	moderador potencial de la respuesta al tratamiento	monitoreo activo (AMCG, n= 28)	direccional			más mejoras en el TEPT en COPE en comparación con la prevención de recaídas para el TUS (al contrario que los de baja)
Jerud, AB, Pruitt, LD, Zoellner, LA y Feeny, NC.  Año 2016	Investigan si la exposición prolongada (PE) y la sertralina influyen en la RE	200 participantes adultos de entre 18 y 65 años con diagnóstico de TEPT crónico	1. Los individuos con mayores dificultades iniciales de RE experimentarían mejoras tras el tratamiento 2. No hubo una hipótesis sólida sobre la eficacia de la PE o la sertralina para mejorar la RE	1. SCID-IV 2. PSS-I 3. ERQ 4. NMR	Supresión expresiva, reevaluación cognitiva y regulación del estado de ánimo negativo	La PE y sertralina produjeron mejoras en la RE. Los cambios no se diferenciaron en función del tipo de tratamiento. Aunque hubo mejoras generales en la RE durante el tratamiento, estas fueron mayores en aquellos con déficits iniciales de RE. La RE previa al tratamiento no se asoció con el TEPT a lo largo del tiempo
Jobson, L., Haque, S., Abdullah, S. Z., Lee, B., Li, H.,	Investigar las diferencias culturales en los tipos de evaluaciones,	Grupo de Malasia (n=121), media de edad 25,48. Grupo de Australia (n=107), media de	1. El grupo de Malasia reportaría mayor fatalismo, adversidad, supresión y RE	1. LEC-5, PCL-5 Y PTCI 2. CBA y fatalismo 3. IERQ y ERQ	Reevaluación, supresión, positividad, capacidad de tomar	Los síntomas de TEPT se asociaron con la autculpa, el yo y el mundo negativo, la supresión

Reyneke, T., ... y Liddell, B.	las estrategias de RE y el TEPT	edad 31,66	interpersonales y menos autoculpabilidad y reevaluación negativa 2. La RE se asocia con los síntomas del TEPT 3. La cultura moderaría la asociación entre RE y TEPT	perspectiva, modelado social y capacidad de calmarse	y creencias culturales; pero no con el fatalismo, reevaluación, toma de perspectiva y modelado social. La población de Australia tenía menor sensación de control, más supresión y preocupación. Los asiáticos se influían más por creencias culturales y utilizaban estrategias de RE interpersonales	
Año 2022						
Lee, H., Oh, S., Ha, E., Joo, Y., Suh, C., Kim, Y., ... y Hong, H.	Investigar las características cerebrales que se relacionan o bien con la persistencia o bien con la recuperación de síntomas de TEPT. Conocer si las estrategias de RE y la resiliencia variaban en	Tres grupos: 112 participantes expuestas a traumas (se dividieron en 78 diagnosticadas con TEPT y 34 sin diagnóstico) y 112 mujeres sanas de la misma edad y no expuestas a traumas. La edad media de los grupos era de 41,2; 39,6 y 41,1 respectivamente	1. Las mujeres expuestas a violencia de pareja con TEPT tendrían déficits en las regiones cerebrales implicadas en la RE (en comparación con las mujeres con trauma y sin TEPT y con las mujeres sanas) 2. Los déficits	1. CAPS 2. Brief-COPE 3. CD-RISC	Se evaluó afrontamiento adaptativo (reencuadre positivo, uso de apoyo emocional, uso de apoyo instrumental, aceptación, humor, afrontamiento activo, religión y planificación) y desadaptativo	El grupo con TEPT utilizó estrategias de RE más desadaptativas y tuvo niveles de resiliencia más bajos. Además, presentaban un adelgazamiento cortical en varias regiones del cerebro involucradas en la RE. Este adelgazamiento se correlacionó con el uso de estrategias de
Año 2023						

	función de los síntomas del TEPT		cerebrales se relacionarían con las estrategias de RE y la resiliencia		(negación, culpa, desahogo, distracción, desvinculación conductual y uso de sustancias)	RE desadaptativas, mientras que la reducción del grosor en la ínsula se asoció con una menor resiliencia
Levy-Gigi, E., Bonanno, GA, Shapiro, AR, Richter-Levin, G., Kéri, S. y Sheppes, G. Año 2016	Evidenciar la relación entre la exposición al trauma y los síntomas de TEPT teniendo en cuenta la flexibilidad regulatoria	69 bomberos en servicio activo con una media de edad de 36,66 años	1. La flexibilidad regulatoria baja se correlaciona positivamente con la exposición traumática y los síntomas de TEPT	1. Tarea de elección de RE 2. Exposición al trauma	Se estudia el empleo y la elección entre distracción y reevaluación	La asociación entre la exposición traumática y el desarrollo de TEPT fueron moderados por la capacidad de flexibilidad regulatoria. Las personas con escasa flexibilidad regulatoria desarrollaron síntomas de TEPT con la exposición repetida al trauma, mientras que aquellos con flexibilidad no sufrieron cambios a pesar de la exposición
Mathersul, DC, Zeitzer, JM, Schulz-Heik,	Explorar si la RE y la variabilidad de la frecuencia	85 veteranos designados al azar o bien a terapia de procesamiento	1. La RE inicial más deficiente predice un mejor resultado de	1. PCL-C 2. DERS 3. Variabilidad del ritmo cardíaco	No aceptación, metas, impulso, conciencia, estrategias y	Tanto CPT como SKY mejoraron la RE autoinformada. Las personas con más

RJ, Avery, TJ y Bayley, PJ.  Año 2024	cardíaca (VFC) son predictores o moderadores del resultado del tratamiento de TEPT	cognitivo (CPT), media de edad de 56,4; o bien a una práctica de yoga basada en la respiración (SKY), edad media de 57,4	TEPT, independientemen te de la terapia. 2. La variabilidad de la frecuencia cardíaca fuera un predictor no específico del resultado. 3. Una RE y una VFC más bajas al inicio predicen una mejoría de síntomas con terapia de procesamiento cognitivo 4. Una VFC más elevada predice mejor resultado con la práctica basada en la respiración	mediante monitores	claridad de respuestas emocionales	dificultades de RE al inicio del tratamiento se asociaron con mejoras más significativas con CPT que con SKY
McLean, C.P.; Zang, Y.; Gallagher, T.; Suzuki, N.; Yarvis, J.S.; Litz, B.T.; Mintz, J.; Peterson,	Probar como mediadores del cambio de TEPT a las cogniciones negativas y la RE durante la terapia de	216 militares en servicio activo diagnosticados de TEPT con una edad de entre 18 y 65 años. Asignados al azar a 10 sesiones de	1. El cambio de las cogniciones negativas se asocia con el cambio de la sintomatología tanto en PE como en PCT	1. PSS-I 2. PTCI 3. CERQ-Short	Se midieron nueve subescalas: autoculparse, culpar a los demás, cavilación, catastrofismo,	Las cogniciones negativas relacionadas con el trauma se asociaron con reducciones de la sintomatología del TEPT. Las cogniciones negativas

A.L. y Foa E.B.  Año 2019	exposición prolongada (PE) o la terapia centrada en el presente (PCT)	Spaced-PE (PE) o 10 sesiones de PCT.	2. El cambio de RE se asocia con el cambio de la sintomatología tanto en PE como en PCT 3. El cambio en las cogniciones negativas mediará en mayor medida que la RE para PE y PCT la sintomatología		reenfoque positivo, planificación, reevaluación positiva, puesta en perspectiva y aceptación.	sobre el mundo y sobre uno mismo y el catastrofismo fueron mediadores del cambio tanto en aquellos que recibieron PE como PCT. La catastrofización supuso un efecto mediador más fuerte en PE que en PCT
Meuleman, E. M., van der Veld, W. M., y van Ee, E.  Año 2024	Investigar la relación recíproca entre los síntomas de TEPT y las dificultades de RE en una población clínica	293 pacientes en tratamiento de TEPT, edad media de 44,9 años	Existencia de una reciprocidad entre los síntomas de TEPT y los problemas para la RE, de tal manera que una variación en los síntomas de TEPT afecta también a la RE	1. PCL-5 2. DERS-16	No aceptación de las respuestas emocionales, control de impulsos y metas, estrategias para regular las emociones y claridad de respuestas emocionales	Encontraron un efecto significativo (aunque no reciprocidad) de las dificultades de RE sobre el TEPT. Esto sugiere que las estrategias de RE desadaptativas predicen el mantenimiento del TEPT
O'Brien, H., Kalokerinos, E. K., Felmingham, K., Lau, W.,	Estudiar la interacción entre el TEPT, el contexto y la respuesta	Dos grupos, una muestra clínica de TEPT (n= 44) y un grupo control de n= 35. Edades	Una mayor gravedad de TEPT se asocia con supresión, distracción y	1. LEC-5 2. PCL-5 3. RESS-EMA	Relajación, expresión, supresión, distracción, reevaluación	La gravedad de TEPT predijo el mayor empleo de distracción, supresión, rumiación

y O'Donnell, M.  Año 2023	emocional. Comprender si la gravedad del TEPT se relaciona con las estrategias de RE y si la asociación entre TEPT y RE es independiente de la intensidad de las emociones	comprendidas entre los 18 y 74 años (media de 35,49)	rumia (es decir, RE disfuncional)	cognitiva y rumia	y menor capacidad de manejo de las emociones negativas. Las personas con mayor gravedad de TEPT tenían niveles más bajos de expresión a emociones negativas. Encontraron niveles similares de reevaluación cognitiva y relajación en la vida diaria independientemente de la gravedad del TEPT	
Ouhmad, N., El-Hage, W. y Combalbert, N.  Año 2023	Estudiar las variables de RE, distorsiones cognitivas y TEPT y la posible relación que haya entre ellas	180 personas que se dividieron en grupos. Grupo 1 (n= 60, edad media 35,86) diagnosticados con TEPT. Grupo 2 (n=60, edad media 34) expuestos a trauma sin TEPT. Grupo 3 (n=60, edad media 34,28) sin antecedentes de trauma	1. La sintomatología TEPT se correlaciona con distorsiones cognitivas y estrategias de RE desadaptativas 2. Las distorsiones cognitivas en TEPT se correlacionan con una RE desadaptativa	1. LEC-5 2. PCL-5 3. DES-T 4. CERQ 5. EDC-A	Se evaluaron estrategias adaptativas (aceptación, reenfoque positivo y en la planificación, reevaluación positiva y perspectiva) y desadaptativas (culparse a uno mismo, rumia, catastrofización)	Se obtuvieron correlaciones positivas entre la gravedad del TEPT y las estrategias desadaptativas de RE y la aceptación. Las distorsiones cognitivas negativas se correlacionaban positivamente con las estrategias de RE desadaptativas. Las dificultades

					y culpar a los demás)	asociadas con estas distorsiones aumentan con la gravedad de los síntomas del TEPT
Ouhmad, N., El-Hage, W. y Combalbert, N.  Año 2023	Evaluar las estrategias de RE que utilizan las mujeres que han sido víctimas de violencia de género	101 mujeres divididas en tres grupos: 44 víctimas de agresión sexual con PTSD, 25 víctimas de agresión sexual sin PTSD y 32 controles. La edad media de la muestra era de 30,8 años	1. La gravedad del TEPT se correlaciona de forma positiva con los déficits ejecutivos 2. Las víctimas utilizan una RE desadaptativa 3. Las estrategias de RE desadaptativas se correlacionan de forma positiva con los déficits ejecutivos	1. PCL-5 2. Cuestionario de regulación de las emociones cognitivas 3. Funciones ejecutivas (test N-back) 4. Memoria de trabajo (Trail Making Test) 5. Capacidad de inhibición (Emotional Stroop test)	Estrategias desadaptativas, auto-culpa, rumia y dramatización	El grupo abusado sexualmente con TEPT tenía funciones ejecutivas más pobres que el resto. Hubo similitudes entre los grupos expuestos con y sin TEPT en cuanto a la inhibición. El grupo de mujeres TEPT y abusadas sexualmente utilizó estrategias de RE más desadaptativas que el resto. Se obtuvo una correlación positiva entre las estrategias desadaptativas de RE y los déficits ejecutivos
Puechlong, C., Weiss, K., Le	Estudiar la relación entre los rasgos de	67 víctimas de inundaciones (35 mujeres y 32	1. A mayor inestabilidad emocional, mayor	1. PCL-5 2. Los rasgos de personalidad (Big	Se evaluaron estrategias no adaptativas	A mayor inestabilidad emocional (con alto

Vigouroux, S. y Charbonnier, E.	personalidad y la RE en la sintomatología de TEPT	hombres), de edades comprendidas entre 22 y 88 años (media de edad de 55,81)	puntuación de síntomas de TEPT 2. Mayor uso de catastrofismo, rumiación y culpa a otros se relaciona con mayores síntomas TEPT 3. Los participantes con mayores síntomas de TEPT son aquellos que son emocionalmente inestables y que utilizan estrategias desadaptativas	Five) 3. CERQ	(culparse a uno mismo, catastrofización, culpar a los demás y rumia) y adaptativas (adaptación, reenfoque positivo, reevaluación positiva, reorientación de la planificación y tener perspectiva)	neuroticismo), de mayor intensidad eran sus síntomas de TEPT. Cuanto mayor era el uso de la rumia y el catastrofismo, mayores eran sus puntuaciones de síntomas. La variable “poner en perspectiva” y la reevaluación positiva se asociaron negativamente con el TEPT. El neuroticismo elevado es un factor de riesgo para el desarrollo del TEPT.
Año 2020						
Spikol, E., McGlinchey, E., Robinson, M., y Armour, C.	Explorar la relación entre la capacidad de RE, la flexibilidad de RE, la sensibilidad al contexto, la resiliencia y el TEPT	563 residentes de Reino Unido mayores de 18 años que posteriormente fueron divididos en función de su flexibilidad emocional	Comprobar que la flexibilidad de RE es un factor que contribuye tanto a la capacidad de resiliencia como a la experiencia/gravedad de los síntomas de angustia del TEPT	1. LEC-5 2. DERS 3. FREE 4. CSI 5. CD-RISC-10	Acceso limitado a estrategias de RE, no aceptación, impulsos, metas, falta de conciencia y claridad emocional	Las diferencias de RE entre los grupos fueron en limitación de estrategias, no aceptación, impulsos, metas y claridad. Fueron similares en expresión y supresión de emociones. Los miembros de baja flexibilidad
Año 2024						

						tenían más probabilidades de ser jóvenes, hombres, baja resiliencia, estado de ánimo negativo e hiperactivación
Wen, A., Rao, U., Kinney, K. L., Yoon, K. L., y Morris, M.  Año 2024	Estudiar si existe una diferencia en la RE entre personas que desarrollan TEPT y las que no tras una violencia de pareja. Comprobar también si sobre esto la variable de tener eventos vitales recientes (tanto positivos como negativos) influye en la RE	Tres grupos, uno de mujeres sin antecedentes de violencia de pareja o eventos traumáticos en el último año (n= 41, edad media de 24,10) y otro de mujeres que habían experimentado violencia en su pareja hacía menos de tres meses (n= 59). Este último se dividía entre aquellas que habían desarrollado TEPT (n= 22, edad media 24,24) y las que no (n= 37, edad media 23,35)	1. La diversidad de RE varía entre las personas que desarrollaron TEPT después de la violencia de pareja. Más eventos de vida negativos se asociarían con una mayor diversidad de RE para las personas que no desarrollaron TEPT, pero con una menor para los que lo desarrollaron	1. CTQ 2. CAPS 3. PCL-5 4. RSQ 5. PES	Compromiso de control primario (resolución de problemas, modulación emocional, expresión emocional), compromiso de control secundario (pensamiento positivo, reestructuración cognitiva, aceptación, distracción) y desvinculación (evitación, negación, ilusiones)	Experimentar más eventos de la vida negativos se asoció con mayor diversidad de RE para aquellas sin IPV y con IPV sin TEPT, pero no para las personas con TEPT. Las personas con escasas estrategias de RE durante estos períodos son menos capaces de regular eficazmente sus emociones, aumentando el riesgo de aparición de TEPT. Durante los períodos con eventos de vida positivos, la diversidad de RE no se asoció con el grupo

---

<p>Wolkenstein, L., Sommerhoff, A. y Voss, M. Año 2022</p>	<p>Estudiar la diferencia en el manejo de las emociones entre personas con TEPT y población sana. Observar si la RE positiva se asocia con la gravedad de los síntomas de TEPT más allá de los síntomas depresivos y la rumiación negativa</p>	<p>117 participantes, 59 con TEPT (media de edad de 37,56) y 58 controles (media de edad de 29,12)</p>	<p>1. Las personas con TEPT muestran mayor regulación negativa de las emociones positivas (amortiguamiento) y menor regulación positiva de las emociones positivas (rumiación positiva) 2. Las personas con TEPT muestran una regulación más desviada de las emociones negativas en comparación con los controles sanos</p>	<p>1. CAPS-5 y PCL-5 2. RPA 3. DERS, RSQ-10D y IDS-SR</p>	<p>En emociones positivas: rumia positiva (refleja pensamientos recurrentes sobre cualidades personales positivas y experiencias afectivas positivas) y amortiguamiento (minimizar o incluso eliminar la intensidad y duración de las experiencias emocionales positivas centrándose en información negativa). En emociones negativas: falta de conciencia emocional, falta de claridad emocional, no aceptación, dificultades para iniciar conductas</p>	<p>Los pacientes con TEPT amortiguan más las emociones positivas y reflexionan menos sobre ellas que el grupo control. Regulan a la baja las emociones positivas (por ejemplo, diciéndose a sí mismos que estos sentimientos no durarán). Los participantes que muestran menos rumiación a emociones positivas reportan una mayor gravedad de sintomatología</p>
--	--	--	---	---	---	--

---

---

dirigidas a  
objetivos,  
dificultades para  
controlar las  
conductas  
cuando se  
experimenta  
angustia  
emocional y falta  
de estrategias de  
regulación de  
emociones

---

Nota. Los estudios están presentados por orden alfabético del apellido de sus autores. CES (Combat Exposure Scale): escala de exposición al combate. ERQ (Emotional Regulation Questionnaire): cuestionario de RE. TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale): escala de alexitimia de Toronto. PCL-5 (Post-traumatic Checklist): lista de verificación postraumática. PHQ-9 (Patient Health Questionnaire): cuestionario de salud del paciente. STAI (State-trait Anxiety Inventory): inventario de ansiedad rasgo-estado. CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale): escala diagnóstica de TEPT. BDI-II (Beck Depression Inventory): inventario de depresión de Beck. LEC-5 (Life Events Checklist): lista de verificación de acontecimientos de la vida. SCID-IV (Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders with psychotic screen): trastornos del eje I del DSM-IV con detección psicótica. PSS-I (PTSD symptom scale-interview): escala de medición de síntomas de TEPT. NMR (Negative mood regulation scale): escala de regulación del estado de ánimo negativo. PTCI (PostTraumatic Cognitions Inventory): cuestionario de cogniciones post-traumáticas. CBA (Chinese Cultural Beliefs about Adversity Scale): escala de creencias culturales sobre la adversidad. IERQ (Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire): cuestionario de RE interpersonal. MPSS-SR (modified PTSD Symptom Scale Self-Report): escala de síntomas de TEPT. SUI (Substance Use Inventory): inventario de uso de sustancias. DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale): escala de dificultades en la regulación de las emociones. Brief-COPE (brief version of the Coping Orientation to Problems Experienced): escala de

estrategias de afrontamiento. CD-RISC (Connor-Davidson Resilience Scale): escala de niveles de resiliencia. PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version): lista de verificación de TEPT versión civil. CERQ-short (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire–Short): cuestionario breve de RE cognitiva. RESS-EMA (Emotion Regulation: The Regulating Emotion Systems in Everyday Life): cuestionario de sistemas diarios de RE. DES-T (Dissociative Experiences Scale): escala de experiencias disociativas. EDC-A (Cognitive Distortions Scale for Adults): escala de distorsiones cognitivas en adultos. FREE (Flexible Regulation of Emotional Expression Scale): flexibilidad de la regulación de las emociones. CSI (Context Sensitivity Index): sensibilidad al contexto. CD-RISC-10 (Connor Davidson Resilience Scale): escala de resiliencia psicológica. CTQ (Childhood Trauma Questionnaire): cuestionario de exposición previa al trauma. RSQ (Responses to Stress Questionnaire): cuestionario de respuestas al estrés para adultos jóvenes. PES (Perceived Events Scale): escala de acontecimientos recientes de la vida. RPA (Responses to Positive Affect Questionnaire): cuestionario de regulación positiva de las emociones. IDS-SR (Inventory of Depressive Symptomatology): inventario de síntomas depresivos.