



*Facultad de Ciencias de la Salud*

**REGULACIÓN EMOCIONAL Y ALEXITIMIA EN LA INFANCIA.  
EVALUACIÓN, INFLUENCIA PATERNA Y RELACIÓN CON LA  
CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR**

**TESIS DOCTORAL**

**Esther Castañeda López**

Dirigida por:

**Cecilia Peñacoba Puente**

*Departamento de Medicina y Cirugía, Psicología, Medicina Preventiva y Salud Pública e  
Inmunología, Microbiología Médica y Enfermería y Estomatología.*

Madrid, 2016



DÑA. CECILIA PEÑACOB A PUENTE, PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA, PSICOLOGÍA, MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA E INMUNOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA MÉDICA Y ENFERMERÍA Y ESTOMATOLOGÍA

CERTIFICA:

Que el proyecto de tesis doctoral titulado: “Regulación emocional y alexitimia en la infancia. Evaluación, influencia paterna y relación con la calidad de vida y bienestar”, ha sido realizado bajo mi dirección por la Licenciada en Psicología y Diplomada en Terapia Ocupacional, Dña. Esther Castañeda López, y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Alcorcón, a 29 de abril de 2016

*Edo. Dra. Cecilia Peñacoba Puente*



*“Si bien buscas, encontrarás”*

Platón



# Agradecimientos





La primera persona a la que tengo que agradecer que esta tesis vea la luz, es a mi madre Pilar. Mamá, te debo todo lo que soy y esta tesis es parte de esa dedicación sin medida hacia mí. Gracias mamá, sobre todo por tu amor incondicional, tu comprensión, tu paciencia y tu esfuerzo en mi educación. Has conseguido que yo sea muy feliz, el mayor tesoro de la vida, y me lo has dado tú, te quiero tanto... Has estado muy presente en esta tesis, porque además de acompañarme en el camino, te he encargado cantidad de tareas complicadas que siempre has resuelto sin problema y con tu mejor cara, estoy muy orgullosa de ti. Nunca te he visto decaer si se trataba de mí, porque siempre, siempre, has estado dispuesta a ayudarme, a acompañarme, a socorrerme, se tratara de lo que se tratara. Gracias por tu amor eterno y por lo que serías capaz de hacer si te lo pidiera.

A mi padre, Lolu, al que quiero con locura, también tengo que agradecerle tanto... Ha inculcado en mí millones de valores personales como el esfuerzo, la lealtad, la disciplina, la honestidad, y tantos otros por los cuales, entre otras cosas, puedo estar presentando esta tesis. Es la persona con mejor corazón que he conocido nunca, y sé que toda esa bondad y amor la ha derrochado sin medida conmigo. Me siento tan plena y tan feliz por tenerte a mi lado en ocasiones como ésta, que no concibo todos los momentos buenos de mi vida, sin que estés tú conmigo.

A mi hermana, Helen, porque sé que sólo hace falta que mueva un dedo para que estés la primera de la fila para ayudarme en lo que necesite. Siempre has sido y eres un gran referente para mí, gracias. Te necesito a mi lado en momentos como éste y por muchos años.

A Saúl, por presentarme fácil todo lo que yo veía difícil, por apoyarme siempre aunque mis decisiones fueran arriesgadas, por estar conmigo y animarme en mis

momentos más bajos, por enseñarme a ser más exigente y más positiva, gracias por valorarme tanto y por quitar de mi camino muchas limitaciones que me bloqueaban. Qué importante eres en mi vida, gracias por quererme.

A Nilo, fuente de toda mi energía y principal motivo de mi existencia. No sé cómo he podido vivir tantos años sin ti. Aunque los días se hayan hecho más cortos desde que llegaste a mí, paradójicamente tú has sido el motor que ha conseguido que acabara este trabajo. Hubo un momento en los que esta tesis se quedó paralizada y fue por tu llegada al mundo, pero de la misma manera has conseguido sacarla del pozo, gracias mi vida.

Por supuesto a Cecilia Peñacoba, mi directora de tesis, por su implicación, por todo lo que me ha aguantado, por todo su ánimo, por toda su sapiencia. Gracias por ser como eres y ayudarme tanto, a nivel personal y profesional. Siempre has confiado en mí y has tenido las palabras oportunas en cada momento, tanto en los buenos como en aquellos en los que estaba más decaída, que como bien sabes, han sido muchos. Siempre consigues que me sienta motivada para seguir, pero nunca te he visto la varita mágica, ¿cómo lo haces? Cada año que pasa, va aumentando mi admiración hacia ti, y lo mejor de todo, es que esa gran admiración no es sólo profesional, sino también personal. No podría haber tenido una mejor directora de tesis, mil gracias Cecilia.

A mis amigas y colegas de profesión, mis chicas. Tengo mucho que agradecerlas desde hace muchos años, pero en el desarrollo de esta tesis han estado apoyándome, como lo hacen siempre. Gracias por vuestros ánimos, os quiero mucho chicas.

A Luis, “mi querido profe de educación física”, por su plena disposición a ayudarme. Significa mucho para mí que “nos” trates así Luis, gracias.

A José y Nuria por ayudarme en el difícil proceso de encontrar muestra, gracias.

Y también, por supuesto, agradecer a los centros participantes, sus profesores, sus familias y sobre todo a los niños, su implicación y consideración con esta investigación, la cual, no habría sido posible sin ellos, gracias.





# Índice



## ÍNDICE

Índice.....	13
Índice de tablas y figuras.....	21
Resumen / Abstract.....	23
<b>I. INTRODUCCIÓN TEÓRICA.....</b>	<b>29</b>
<b>1. Emociones, regulación emocional y alexitimia. Su estudio en la infancia.....</b>	<b>32</b>
1.1. El concepto de emoción.....	32
1.2. Desarrollo evolutivo y aspectos emocionales en niños de 8 a 12 años.....	36
1.2.1. Desarrollo cognitivo.....	37
1.2.2. Desarrollo motriz.....	38
1.2.3. Desarrollo social.....	40
1.2.4. Desarrollo afectivo.....	42
1.3. Modelos teóricos y marco conceptual sobre la regulación emocional y la alexitimia.....	48
1.3.1. Modelos de regulación emocional basados en estilos de afrontamiento.....	49
1.3.2. Modelos de regulación emocional basados en el estado de ánimo.....	53
1.3.3. Modelos sobre alexitimia.....	56

1.3.4.	Modelos teóricos principales en este estudio.....	60
1.3.4.1.	Modelo Transaccional del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).....	60
1.3.4.2.	Modelo de regulación cognitiva de las emociones de Garnefski y Kraaij (2001).....	63
1.3.4.3.	Modelo de Gross y Thompson (2007).....	65
1.3.4.4.	Modelo de Mayer y Salovey (1997).....	69
1.4.	Aspectos básicos sobre regulación emocional y alexitimia en la infancia.....	74
1.4.1.	Regulación de las emociones desde el afrontamiento cognitivo.....	77
1.4.1.1.	Regulación emocional.....	77
1.4.1.2.	Afrontamiento cognitivo.....	80
1.4.1.3.	Perspectiva cognitiva de la regulación emocional....	83
1.4.2.	Alexitimia.....	86
<b>2.</b>	<b>Personalidad y emoción en la infancia.....</b>	<b>90</b>
<b>3.</b>	<b>Salud como calidad de vida, bienestar y emoción en la infancia.....</b>	<b>96</b>
3.1.	Salud y calidad de vida en niños.....	96
3.2.	Emociones, bienestar y calidad de vida.....	99
<b>4.</b>	<b>Regulación emocional y alexitimia entre padres e hijos.....</b>	<b>104</b>
<b>II.</b>	<b>OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>111</b>
<b>5.</b>	<b>Objetivos e hipótesis.....</b>	<b>113</b>



5.1.	Objetivo general.....	113
5.2.	Estudio 1. Objetivos específicos e hipótesis.....	113
5.3.	Estudio 2. Objetivos específicos e hipótesis.....	114
5.4.	Estudio 3. Objetivos específicos e hipótesis.....	114
5.5.	Estudio 4. Objetivos específicos e hipótesis.....	115
<b>III. MÉTODO .....</b>		<b>117</b>
<b>6. Método.....</b>		<b>119</b>
6.1.	Muestra.....	119
6.1.1.	Selección de la muestra.....	119
6.1.2.	Participantes .....	120
6.2.	Procedimiento.....	121
6.3.	Instrumentos de evaluación.....	123
6.3.1.	Valoración de la personalidad en niños.....	127
6.3.2.	Valoración de la regulación emocional.....	130
6.3.2.1.	Regulación emocional en adultos.....	130
6.3.2.2.	Regulación emocional en niños.....	133
6.3.3.	Valoración de la alexitimia.....	136
6.3.3.1.	Alexitimia en adultos.....	136
6.3.3.2.	Alexitimia en niños.....	138
6.3.4.	Valoración de la autoeficacia en niños.....	140
6.3.5.	Valoración de la calidad de vida y bienestar en niños.....	143
<b>IV. ESTUDIOS.....</b>		<b>147</b>
Estudio 1: Alexithymia Questionnaire for children (AQC): psychometric properties, factor structure and initial validation in a Spanish sample.....		149

Abstract.....	151
Introduction.....	152
Method.....	155
Results.....	158
Discussion.....	163
Estudio 2: The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for children (CERQ-k): Factor Structure and Psychometric Properties of the Spanish versión.....	173
Abstract.....	175
Introduction.....	176
Method.....	179
Results.....	183
Discussion.....	187
Estudio 3: Is there any relation between alexithymia in parents and children? Effects on children's quality of life.....	197
Abstract.....	199
Introduction.....	200
Method.....	204
Results.....	208
Discussion.....	212
Estudio 4: Regulación emocional en la infancia. Relación con la personalidad, la calidad de vida y la regulación emocional paterna.....	221
Resumen.....	223
Introducción.....	225
Método.....	231

Resultados.....	237
Discusión.....	245
<b>V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>257</b>
<b>7. Discusión.....</b>	<b>259</b>
<b>8. Conclusiones, verificación de hipótesis e implicaciones prácticas.....</b>	<b>274</b>
<b>VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>281</b>
<b>VII. ANEXOS.....</b>	<b>319</b>
ANEXO 1: Carta a directores de colegios. Solicitud de colaboración.....	321
ANEXO 2: Carta de presentación e información a las familias...	322
ANEXO 3: Autorización de los padres o tutores legales para la aplicación de cuestionarios.....	324
ANEXO 4: Protocolo de evaluación a los niños.....	325
ANEXO 5: Protocolo de evaluación a los padres.....	340



## Índice de tablas.

<b>Tabla 1.</b> Cuadro resumen de los instrumentos aplicados para la valoración en niños.....	124
<b>Tabla 2.</b> Cuadro resumen de los instrumentos aplicados para la valoración en adultos.....	126
<b>Tabla 3.</b> Means, standard deviation and inter-item correlations for the Alexithymia Questionnaire for Children.....	169
<b>Tabla 4.</b> Factor loading for the M1 (Three-factor model) and M2 (Four-factor model) of the Alexithymia Questionnaire for Children..	170
<b>Tabla 5.</b> Confirmatory Factor Analysis (n = 242).....	171
<b>Tabla 6.</b> Zero order correlations of the Alexithymia Questionnaire for Children with measures of Kidscreen questionnaire (Health-Related Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents..	172
<b>Tabla 7.</b> Factor loading for the CERQ-k (rotated component matrix).	193
<b>Tabla 8.</b> Means, standard deviation and Pearson intercorrelations among the subscales of CERQ-k and self-efficacy .....	194
<b>Tabla 9.</b> Relationship between CERQ-k subscales and HRQOL Health Questionnaire for Children and Adolescents: multiple regression Analysis (method = enter).....	195
<b>Tabla 10.</b> Means, standard deviations (SD), and Pearson correlation coefficients for each of the variables assessed.....	217
<b>Tabla 11.</b> Predicting children's quality of life dimensions from DIF and DDF (only significant findings are presented).....	218
<b>Tabla 12.</b> Preconditions for mediation analysis.....	219
<b>Tabla 13.</b> Mediation analysis. Predicting children's quality of life dimensions from DIF and DDF of parent's DDF (only significant findings are presented).....	220
<b>Tabla 14.</b> Media, desviación típica (DT) y coeficientes de correlación de Pearson para cada una de las variables evaluadas en niños.....	254
<b>Tabla 15.</b> Media, desviación típica (DT) y coeficientes de correlación de Pearson de regulación emocional de niños y padres.....	255

## Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo de Gross de Autorregulación Emocional(Barret & Gross, 2001; Gross & John, 2002; Gross, 2002).....	68
<b>Figura 2.</b> Modelo adaptativo de regulación emocional y amabilidad (M1).....	241
<b>Figura 3.</b> Modelo adaptativo de regulación emocional y extraversión (M2).....	242
<b>Figura 4.</b> Modelo desadaptativo de regulación emocional (M3).....	244

# Resumen / Abstract





## RESUMEN

El objetivo de la presente tesis doctoral es analizar tanto la regulación emocional desde el punto de vista del afrontamiento cognitivo como los aspectos centrales de la alexitimia en población infantil, así como valorar su relación con otros aspectos psicológicos y de salud y su vinculación con la regulación emocional y la alexitimia paterna. Para ello se ha estructurado la tesis en cuatro trabajos de investigación en los que se ha procedido por un lado a validar los instrumentos de regulación emocional y alexitimia en niños, dada la inexistencia de validación en población española infantil, analizando su estructura factorial y sus propiedades psicométricas; y en segundo lugar, se han establecido las relaciones de la regulación emocional infantil respecto a la personalidad y la calidad de vida y bienestar de los niños e igualmente su relación con las estrategias de regulación emocional y alexitimia de los padres, con el objetivo de conocer si estos aspectos emocionales paternos actúan como mediadores en sus hijos.

Este estudio contó con la participación de tres centros educativos resultando una muestra final de 274 niños de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años y 265 adultos, padre o madre de los niños. Las variables sociodemográficas se obtuvieron a través de un cuestionario ad-hoc y las variables de estudio a través de los correspondientes instrumentos de evaluación existentes.

Los resultados encontrados en la muestra española en relación al Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for children (Cuestionario de Regulación emocional para niños; CERQ-k), muestran una adecuada validez y fiabilidad del instrumento como medida de estrategias cognitivas de regulación emocional en niños. El análisis factorial confirmatorio del cuestionario CERQ-k mostró la presencia de ocho

estrategias de regulación emocional. Por otro lado, la validación del cuestionario de alexitimia en niños (TAS-20), presenta dos modelos de estructura factorial, uno de tres factores y otro de cuatro factores, presentando ambos un ajuste aceptable. Al igual que ocurre con el cuestionario CERQ-k, el TAS-20 para niños presenta una adecuada validez y fiabilidad como medida de alexitimia infantil en muestra española. Asimismo, los resultados indicaron una relación significativa en alexitimia y en regulación emocional entre padres e hijos. Tanto la alexitimia como las estrategias desadaptativas de regulación emocional en los niños presentan una relación significativa y negativa con la calidad de vida infantil, y significativa y positiva en el caso de las estrategias de regulación emocional adaptativas. Por último, las variables de personalidad extraversión y amabilidad mantienen relaciones positivas con las estrategias adaptativas de regulación emocional en niños y con la calidad de vida, y la variable inestabilidad emocional mantiene relaciones positivas con las estrategias desadaptativas y negativas con la calidad de vida.

Estos resultados tienen importantes implicaciones prácticas en la educación y salud de los niños. Una adecuada competencia emocional debe incorporar la adquisición de estrategias de identificación emocional, expresión emocional y regulación emocional para mejorar la calidad de vida y bienestar infantil. Igualmente, los estilos de regulación emocional materna/paterna mantienen importantes relaciones con la regulación infantil, relacionándose incluso con el propio bienestar de los niños, por lo que parece fundamental trabajar en la promoción de estrategias de regulación adaptativas en el núcleo familiar.

Palabras clave: *alexitimia; niños; padres; calidad de vida; regulación emocional cognitiva; personalidad; CERQ-k; TAS-20.*

## ABSTRACT

The aim of this Thesis is to analyze the emotion regulation from the point of view of the cognitive coping and the central aspects of alexithymia in children, as well as to evaluate its relationship with other psychological and health aspects, and its connection to parentalemotion regulation and alexithymia. With this proposal, thisThesis has been structured in four research studies in order to, on the one hand, validate the instruments of emotional regulation and alexithymia in children, given the lack of validation in Spanish children, analyzing its structure factor and its psychometric properties, and in the other hand, it has been established the relationships of the childhood emotional regulation, with respect to the personality, quality of life and well-being of the children, as well as its relation to the strategies of emotional regulation and parent's alexithymia, in order to know if these paternal emotions act as mediators with their children.

This study has been accomplished with the participation of three schools having a final sample of 274 children between the ages of 8 to 12 and 265 adults, father or mother of the children. Sociodemographic variables were obtained using an ad-hoc questionnaire and study variables were obtained through corresponding existing evaluation instruments.

Results found on the Spanish sample in relation to Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for Children (CERQ-k) show a sufficient validity and reliability of the instrument as measurement of children's cognitive strategies to regulate emotions. The CERQ-k questionnaire's confirmatory factorial analysis showed the presence of eight strategies to regulate emotions. Additionally, the validation of the children's alexithymia questionnaire (TAS-20), shows two models of factorial structure, one composed by three factors, the other composed by four factor and both showing a sufficient adjustment. As it happens with CERQ-k questionnaire,

children's TAS-20 presents a sufficient validity and reliability as measure for children's alexithymia in Spanish sample. Likewise the results indicated a significant relation in alexithymia and emotion regulation between parents and children. Alexithymia as much as emotion regulation's desadaptative strategies in children present a significative and negative relation to children's quality of life, and significative and positive in the case of adaptative emotion regulation's strategies. Finally, extroversion and kindness personality's variables maintain a positive relations with children's adaptative strategies of emotion regulation and quality of life, and the emotional instability variable maintains positive relations with the desadaptative strategies and negative with the quality of life.

These results have important practical implications in children's education. An appropriate emotional competence must include the acquisition of emotion identification strategies, emotion display and emotion regulation in order to improve children's quality of life and well-being. Likewise, parental emotion regulation style have important relations with children's regulation, having even a relationship with children's well-being. Therefore it seems essential to work to promote regulation strategies in the immediate family.

Keywords: *alexithymia; children; parents; quality of life; cognitive emotion regulation; CERQ-k; TAS-20; personality.*

# I. Introducción teórica



El estudio de las emociones ha interesado desde tiempos remotos a escritores, filósofos y pensadores en general, sin embargo, éstas han ocupado durante mucho tiempo un segundo plano en la investigación psicológica, sobre todo por dificultades asociadas a su medida y por su concepción como fenómenos accesorios a los procesos cognitivos. No obstante, en las últimas décadas se ha incrementado el número de estudios acerca de los procesos emocionales y sus relaciones con otros procesos cognitivos (Andrés, Richaud de Minzi, Castañeiras, Canet-Juric, & Rodríguez-Carvajal, 2016; Buhle, Silvers, Wager, López, Onyemekwu, Kober, & Ochsner, 2014; Jellesma, Rieffe, Terwogt, & Westenberg, 2009)

Algunos estudios (Cromheeke & Mueller, 2014; Dalglish & Power, 1999; Matthews, 1997) son un ejemplo de la necesaria complementariedad entre cognición y emoción. En ellos se revisan algunos tópicos objeto de estudio en el ámbito emocional como los índices de violencia, la evidencia de que los elementos cognitivos no son los únicos determinantes de la felicidad, el hecho de que la motivación y el comportamiento obedecen más a factores emocionales que cognitivos, la constatación de que el rendimiento académico no es un buen predictor del éxito personal y profesional, o los estudios de las repercusiones de la emoción sobre la salud mental y física, tópicos que ponen de manifiesto que la adquisición de competencias emocionales resulta imprescindible para la vida.

En este contexto, la presente investigación viene motivada por la convicción de la importancia de estudiar las formas de afrontar las situaciones estresantes que tienen los niños y las repercusiones de las mismas en otras áreas de su vida. En la literatura científica se encuentran varias referencias sobre el estudio de estrategias de afrontamiento en niños de 12 años en adelante (Dise -Lewis, 1988; Evans, 1995; Frydenberg & Lewis, 1990, 1991, 1997; Patterson & McCubbin, 1987; Richaud de

Minzi, 2003), pero en edades más tempranas apenas existe información al respecto, y aquellas que se encuentran se centran en la etapa del recién nacido o en los primeros años de vida (Sprung, Münch, Harris, Ebesutani, & Hofmann, 2015). Es por ello que, dada la ausencia de estudios al respecto, el presente trabajo de investigación se ha centrado en el estudio de la regulación emocional y la alexitimia en niños de 8 a 12 años.

## **1. EMOCIONES, REGULACIÓN EMOCIONAL Y ALEXITIMIA. SU ESTUDIO EN LA INFANCIA**

### **1.1. El concepto de emoción**

En las últimas décadas, el concepto de emoción ha pasado por varias etapas, en las que se ha visto modificado en función de la orientación que lo abordara. Si nos remontamos a los intentos iniciales por definir la emoción, éstas han sido consideradas por Freud (1926, 1959) como defensas psicológicas, han formado parte del estudio del estrés y el afrontamiento por parte de Lazarus (1966), o se han relacionado con los estudios sobre el apego (Bowlby, 1969). A partir de estas teorías, han surgido numerosas acepciones del término emoción y de sus relaciones con otros procesos cognitivos.

Respecto a la terminología, en la literatura a menudo se entremezclan los conceptos de afecto, emoción y estado de ánimo de forma confusa debido al complejo lenguaje emocional que empleamos. En general se suele considerar al afecto como la categoría superior que engloba tanto a la emoción como al estado de ánimo (Gross, 1999), y que podría definirse como un conjunto de experiencias subjetivas que suponen una combinación de reacciones en los seres humanos, las cuales se ponen de manifiesto con las circunstancias, externas o internas, que la persona experimenta.



Por su parte, el estado de ánimo y la emoción se diferenciarían en cuanto a la duración e intensidad de los mismos. Los estados de ánimo suelen durar horas e incluso días, y pueden ser de intensidad leve a moderada, mientras que las emociones suelen ser más fugaces, actuando de forma más discreta e intensa (Power & Dalgleish, 1997).

En cuanto al proceso, la emoción tiene un inicio y un final, con un punto álgido entre ellos. El estado de ánimo, sin embargo, se desarrolla gradualmente, siendo difícil definir cuándo comienza y cuándo acaba (Larsen, 2000). La emoción suele tener una causa definible y un objeto de referencia. El estado de ánimo en cambio puede aparecer sin un referente claro, es decir, sin estar asociado a ningún objeto o acontecimiento (Larsen, 2000).

Por otro lado, las emociones proporcionan información acerca del entorno, si un objeto es recompensante o amenazante, de las demandas que percibimos, de los retos que nos plantean ciertas situaciones o incluso de las respuestas que exigimos de los demás (Watts, 1992; Zech, Rimé, & Nils, 2004). Los estados de ánimo, por el contrario, nos informan sobre nuestro estado interno, sobre los recursos de los que disponemos o sobre si algo va bien o mal en nuestro sistema (Morris & Reilly, 1987).

Varios autores argumentan que el estudio de la emoción presenta dos puntos de vista; por un lado, la importancia residiría en cuál es el origen de la emoción, y por otro, en cuáles son los procesos implicados en su regulación (Gross, 2010). Esta última perspectiva incide en la posibilidad de intervenir en la trayectoria del proceso emocional con el objetivo de presentar una mejor respuesta a las demandas y limitaciones que surgen durante dicho proceso (Cole, Martín, & Dennis, 2004).

Si bien los seres humanos son capaces de reconocer emociones, debe tenerse en cuenta que lo percibido es solo una parte de la experiencia emocional. Como señala Reeve (2005), “las emociones son más complejas de lo que parecen”. Por ello,

actualmente se las acepta como fenómenos complejos, que poseen diferentes facetas y que pueden definirse como multidimensionales (Gross & Thompson, 2007; Reeve, 2005).

En la actualidad, la definición de emoción más aceptada indica que son tendencias de respuesta de varios componentes que pueden implicar reacciones fisiológicas, evaluaciones cognitivas, expresiones faciales y la experiencia de los sentimientos subjetivos (Gross, 2010).

En este sentido, la concepción y el estudio de las emociones en el comportamiento humano cambió notablemente a finales de los 60 y en la década de los 70; entre otras, las investigaciones de Lang y colaboradores (Lang, 1968; Lang & Le Strat, 1971; Lang & Lazovik, 1963) llevaron a proponer que se agrupasen todas las variables observables en tres categorías:

1. El componente fisiológico de las emociones, se compone de tres subsistemas: el sistema nervioso central (SNC), el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo (SNA). Durante los procesos emocionales, se consideran presentes especialmente las siguientes estructuras: amígdala, hipotálamo, corteza cerebral y médula espinal. Este componente se manifiesta con taquicardia, sudoración o respiración acelerada entre otros.
2. El componente subjetivo de las emociones es el conjunto de procesos cognitivos relacionados con la respuesta emocional a determinados estados del entorno y cambios fisiológicos. De esta manera, podemos calificar un estado emocional y darle un nombre. Las personas que distinguen pobremente sus estados internos afectivos reportan mayor incidencia de síntomas físicos. Asimismo, las personas que diferencian con mayor especificidad sus afectos presentan menos síntomas físicos y mentales. Si este componente subjetivo no llega a ser interpretado como una experiencia

emocional, es probable que la persona perciba otros componentes del estado emocional, en especial los somáticos.

3. El componente conductual es el comportamiento perceptible de las personas relacionado con estados mentales emocionales, es decir, la forma en que éstos se muestran externamente. Son en cierta medida controlables, basados en el aprendizaje familiar y cultural de cada grupo: expresiones faciales, acciones y gestos, distancia interpersonal o comunicación no verbal.

Los modelos procesuales son los que mayor interés han mostrado en explicar el cómo se produce el fenómeno emocional, y por lo tanto, en descubrir cómo se organizan los componentes que forman parte de él.

Autores como Darwin (1873), otros posteriores como Tomkins (1962), Izard (1992) y Ekman (1992), y las publicaciones de los últimos años (Houben, Van Den Noortgate, & Kuppens, 2015; Sheppes, Suri, & Gross, 2015), han resaltado la importancia de las emociones, tanto las positivas como las negativas, en cuanto a su función adaptativa para la supervivencia del individuo y de la especie. Por ejemplo, la ira se ha considerado como un antídoto ante la depresión, y el miedo tiene una importante función de alerta. Sin embargo, la forma incontrolada de estas emociones, puede conducirnos a conductas desadaptativas como la paralización o la agresión. La ira, concretamente, es una emoción que los niños experimentan con mucha frecuencia. Desde que los bebés son muy pequeños, experimentan y expresan emociones de diferente índole. En realidad, desde el mismo momento del nacimiento es posible observar en los bebés claras reacciones de agrado y desagrado ante diferentes situaciones con un importante valor comunicativo. Pero estas reacciones globales dejan paso desde muy temprano a emociones específicas que van apareciendo progresivamente, a lo largo de la primera mitad del primer año de vida. Así, la alegría, el enfado, la sorpresa, la ansiedad, el miedo y la tristeza son emociones básicas que ya podemos observar en los niños durante la primera infancia (Harris, 1989).

Un poco más tarde, los niños comienzan a comprender y experimentar emociones más complejas como la vergüenza, la culpa o el orgullo, y un poco más adelante, se observan los primeros indicios de comprensión y control emocional. No obstante, todavía queda un largo camino por recorrer en lo que se refiere al desarrollo emocional; a lo largo del resto de la infancia y la adolescencia, los niños tienen que comprender la existencia de emociones contradictorias, conocer y adoptar las normas de expresión de las emociones y aprender a controlarlas (Cassidy, Parke, Butkovsky, & Braungart, 1992).

Por otro lado, según los datos, se producen considerables diferencias entre niños y niñas en estas características. Así, las puntuaciones de niños menores de 6 años en las pruebas que miden agresión o cólera son significativamente más elevadas para los niños que para las niñas. Sin embargo, no se observan diferencias en las puntuaciones en timidez y ansiedad entre niños y niñas (La Frenière & Dumas, 1996).

## **1.2. Desarrollo evolutivo y aspectos emocionales en niños de 8 a 12 años**

El desarrollo del ser humano es un proceso que permite al individuo desarrollar su inteligencia y conocer el mundo que le rodea. Abarca todos los cambios que se producen en el individuo a lo largo de su vida, debido tanto a factores ambientales como madurativos (Papalia & Wendkos, 1998).

La descripción del curso normal de desarrollo proporciona una norma mediante la cual podemos comprender el momento evolutivo en el que se encuentra el niño, para así interpretar mejor los diferentes aspectos que pretenden abordarse en la presente tesis doctoral.

El abordaje de las características psicoevolutivas de los niños de 8 a 12 años incluye el desarrollo cognitivo, motriz, social y afectivo. En los niños, al igual que en los adultos, existe una estrecha relación entre todos estos aspectos de su desarrollo, de forma que lo que vaya ocurriendo en uno de los ámbitos va a influir directamente en el desarrollo de los demás (Eisenberg, Damon, & Lerner, 2006).

El intervalo de edad comprendido entre los 8 y los 12 años presenta numerosos cambios en el desarrollo de estos aspectos. Concretamente en el plano emocional, temática principal de la presente tesis doctoral, aunque se observa la presencia de determinadas estrategias emocionales desde los primeros años de vida, no será hasta los seis u ocho años cuando haya un mayor desarrollo y adquisición de la competencia emocional (Da Silva & Tuleski, 2014).

### *1.2.1. Desarrollo cognitivo*

Siguiendo a Piaget (1970), el desarrollo cognitivo implica una adaptación biológica y un equilibrio entre el individuo y su medio ambiente, en el que las estructuras internas se van ajustando con la realidad externa. Piaget describe una serie de estadios o etapas del desarrollo cognitivo. Los niños de entre 8 y 12 años se sitúan en la tercera de ellas: las operaciones concretas. El pensamiento intuitivo de la etapa anterior se convierte en operatorio, en operaciones lógicas, agrupándose unas ideas a otras, relacionándose y coordinándose, permitiendo al niño captar la realidad desde diversas perspectivas en una estructura organizada única.

El pensamiento se vuelve lógico, y por tanto, el niño será capaz de utilizar símbolos para llevar a cabo algunas actividades mentales como clasificar y manipular números, tratar conceptos de tiempo y espacio o la capacidad de distinguir la realidad de la fantasía. No obstante, su modo de pensar todavía está limitado a problemas concretos en los que los objetos son del presente inmediato. Sus

operaciones siguen ligadas a la manipulación de los objetos y a las características reales de su mundo. Al ser operaciones ligadas al presente inmediato y no al mundo de lo posible, hace que éstas sean dependientes de la acción y de las particularidades de las situaciones. Por tanto, las acciones se basan en realidades, no en hipótesis (Piaget, 1970).

Según Berk (2001), además el niño presenta un desarrollo notable de la atención y la persistencia en la tarea, y aumenta considerablemente su memoria. El desarrollo del lenguaje también evoluciona notablemente. Los hitos más relevantes se refieren a la mayor comprensión de las metáforas, aumento considerable del vocabulario y las estructuras gramaticales, ampliación de la comprensión de la intención indirecta o mejora de la comunicación referencial en contextos desconocidos.

Observamos que el niño, antes de los 8 años, manifiesta un dominio del código lingüístico muy completo en todas sus dimensiones; sin embargo, a partir de esta edad podemos describir la aparición de nuevos dominios y adquisiciones. Este desarrollo se va a ver facilitado por la presencia de los diferentes ámbitos sociales en los que comienza a desenvolverse (Liben, Müller, & Lerner, 2015).

Antes de los 8 años suele completarse el desarrollo fonológico (la adquisición de las unidades lingüísticas) y a partir de los 10 años, la mayoría de los niños puede seguir varias instrucciones consecutivas y suele completarse el desarrollo gramatical (Liben et al., 2015).

### *1.2.2. Desarrollo motriz*

La capacidad motriz en los niños de estas edades mejora debido fundamentalmente al rápido crecimiento de la musculatura y a la mejora en la utilización del sistema nervioso (Marcos, 1989).

Basándonos fundamentalmente en los trabajos de Cobos (1995) y Picq y Vayer (1977), observamos que desde los 6 a los 12 años se perfecciona el esquema corporal y el movimiento se hace más reflexivo, permitiendo una potenciación de la representación mental del cuerpo y del movimiento en función del tiempo y el espacio. Entre los 6 y 8 años, el niño se encuentra en la fase que Picq y Vayer (1977) denominan periodo de transición, en el que se forma su propia imagen corporal a través de su interacción con el mundo.

Desde los 7 a los 12 años, el niño logra representar mentalmente su cuerpo, pero sólo al final de esta etapa pasa de una imagen reproductora o estática a otra anticipadora o dinámica. Ajuriaguerra (1968) defiende que el esquema corporal evoluciona lentamente en los primeros años, y que no termina de completarse hasta los 11 o 12 años. Por otro lado, la independencia motriz, es decir, la capacidad de controlar por separado cada segmento motor, se espera que pueda realizarse correctamente a partir de los 7 u 8 años.

La evolución de la comprensión del orden y la duración va produciéndose paulatinamente desde los 2 a los 12 años. Los niños de 2 a 6 años tienen dificultades para establecer seriaciones cronológicas y lógicas de los acontecimientos, pero, como vimos anteriormente, cuando tienen de 8 a 12 años pueden realizar tareas lógicas que impliquen la conservación, la reversibilidad y el orden, lo que va a ayudar a que las nociones temporales se adquieran completamente (Liben et al., 2015).

Entre los 6 y 7 años, los controles adquiridos y afirmados por el ejercicio sientan las bases para los aprendizajes posteriores en los que la simultaneidad de movimientos exigirá un gran esfuerzo de tipo psicomotor. A esto se une la importancia de la atención, la acomodación de la postura y el manejo manipulativo coordinado. A partir de los 7 años y hasta los 10, la regulación del movimiento utilizará el freno inhibitorio. Esto da lugar a un perfeccionamiento gradual de la precisión adquirida

previamente y a la mecanización y aceleración de los movimientos más habituales. Alrededor de los 9 años se alcanza la madurez nerviosa y los movimientos son más armónicos, precisos y seguros, ya que hay un progreso en el control motriz grueso y fino (Marcos, 1989).

Según Piaget (1970), entre los 7 y los 11 años, se va produciendo una progresiva descentración, de manera que se irá incorporando lentamente la situación espacial en relación a otro y, al final, desde el punto de vista de los objetos entre sí. De manera paralela a la formación de la noción de espacio, se irá adquiriendo un progresivo dominio en la orientación espacial. Por otro lado, Piaget (1970) indica que los niños consiguen comprender la necesaria relación entre sucesión y duración y, por otro, son capaces de coordinar tiempo, velocidad y distancia. Antes de este período los niños no podrán tener un concepto de tiempo independiente de la velocidad y de la distancia, ya que no pueden distinguir entre esas dimensiones.

Podemos concluir que el período ideal para el aprendizaje motor está situado entre los 8-12 años, ya que a esta edad se duplica la fuerza, se incrementa la coordinación óculo-manual, se reduce el tiempo de reacción motor y se aumenta la precisión de la ejecución (Ajuriaguerra, 1968).

### *1.2.3. Desarrollo social*

La etapa comprendida entre los 8 y los 12 años también está marcada en el área social por un cambio importante. En este periodo existe un gran aumento de las relaciones interpersonales del niño. Entre los 8 y los 10 años, la amistad se caracteriza por relaciones más íntimas que en años anteriores, mutuamente compartidas, en las que hay una relación de compromiso. Según Selman (1981) es a partir de los 8 ó 9 años cuando aparece realmente el concepto de confianza. Los amigos se ven como individuos que se apoyan y se evalúan recíprocamente.



El grupo de iguales comienza a tener una importancia cada vez mayor, ya que es en la interacción donde descubren sus aptitudes y su imagen personal, y es con ellos con quienes van a medir sus cualidades y su valor como persona, lo que va a permitir el desarrollo de su autoconcepto y de su autoestima.

A partir de este momento, el abanico de referentes de los niños va abriéndose cada vez más, siendo su familia el principal modelo, aunque también comienzan a serlo maestros, compañeros, amigos y otras personas significativas de su entorno (Ayoub, Bartlett, & Swartz, 2014). A medida que el niño adquiere mayor capacidad cognitiva, va ampliando la relación social y crece la posibilidad de control emocional condicionado por la propia cultura. Sin embargo, será la familia la que siga ejerciendo la mayor influencia en el desarrollo de los niños, en su autoestima, dependencia o motivación, entre otros aspectos. Un elemento del sistema familiar que suele resultar esencial en el desarrollo socioafectivo es el estilo de crianza o comportamiento parental (Renom, 2003).

A los 6 años, el niño se da cuenta de que otros pueden interpretar una situación de una manera diferente a la que ellos tienen, pero no será hasta los 8 años cuando el niño adquiere conciencia recíproca, es decir, otros pueden tener un punto de vista distinto, pero los otros también conocen que él tiene un punto de vista particular (Eisenberg & Fabes, 1992).

Una de las áreas más desarrolladas con niños hasta los 12 años es la relación entre la regulación emocional y la calidad del funcionamiento social en su vida cotidiana. Eisenberg y sus colaboradores han dedicado numerosos esfuerzos a clarificar estas relaciones. En sus trabajos (Eisenberg & Fabes, 2006), los padres y los profesores reconocen que el control de la emoción se relaciona positivamente con la interacción adecuada con los iguales. Así mismo, la regulación de la emoción se ha relacionado con la conducta prosocial y con bajos niveles de problemas externalizantes. Además, es posible establecer predicciones futuras de estos efectos

sociales. De igual forma, los datos resultan significativos desde la relación inversa, de forma que de acuerdo con las previsiones, los niños con problemas de conducta suelen presentar mayores dificultades en el control voluntario de sus emociones, en el control inhibitorio, en la regulación de la atención, y en la persistencia en la tarea (Eisenberg & Fabes, 1992; Eisenberg, Spinrad, & Smith, 2004).

#### *1.2.4. Desarrollo afectivo*

El periodo entre los 6 y los 12 años es crucial en el desarrollo emocional de todas las personas (Bisquerra, 2007). Será en la edad de 8 a 12 años donde se observe la consolidación de las habilidades emocionales más relevantes para su correcto desarrollo (da Silva & Tuleski, 2014).

Según Enesco (2003), algunas de las dimensiones del desarrollo emocional humano son: sentir y expresar las emociones, reconocer los sentimientos de los demás, comprender y regular las propias emociones, tener conciencia de nuestras emociones y de las de los demás.

De manera general, podemos señalar que hasta los 8 años, el desarrollo se produce de forma paulatina y progresiva, y concretamente, a esta edad, su desarrollo emocional ha alcanzado las siguientes características (Herrera, Ramírez, & Roa, 2004): a) un alto y positivo sentimiento de sí mismo manifestado por una alta confianza en sí mismo, en sus ganas de hacerse valer aunque muestra ansiedad en situaciones frustrantes que empieza a aprender a controlar; b) una actitud optimista y alegre, con intentos de controlar sus temores y sin que aparentemente nada le preocupe y c) una serenidad global en sus emociones, manejando y controlando su voluntad con relativa facilidad, superando temores y fobias, lo que le permite mejorar cualitativamente su desarrollo intelectual.

Saarni, Campos, Camras y Witherington (2006) incluyen otras habilidades en el constructo de competencia emocional: conciencia del propio estado emocional y del de los demás, empatía, comprensión de que el estado emocional interno no se corresponde con la expresión externa, habilidad para afrontar las emociones adversas, conciencia de la influencia de la comunicación emocional sobre la cualidad de las relaciones interpersonales, y la capacidad de autoeficacia emocional. Además, entre los 8 y 12 años, los hitos centrales de desarrollo emocional se encuentran en el desarrollo del autoconcepto y la autoestima del niño, y las estrategias de afrontamiento ante emociones negativas y sus cambios a lo largo de los años (Sprung et al., 2015).

Siguiendo el recorrido de las competencias emocionales en los niños, dada la relevancia de estas competencias para la presente tesis doctoral ya través de los estudios realizados por Pérez-Escoda, Filella, Alegre y Bisquerra (2012) y Da Silva y Tuleski (2014), describiremos el desarrollo emocional de los niños entre los 8 y 12 años.

#### *Conciencia Emocional*

Se trata de la capacidad de reconocer indicadores externos que ayuden al niño a conocer los propios sentimientos, a utilizarlos adecuadamente. También incluye el conocimiento de las emociones propias y las de los demás. Este concepto tiene asociados otros dos: a) reconocimiento, ya que desde los 6 a los 12 años se fortalece el sentimiento de empatía. En este momento no es necesaria una comunicación emocional ya que el niño tiene desarrollado un modelo interno que hace referencia a cómo puede sentirse una persona en cualquier situación, lo exteriorice o no. Entre los 10 y los 12 años, tiene lugar la empatía abstracta, es decir, pueden sentir empatía por aquellos a los que no conocen y b) expresión, ya el desarrollo del lenguaje es un elemento esencial para la adecuada comunicación de las emociones. La capacidad de poder separar la experiencia emocional interna de su expresión,

proporciona al niño una gran flexibilidad en la comunicación interpersonal y la vuelve más positiva (Sadurní & Rostán, 2004). El vocabulario emocional enriquece la conciencia emocional. Antes de los 8 años, empiezan a comprender que la manifestación de sus emociones es conocida por los demás, empiezan a ser capaces de ponerse en el lugar del otro. Las emociones vividas influyen ante situaciones similares, ya que en esta etapa se desarrolla el recuerdo de las vivencias unido a las emociones que generan las mismas.

### *Ambivalencia Emocional*

Según Hidalgo y Palacios (1999), no son pocas las situaciones diarias que nos provocan sentimientos positivos o negativos al mismo tiempo. Aunque hay ciertas situaciones que provocan reacciones emocionales muy claras y diferenciadas, otras situaciones pueden provocar un estado emocional caracterizado por la combinación de sentimientos diversos que pueden llegar a ser incluso contradictorios. El reconocimiento consciente de esta ambivalencia emocional es un logro difícil para los niños y se tarda bastante en alcanzarlo. Así, aunque se puede observar la expresión de emociones contradictorias en niños de incluso un año de edad, el reconocimiento explícito de esta ambivalencia no suele producirse antes de los 7-8 años.

Harter y Budding (1987) estudiaron este concepto de forma metódica. Hasta los 8 años, los niños entienden que se pueden experimentar dos emociones diferentes, pero no simultáneamente, sino de manera consecutiva. Será en la etapa de los 8 a los 12 años cuando se comprenda que la experimentación de dos emociones a la vez es posible. Hasta la adquisición de este hito, Harter y Budding (1987) describen una secuencia evolutiva que consta de los siguientes pasos: a) entre los 3 y los 5 años, los niños son incapaces de admitir que una misma situación pueda provocar dos emociones diferentes; b) alrededor de los 6-7 años, se observa una fase intermedia en la cual los niños comienzan a admitir que algunas situaciones pueden provocar

más de una emoción, pero siempre teniendo en cuenta que una de ellas precede o sigue a la otra; c) hacia los 7-8 años, los niños comienzan a comprender que hay ciertos acontecimientos que provocan dos sentimientos al mismo tiempo, aceptando primero la posibilidad de experimentar dos emociones parecidas, y admitiendo finalmente el hecho de que determinadas situaciones pueden llegar a provocar emociones contradictorias.

Evidentemente, admitir la coexistencia de emociones contradictorias forma parte de los avances que tienen lugar en el campo de la comprensión emocional, y por lo tanto, está relacionado con dos fuentes de influencia. Por una parte, la evolución de la comprensión emocional depende estrechamente de los progresos que van teniendo lugar en el ámbito cognitivo y, en este sentido, es necesario que el niño alcance un cierto nivel de complejidad cognitiva para que pueda tomar conciencia de la ambivalencia emocional. Por otra, la experiencia social es igualmente necesaria para la comprensión de la ambivalencia emocional; el contexto social es el encargado de proporcionar al niño la oportunidad de experimentar en sí mismo las diversas emociones, así como observar esas emociones en los demás. En la medida en que los adultos, en el contexto de las interacciones diarias, ayuden al niño a interpretar diferentes estados emocionales y a conocer sus causas, están promoviendo nuevos avances en el desarrollo de la comprensión emocional (Hidalgo & Palacios, 1999).

### *Regulación Emocional*

Además de mejorar la comprensión emocional, el desarrollo emocional durante la infancia implica avanzar en la regulación de las propias emociones. La etapa de los 8 a los 12 años es un estadio de transición en el autocontrol. Los padres seguirán ejerciendo un control general de supervisión, mientras que los niños empiezan a ejercer su autorregulación. Este autocontrol depende de la capacidad del niño para

conciliar sus propios deseos con las exigencias exteriores (Pérez-Escoda et al., 2012).

En ocasiones, los estados emocionales alcanzan tal intensidad que se vuelven perturbadores y son poco adaptativos. Durante los primeros años, los adultos tratan de regular y modificar estos estados del bebé, haciendo que sepa adaptarse y afrontar las diferentes situaciones con unas implicaciones emocionales reguladas y manejables. A medida que los niños crecen, este control externo de las propias emociones tiene que ir transformándose en un proceso de autocontrol, mediante el cual los niños aprenden a evaluar, regular y modificar, si es preciso, sus propios estados emocionales (Hidalgo & Palacios, 1999).

Antes de los 6 años hay ciertos indicios de control emocional; a partir de esta edad, los niños parecen diferenciar de manera clara entre la experiencia emocional interior y la expresión externa de las emociones, siendo capaces de ocultar los sentimientos propios a los demás mediante la modificación de la expresión conductual externa. Desde los 8 a los 12 años, se observa un aumento considerable de la capacidad de autocontrol, regulación y comunicación. Además, a estas edades también son conscientes de que alterar la apariencia externa no implica la modificación del estado emocional interno; si se quiere cambiar ese estado, será preciso aplicar determinadas estrategias más activas que van desarrollándose durante la infancia (Pérez-Escoda et al., 2012).

Desde los 4-5 años es posible observar el empleo de ciertas estrategias para modificar un estado no deseado. El procedimiento más empleado consiste en tratar de cambiar la situación que provoca tal estado emocional por otra distinta que provoque un estado diferente, buscando, pues, una alternativa que lleve asociada una emoción positiva. Por ejemplo, coger un juguete y ponerse a jugar para cambiar un estado emocional de tristeza. Esta estrategia de distracción conductual va a seguir siendo empleada durante toda la infancia, pero de una manera más perfeccionada y,

sobre todo, más consciente, ya que los niños mayores pueden comprender y explicar los procesos cognitivos que permiten que al distraerse con una actividad agradable se pueda “apartar de la mente” una emoción negativa (Harris, 1989, citado por Hidalgo & Palacios, 1999).

Otra estrategia que emplean los niños cuando se ven desbordados por emociones negativas es pedir ayuda a otras personas. Hasta los 6-7 años, aproximadamente, los padres son la principal fuente de consuelo y apoyo a la que se recurre en estas situaciones; a medida que los años van pasando, se va haciendo más probable que esas peticiones de ayuda, de consuelo y apoyo se dirijan a otros niños. El rol de los amigos es aquí muy importante (Eisenberg & Fabes, 2006; Eisenberg & Sulik, 2012).

Antes de los 6 años, la regulación de las emociones se diversifica y afianza. Desciende el uso del autoconsuelo, mejorando la utilización de objetos (para jugar o distraerse) y la interacción con otras personas para conseguir controlar las propias emociones (Diener & Mangelsdorf, 1999). Ya saben reconocer sus estados internos y las causas que los han desencadenado en ocasiones anteriores en las que sintieron sentimientos iguales o parecidos, por lo que rápidamente se afanan en intentar mantener el bienestar propio. En particular, cuando un niño de 5 años tiene una emoción negativa, reconoce su dolor y trata de evitar o paliar ese efecto cambiando la causa, evitándola o controlando su propio sentimiento.

Entre los 8 y los 12 años, tal y como apuntábamos anteriormente, los iguales se van convirtiendo en un poderoso elemento para el niño, y también lo son en su control emocional. El niño va a conocer lo que es aceptable o no en otros contextos y en otras familias, de forma que la nueva socialización les lleva a ampliar sus conocimientos y juicio sobre lo que socialmente se espera que sean capaces de controlar. En los centros escolares los niños van entendiendo que compartir afecto positivo puede facilitar la formación de amistades (Denham et al., 2003). Por el

contrario, demostrar afecto negativo, especialmente el enfado, puede ser problemático para la interacción social con los compañeros (Denham, McKinley, Couchoud, & Holt, 1990), por lo que se tiende a controlar.

A medida que el niño va creciendo, va mejorando su autocontrol, ya que va acumulando un mayor número de experiencias que le permitirá ir las integrando en su repertorio conductual (Eisenberg & Sulik, 2012; Saarni, 1997).

### **1.3. Modelos teóricos y marco conceptual sobre la regulación emocional y la alexitimia**

La mayor parte de los modelos que exponemos a continuación consideran el concepto de regulación emocional como la parte más relevante de su teoría. No obstante, dichos modelos, también engloban conceptos como la identificación o la expresión emocional propios de la alexitimia.

Aunque aparentemente hay un amplio consenso sobre lo que es la regulación emocional, en realidad, podemos encontrar una gran variedad de posiciones en las formulaciones de los diversos autores (Dodge & Garber, 1991; Thompson, 1994).

A lo largo de la revisión de la literatura, observamos que el concepto de regulación emocional se encuentra íntimamente relacionado con otros como el afrontamiento o coping, regulación del estado de ánimo, o el concepto de defensas psicológicas (Cole, Michel, & Teti, 1994; Thompson, 1994; Westen, 1994), estando todos ellos incluidos dentro de un concepto más amplio denominado regulación del afecto. Incluso, algunos autores como Brenner y Salovey (1997) consideran los términos afrontamiento y regulación emocional como si fuesen sinónimos. Sin embargo, podemos percibir algunas diferencias. La investigación sobre afrontamiento como forma de regulación emocional ha ido relacionada con el estudio del impacto de los



acontecimientos vitales estresantes, mientras que la regulación emocional propiamente dicha no pone el énfasis en los acontecimientos vitales, sino en las variaciones que puede sufrir el estado de ánimo independientemente de cuál sea su origen. Por otro lado, el estado de ánimo, como vimos anteriormente, generalmente no tiene un origen externo y claro, por lo que su objeto de estudio parte de una base diferente a los trabajos sobre estrés y afrontamiento (Brenner & Salovey, 1997).

Basándonos en esta diferenciación y con el fin de facilitar la comprensión de los múltiples modelos teóricos presentes en la literatura sobre la regulación de las emociones, se han clasificado dentro de dos líneas de estudio diferenciadas: por un lado, aquellas que estudian el estrés y los estilos de afrontamiento como estrategias de regulación emocional, y por otro aquellas que estudian propiamente la regulación de las emociones. Posteriormente, explicaremos más detalladamente los cuatro modelos más relevantes para este estudio.

### *1.3.1. Modelos de regulación emocional basados en estilos de afrontamiento*

Como ya hemos apuntado, la regulación emocional también ha sido entendida en términos de afrontamiento (Eisenberg, Fabes, & Losoya, 1997; Mangelsdorf, Shapiro, & Marzolf, 1995), constructo, que de manera general se refiere a una serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles (Stone, Helder, & Schneider, 1988). Consiste, por lo tanto, en un conjunto de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible (reduciendo, minimizando, tolerando o controlando) las demandas internas y ambientales ante los eventos estresantes de la vida diaria (Eisenberg & Fabes, 1992).

Aunque no explícitamente con el nombre de "regulación emocional", los teóricos del afrontamiento también han debatido este constructo al diferenciar entre

afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción (Eisenberg et al., 2006):

- 1) centrado en el problema o en la tarea: centrándose en resolver la situación causante de la emoción de manera lógica, en las soluciones y en la elaboración de planes de acción. Esta categoría abarca más o menos estrategias parecidas a las utilizadas en la solución de un problema como, por ejemplo, la consideración de soluciones alternativas. Sin embargo, aquí se incluye un conjunto de estrategias más amplio, puesto que también entran bajo esta categoría estrategias que hacen referencia al interior del sujeto: cambios cognitivos o motivacionales como, por ejemplo, ante un examen que produce ansiedad, la reducción del nivel de aspiraciones o el aprendizaje de recursos. En general, estas estrategias se consideran más funcionales que las centradas en la emoción (Eisenberg et al., 2006).
- 2) centrado en la emoción: incluye aquellas estrategias dirigidas a regular la emoción que aparece a consecuencia del problema. Esta estrategia de afrontamiento es la más desadaptativa en situaciones de estrés, ya que un método de afrontamiento incorrecto y pasivo puede aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida y provocar repercusiones negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento (Lazarus, 1991). Este afrontamiento implica la modulación de la activación a través de la experiencia emocional mediante procesos cognitivos y conductuales (Feuerstein, Labbé, & Kuczmierczyk, 1986). Los procesos cognitivos estarían dirigidos a disminuir el grado de trastorno emocional, como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas o la extracción de valores positivos de acontecimientos negativos, pero también podemos encontrar procesos cognitivos dirigidos a aumentar la emoción, y por otro lado, las estrategias conductuales pueden ser hacer ejercicio físico para olvidar un problema, meditar, etc. Algunas de estas estrategias o modos

de afrontamiento son reevaluaciones cognitivas, en cuanto que tratan de atenuar la emoción cambiando el significado de la situación o problema ("Hay cosas más importantes de las que preocuparse"). Otras, como, por ejemplo, la evitación o la atención selectiva, o estrategias conductuales como las arriba citadas, pueden originar reevaluaciones, pero no son en sí mismas reevaluaciones cognitivas. Por tanto, no se puede equiparar de forma simple el afrontamiento dirigido a la emoción con la reevaluación cognitiva.

Desde esta perspectiva que intenta establecer cuáles son las dimensiones básicas a lo largo de las cuales pueden establecerse los distintos estilos de afrontamiento, una de las primeras aportaciones propuso una categorización del afrontamiento en dos dimensiones básicas: el "método utilizado", según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación y la "focalización de la respuesta" que da lugar a otro tipo más de afrontamiento, además de los dos que acabamos de citar: afrontamiento focalizado en la evaluación de la situación (Moos & Billings, 1982; Moos, Cronkite, Billings, & Finney, 1986). Estos autores consideran este nuevo modo de afrontamiento centrado en la evaluación y ponen de manifiesto la importancia del papel que juega esta variable ante una situación de amenaza, constituyendo en sí misma un foco sobre el cual se centra una forma de afrontamiento.

Esta línea de estudio por tanto, está asociada al impacto de los acontecimientos vitales estresantes, focalizando sobre todo en qué estrategias ayudan a disminuir la afectividad negativa que éstos provocan, y poniendo énfasis en periodos temporales amplios sobre la relación entre los sucesos y las estrategias que emplean las personas para manejarlos.

Llegados a este punto, es preciso diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de

afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Sin embargo, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997). Por tanto, las estrategias de afrontamiento son cogniciones, conductas y percepciones específicas que se utilizan en una situación particular y el estilo de afrontamiento, sin embargo, es un modo relativamente estable de enfrentarse a las situaciones.

Cada individuo empleará los estilos de afrontamiento que domina o aquellos que ha adquirido a través del aprendizaje o por la aparición de un hallazgo fortuito en una situación determinada. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas (reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo) o no adaptativas (reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo).

Otros autores como Pelechano (2000) han considerado que ambos conceptos son complementarios, siendo los estilos de afrontamiento formas estables o consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias de afrontamiento serían acciones y comportamientos más específicos ante la situación. Igualmente, otros estudios han combinado la perspectiva disposicional y contextual y han apoyado la vinculación de ambos constructos (Bouchard, 2003; Moos & Holahan, 2003). La mayoría de las investigaciones sobre el afrontamiento realizadas hasta comienzos de la década de los setenta insistieron en los rasgos o estilos generales de afrontamiento que determinarían la actuación de la persona ante las distintas situaciones estresantes (Goldstein, 1959; Wiener, Carpenter, & Carpenter, 1956).

La regulación emocional se considera, por tanto, como un proceso eminentemente eficaz y adaptativo: las personas buscan mantener su bienestar subjetivo en base al modelo de incremento–decremento de la afectividad positiva y negativa, respectivamente. Es decir, ésta puede entenderse como la capacidad de disminuir la

intensidad y el displacer del afecto negativo, aumentando también el positivo, y la de reforzar la agradabilidad y el control de la experiencia afectiva. Algunos autores han planteado que puede lograrse mediante estilos de afrontamiento probadamente efectivos como son la resolución de problemas planificada y la reestructuración cognitiva o reevaluación positiva, así como con la expresión emocional autorregulada y la búsqueda de información (Campos, Iraurgi, Páez, & Velasco, 2004).

No hay que olvidar que los esfuerzos por modificar nuestros estados emocionales pueden ser también ineficaces, disfuncionales e incluso contraproducentes, como por ejemplo, el consumo de alcohol u otras sustancias, o las conductas autolesivas (Gratz, 2003; McNally, Palfai, Levine, & Moore, 2003).

### *1.3.2. Modelos de regulación emocional basados en el estado de ánimo*

Esta línea tiene sus orígenes en el estudio de las defensas psicológicas, estrés y afrontamiento, y la teoría del apego y de la emoción, siendo sus precursores los científicos sobre el desarrollo (Campos, Campos, & Barrett, 1989; Thompson, 1991) y después los de su estudio en adultos (Gross & Levenson, 1993; Izard, 1991).

Este grupo de investigaciones no pone el énfasis en los acontecimientos vitales, sino en las variaciones que sufre el estado de ánimo (dinámicas emocionales), independientemente de cuál sea su origen (Thompson, 1990). Así, la regulación emocional puede cambiar o simplemente mantener la emoción, dependiendo de los objetivos de la persona. De hecho, implica las acciones que las personas desarrollan para modular la intensidad de sus afectos, para prolongar o acortar el episodio afectivo o el tono emocional que experimentamos (Gross, 1999).

También puede cambiar el grado en el que los componentes de la respuesta emocional adquieren coherencia a medida que la emoción se desarrolla, es decir, ante la ausencia de expresión facial, pueden ocurrir grandes cambios en la experiencia emocional y en la respuesta psicológica (Gross, 1999).

Uno de los planteamientos más relevantes sobre regulación del estado de ánimo es el modelo cibernético planteado por Larsen (2000). En él señala que la regulación de estados de ánimo y su reparación está más relacionada con la alteración de la experiencia emocional que el comportamiento emocional en sí mismo.

Para Larsen (2000), regular estados de ánimo implica la activación de mecanismos de control, por lo que las conductas de regulación se pueden considerar como conductas de auto-control (Carver & Scheier, 1998). Este modelo es una aplicación del modelo general de control cibernético, en el que se establece un estado de ánimo de referencia al que se desea llegar, y su funcionamiento está guiado por la reducción de discrepancia entre el estado de ánimo actual y el estado de ánimo deseado. Este funcionamiento se activa cuando el comparador detecta alguna discrepancia entre estos dos estados de ánimo. Con el objetivo de reducir esta diferencia (feedback negativo), se activan uno o varios mecanismos de regulación emocional, dirigidos hacia el exterior (resolución de problemas, cambio de actividad), o hacia el interior (distracción, comparación social). En general se plantea como un modelo de autorregulación basado en procesos controlados, pero alguno de los mecanismos que utiliza puede actuar de forma automática (Larsen, 2000).

Por otro lado, este modelo considera explícitamente que las diferencias individuales (la capacidad perceptiva acerca del propio estado o la atención selectiva a estímulos entre otros) que afectan a cada uno de los puntos del proceso pueden contribuir de diversas formas al éxito o al fracaso en los procesos de regulación, de forma que

diversas variables podrían afectar en distintos momentos del proceso de regulación (Larsen, 2000).

Larsen (2002) además sugiere que los sucesos vitales negativos tienen un impacto mayor en los sentimientos subjetivos que los positivos. Así, los sucesos fuertemente negativos producirían mayores reacciones afectivas, prolongándose sus reacciones más en el tiempo que los altamente positivos.

Por ello, aunque básicamente de modo conceptual, Larsen (2002) clasifica las estrategias de regulación en estrategias para la regulación de la afectividad negativa y en estrategias para la regulación de la afectividad positiva. Entre las primeras, se encuentran la distracción de emociones negativas, la evitación de pensamientos repetidos o rumiación, la supresión de la expresión de la afectividad negativa o la manipulación fisiológica como hacer ejercicio, relajarse o comer. Entre las estrategias para la regulación de la afectividad positiva, se incluyen la gratitud hacia uno mismo o focalizar en las áreas vitales que nos van bien, ayudar a otros, realizar actos bondadosos o expresar emociones positivas, utilizar el sentido del humor, la risa, etc.

Otro de los modelos más destacados de esta línea de estudio, es el modelo homeostático de Forgas (2000). Éste propone una teoría similar a la propuesta por Larsen, ya que indica que el estado de ánimo varía entorno a un punto, activándose mecanismos de regulación cuando este estado de ánimo no se encuentra cercano a este punto de referencia (Bower & Forgas, 2001). Es decir, la regulación del estado de ánimo funciona dentro de un proceso homeostático. La diferencia significativa con respecto al modelo anterior es que considera que, en muchas ocasiones, el estado de ánimo es regulado a través de procesos automáticos o espontáneos (Bower & Forgas, 2001; Forgas, 2000).

En esta misma línea, algunos autores hablan también de procesos de regulación emocional inconscientes (Gross, 1999; Mayer & Stevens, 1994; Morris & Reilly,

1987; Parrot, 1993), y de su importancia para comprender los fenómenos involucrados en la desregulación del estado de ánimo. Quizás esta última aproximación es la que mejor da cuenta de los procesos de regulación de tipo cognitivo, sobre todo los automáticos, mientras que la regulación de tipo conductual encajaría más con un modelo más general de regulación afectiva como es el planteado por Larsen (2000).

Por otro lado, el grupo de Erber y colaboradores desarrollaron también un modelo de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social (Erber & Erber, 2000; Erber, Wegner, & Therriault, 1996). Este modelo plantea que la regulación del estado de ánimo, ya sea positivo o negativo, se pondría en funcionamiento para adaptarse a la situación social en la que el individuo se encontrara. Según esta teoría, activaríamos la regulación de nuestro estado de ánimo ante una situación social en la que conoceremos a un extraño y sin embargo, no lo haríamos si el encuentro es con una persona conocida (Commons & Erber, 1997; Erber et al., 1996).

Una importante implicación que se puede derivar de esta línea de investigación es que los estados de ánimo deseados pueden no ser estables sino que, por el contrario, podrían estar sometidos a fluctuaciones fruto del contexto social como propone este modelo (Lyubomirsky, Sheldon, & Schkade, 2005).

### *1.3.3. Modelos sobre la alexitimia*

Se han desarrollado diversas teorías para intentar explicar la producción de los síntomas psicossomáticos, teorías que han sido aplicadas a la alexitimia, aunque debemos puntualizar que la alexitimia no se observa sólo en los pacientes psicossomáticos.



Encontramos entre estas teorías, la *teoría genética*, en la que Heiberg (1977, 1978), a través de sus investigaciones, sugiere que podría haber un componente hereditario en la alexitimia, pero al no controlar variables ambientales del desarrollo, sus estudios resultaron escasamente relevantes. En segundo lugar encontramos la *teoría neuroanatómica* que propone la ausencia en las conexiones entre los centros neuronales que intervienen en los afectos, concretamente, una de las posibilidades es que exista una alteración en la conexión entre el sistema límbico y los centros corticales (Nemiah, Freyberger, & Sifneos, 1976), o por otro lado, que las carencias ambientales provoquen un defectuoso desarrollo de las estructuras neuronales (Martín & Pihl, 1985) facilitando las condiciones adecuadas para la formación de síntomas somáticos. En tercer lugar se plantean *teorías psicoanalíticas*. Marty y M'Uzan (1963) plantean que el síntoma psicósomático es el resultado de un déficit específico del yo, concretamente la incapacidad para crear fantasía y para experimentar sentimientos. McDougall (1974) añade que esta incapacidad hace que el impulso se vierta directamente al cuerpo provocando los síntomas psicósomáticos. Estos psiconalistas plantean que el problema de los trastornos psicósomáticos no es tanto un conflicto actual, sino un déficit en el funcionamiento psíquico por conflictos primitivos que no han permitido un normal desarrollo del sujeto. Nemiah et al. (1976) propusieron un modelo de déficit para entender la alexitimia y el proceso psicósomático. Por otro lado, desde el punto de vista evolutivo, Ruesch (1949) Deutsch (1959) propusieron un modelo psicoanalítico del aprendizaje, según el cual si en un momento de la infancia un órgano determinado está enfermo y coincide con un conflicto psicológico importante, ambos quedan íntimamente unidos. De esta manera, cuando el conflicto inconsciente es activado, la función de ese órgano se ve afectada. En este sentido, MacDougall (1985) atribuye estos déficits a una relación entre madre e hijo patológico que provocaría al niño la incapacidad de construir una representación mental de su madre que le sirva para tolerar su ausencia, dificultando el desarrollo de la capacidad de fantasear como forma de simbolizar los impulsos. En cuarto lugar, las *teorías del aprendizaje social*,

también han intentado explicar este fenómeno. En este sentido la alexitimia se relaciona con un bajo nivel social y cultural en el que no se cuenta con los recursos necesarios para describir verbalmente las emociones (Smith, 1983). Esta teoría ha sido criticada por estudios en los que se ha demostrado que el nivel sociocultural no influye en la alexitimia (Parker, Taylor, & Bagby, 1989). En quinto lugar, la teoría sistémica, apoyándose en la descripción hecha por Minuchin, Rosman y Baker (1978) sobre las familias "psicosomatógenas", plantean que la alexitimia, no es un problema individual, sino que se trata de un síntoma de una familia caracterizada por evitar el conflicto y las tensiones emocionales (Onnis & Di Gennaro, 1987). Por último, las *teorías integrativas* han relacionado conceptos de formación de símbolos con estados del desarrollo cognitivo de Piaget y han conceptualizado un modelo del desarrollo de las emociones que incluye cinco pasos, desde el darse cuenta de sensaciones corporales indiferenciadas hasta el darse cuenta de complejos sentimientos y la capacidad de apreciar la experiencia emocional de los demás. La capacidad de construir representaciones mentales de los afectos y la habilidad para experimentar sentimientos estarían relacionadas con el desarrollo del Yo, y los síntomas somáticos estarían relacionados con afectos que no han sido descargados. Otros autores como Stern (1984) inciden en la función comunicativa de los afectos y en los mecanismos cognitivos implicados en su regulación y modulación, los cuales estarían alterados en las personas con alexitimia. El problema fundamental sería el déficit en el procesamiento cognitivo de las emociones y el conflicto intrapsíquico sería el origen de la activación (Stern, 1984).

La mayor parte de estas teorías no han podido ser confirmadas, quedando como teorías explicativas pendientes de confirmación. Las principales objeciones que se hicieron al constructo inicial de alexitimia, se centran en la falta de datos empíricos que apoyaran las hipótesis teóricas y la confusión conceptual entre alexitimia y psicósomática. Este hecho provocó que los investigadores abrieran nuevos caminos para intentar clarificar el constructo de alexitimia, planteándose su estudio en un

amplio abanico de patologías. Estos estudios comprueban que existe mayor prevalencia de alexitimia en los trastornos por somatización (diagnosticados según el DSM) que en las enfermedades psicósomáticas clásicas (Heiberg, 1980), por lo que en este momento, se observan, cuanto menos, conclusiones contradictorias en cuanto a la existencia de manifestaciones alexitímicas en la psicósomática. Algunos pacientes con enfermedades psicósomáticas clásicas (Fukunishi, Tsuruta, Hirabayashi, & Asukai, 2001) o con trastornos somáticos (Cohen, Auld, & Brooker, 1994), muestran características propias de la alexitimia, mientras que otros con estas mismas patologías no lo hacen (Joukamaa, 1996; Smith, 1983). Cabe destacar que muchos de los estudios que apoyan la asociación entre alexitimia y somatización también presentan limitaciones (Mattila et al., 2008), ya que en varios de estos estudios los trastornos psicósomáticos, los niveles de psicopatología y los factores demográficos no han sido controlados (De Gucht & Heiser, 2003; Kooiman, 1998).

De la misma manera, algunos pacientes con otras enfermedades físicas también presentan perfiles alexitímicos (Dewaraja, 1997; Smith, 1983). Por otro lado, otros estudios más específicos apoyan la asociación entre alexitimia y trastornos de dolor (Lumley, Asselin, & Norman, 1997; Mendelson, 1982), la presencia de alexitimia en pacientes en diálisis, con trasplantes de órganos o enfermos en situaciones críticas de cuidados intensivos (Freyberger, 1977), en trastornos cardiovasculares (Buffa, 1997), o cáncer (Todarello, 1997), entre otros.

Pero no solo encontramos en la literatura estudios que relacionen la alexitimia con enfermedades consideradas más físicas, sino que también se incluyen trastornos psicopatológicos: pacientes con adicciones a drogas (Taylor, Parker, & Bagby, 1997) o trastornos de estrés postraumático (Krystal, Giller, & Cicchetti, 1986).

En definitiva, el síndrome alexitímico, en cuanto trastorno cognitivo afectivo, se ha encontrado con gran frecuencia en multitud de enfermedades y no sólo en aquellas consideradas psicósomáticas. Sin embargo, tampoco es específico de éstas,

pudiéndose encontrar síntomas alexitímicos incluso en población sin patología (Taylor, 1999). Este gran abanico de posibilidades en las que podemos encontrar manifestaciones alexitímicas hace muy complejo establecer modelos teóricos firmes sobre el constructo de la alexitimia.

#### *1.3.4. Modelos teóricos principales en este estudio*

##### *1.3.4.1. Modelo Transaccional del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986)*

Los planteamientos de estos autores se situarían dentro de los modelos de regulación emocional basados en el afrontamiento, siendo este modelo uno de los más relevantes en este contexto.

A comienzos de los años 70, Lazarus y sus colaboradores (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1986, 1984) comenzaron a diseñar una teoría diferente del afrontamiento. A esta nueva teoría la denominaron “Modelo transaccional del estrés y del afrontamiento”. En ella se destaca la importancia de los aspectos cognitivos y se incluye el concepto de estrés, definido como el resultado de la valoración negativa que realiza el individuo respecto a la ausencia de equilibrio entre sus recursos personales y las demandas de la situación.

El presente estudio se ha centrado especialmente en este modelo, es decir, en valorar las estrategias de afrontamiento ante eventos negativos de la vida de las personas, en este caso de los niños, y por tanto, se puede considerar el modelo base de la presente investigación sobre las estrategias de regulación emocional.

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, en constante cambio, que debe realizar un individuo para

hacer frente a las demandas externas (ambientales, estresores) o internas (estado emocional) y que son percibidas como desbordantes para los recursos de la persona.

Siguiendo esta definición podemos destacar que: a) El afrontamiento es considerado como un proceso que cambia a medida que los propios esfuerzos son valorados como exitosos o no, aunque los individuos utilicen predominantemente modos de afrontamiento más o menos estables para abordar el problema (Lazarus, 1991); b) el afrontamiento no es automático, es un patrón de respuesta susceptible de ser aprendido y; c) el afrontamiento requiere un esfuerzo dirigido a manejar la situación o a adaptarse a ella. El afrontamiento ha sido tradicionalmente estudiado en relación al estrés y a la enfermedad. No obstante, Lazarus y Folkman (1986, 1984) reconocen el valor que tiene el afrontamiento no sólo en el contexto salud-enfermedad, sino también en otros contextos como la familia y el trabajo. Este modelo procesual de Lazarus considera que el afrontamiento es independiente de los resultados, es decir, puede ser adaptativo o no, dependiendo del contexto y de la evaluación de lo que puede hacerse o no para cambiar la situación.

Por tanto, desde el marco teórico del modelo, Lazarus (1991) sugiere que ante una situación de estrés hay que tener en cuenta: a) la valoración o apreciación que la persona hace de los estresores; b) las emociones y afectos asociados a dicha apreciación y c) los esfuerzos conductuales y cognitivos realizados para afrontar dichos estresores.

La revisión de la literatura y los estudios de meta-análisis (Littleton, Horsley, John, & Nelson, 2007), muestran que pueden distinguirse diferentes tipos o funciones del afrontamiento. De acuerdo con Folkman y Lazarus (1988), el afrontamiento no incluye sólo conductas de acercamiento-evitación o procesos defensivos para afrontar las demandas complejas y restrictivas de un estresor dado, sino también un amplio rango de estrategias cognitivas que tienen una función de resolución de problemas y de regulación de las emociones.

Asimismo, desde la perspectiva del estrés y los procesos de afrontamiento, Lazarus y Folkman (1984) realizaron una distinción de estrategias o procesos de afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción. Esta distinción de dos únicas categorías resulta, de cara a ciertos análisis, demasiado simple. Dentro de cada una de ellas se incluyen respuestas muy diferentes entre sí, que pueden tener implicaciones también muy diferentes en el éxito o fracaso del afrontamiento por parte de la persona.

Lazarus (Lazarus & Folkman, 1986,1984) plantea que no puede considerarse ninguna estrategia esencialmente mejor o peor que otra. El juicio acerca de la adecuación de una determinada estrategia debe hacerse teniendo en cuenta el contexto en que se produce. Considerar el afrontamiento como un proceso implica tener en cuenta lo que el individuo realmente piensa o hace en un contexto específico y condiciones particulares, en un continuo cambio a medida que la interacción va desarrollándose. Esta dinámica no es fruto del azar, sino de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno.

Como puede observarse, el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1986) enfatiza la naturaleza continua y recíproca de la interacción entre la persona y el ambiente, entre las características perceptuales del sujeto y las propiedades del evento al que se enfrenta. En este sentido, la forma en que la persona afronta una situación cambia cuando el contexto cambia, por lo que puede verse afectado igualmente por las características culturales. Las personas tienden a sentirse más o menos estresadas por determinados eventos, en relación con las experiencias y expectativas dentro de su cultura. Las variaciones en la expresión de las emociones y las expectativas de autonomía e independencia a través de las culturas pueden influir en el tipo de afrontamiento esperable frente a la amenaza (Dwyer, 2005).

*1.3.4.2. Modelo de regulación cognitiva de las emociones de Garnefski, Kraaij y Spinhoven, (2001)*

El modelo desarrollado por estos autores destaca los principales aspectos de regulación emocional que han sido estudiados en la presente tesis doctoral, desde el punto de vista de las estrategias de afrontamiento.

La regulación emocional, como estamos pudiendo comprobar, no es un concepto simple, contrariamente incluye una amplia variedad de procesos biológicos, sociales, conductuales y cognitivos, cuyo estudio empírico no resulta tampoco simple y por tanto requiere un análisis pormenorizado. Años de investigaciones previas han demostrado que la regulación cognitiva de las emociones está íntimamente vinculada con la vida humana ya que ayuda a las personas a mantener el control sobre sus emociones durante o después de haber experimentado una amenaza o un acontecimientos estresante (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001).

Aunque los seres humanos, de manera universal, tenemos la capacidad de desarrollar formas de pensamiento complejo y la capacidad de regular cognitivamente nuestras emociones, existen grandes diferencias individuales en la cantidad de actividad cognitiva y en el contenido de los pensamientos por el que las personas regulan sus emociones en respuesta a las experiencias negativas de la vida o a los factores de estrés. Por otro lado, al experimentar un acontecimiento vital negativo, los procesos cognitivos que se ponen en marcha pueden ser de dos tipos: inconscientes, como por ejemplo la proyección o la negación, y conscientes como por ejemplo la auto-culpa, culpar a otros, la rumiación o el catastrofismo (Garnefski et al., 2001).

La línea de investigación desarrollada por Garnefski y Kraaij (2007) se centra en el estudio y la medición de los procesos conscientes de regulación cognitiva de las emociones (Garnefski & Kraaij, 2007; Garnefski et al., 2001; Garnefski, Kraaij, &

Spinhoven, 2002). Los estudios llevados a cabo por este grupo tienen importantes implicaciones, tanto en el nivel teórico como en el aplicado.

Según el modelo de estos autores, la regulación cognitiva de las emociones es un proceso consciente y se refiere a la manera cognitiva que tenemos para manejar la entrada de información emocional significativa (Garnefski et al., 2001; Thompson, 1991). Esta definición se puede considerar como parte de una definición más amplia: la regulación emocional se refiere a un conjunto de competencias desarrolladas a través de procesos intrínsecos y extrínsecos responsables de supervisar, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y temporalidad (Gross, 1999; Thompson, 1994).

Desde un punto de vista teórico, estos autores destacan la afinidad entre su modelo cognitivo y consciente de regulación emocional y el modelo tradicional de afrontamiento cognitivo (Garnefski et al., 2002). Una diferencia conceptual importante entre los dos es que el primero es más operativo en el estudio de los factores cognitivos que regulan las emociones (Garnefski et al., 2001). Sin embargo, el modelo tradicional de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984) en el que se divide el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción, considera indistintamente estrategias cognitivas de afrontamiento (por ejemplo, la planificación de una acción) y conductuales (por ejemplo, buscar el apoyo de otros). Para el grupo de investigación de Garnefski, la teoría de regulación cognitiva de las emociones se basa en la suposición de que pensar y actuar se refieren a procesos diferentes y, por lo tanto, considera exclusivamente las estrategias cognitivas separadas de las conductuales (Garnefski et al., 2001, 2002).

Desde un punto de vista aplicado, los resultados obtenidos por el equipo de Garnefski y Kraaij reflejan la importancia de los procesos cognitivos de regulación emocional en la modulación de ciertos síntomas asociados a algunos trastornos psicológicos (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski et al., 2002), entendiéndolos



como un indicador de riesgo en las personas que se enfrentan a situaciones difíciles o traumáticas en la vida (Garnefski, Koopman, Kraaij, & ten Cate, 2009; Garnefski, Kraaij, Schroevers, & Somsen, 2008).

#### *1.3.4.3. Modelo de Gross y Thompson (2007)*

El modelo de Gross y Thompson (2007) forma parte de aquellos que están más centrados en la regulación del estado de ánimo. Para explicar el concepto de emoción, Gross (Gross, Richards, & John, 2006) ha propuesto el modelo modal de las emociones, el cual es importante para poder entender el proceso de regulación emocional.

En términos generales, la regulación emocional la definen como el ejercicio consciente de regular la emoción (Gross & Thompson, 2007; Zelazo & Cunningham, 2007). La modificación de la experiencia se da mediante el ejercicio, también consciente, del control de una serie de elementos relacionados. Ello transforma la situación, la atención, la evaluación y, finalmente, la respuesta emocional (Gross & Johnson, 2003; Gross & Thompson, 2007). La regulación emocional, por tanto, es un proceso mediante el cual la persona influye en sus emociones, de manera que pueda determinar la forma de experimentarlas y cómo y cuándo expresarlas dependiendo del contexto en el cual se desenvuelve.

Para comprender qué es la regulación emocional, debe pensarse en un proceso. Gross y Thompson (2007) plantearon este modelo de la emoción basado en la retroalimentación de cuatro elementos diferentes: 1) La situación relevante: puede ser externa (eventos o exigencias ambientales) o interna (representaciones mentales); 2) La atención: en la que se produce una selección de los elementos más significativos de una situación; 3) La evaluación: la que depende de la relevancia de

la situación y; 4) La respuesta emocional: la que, por efectos de la retroalimentación, modifica la situación relevante.

En términos generales, el modelo modal de la emoción implica que el sujeto está frente a una situación, presta atención a esta situación, hace una evaluación de ella y emite la respuesta emocional. Este modelo de la reacción emocional da origen al proceso de autorregulación. Ésta no es posible si uno no atiende a aquello que se desea regular, lo que cambia constantemente (Gross & Thompson, 2007).

Este modelo especifica una secuencia de los procesos implicados en la generación de la emoción, cada uno de los cuales es un blanco potencial para la regulación, poniendo de relieve una serie de puntos en los que el individuo puede regular sus emociones. En este modelo de la emoción (Figura 1) se presentan cinco estrategias acordes a los cuatro elementos anteriormente citados (Gross & Thompson, 2007):

- Selección de la situación. Se refiere a la aproximación o evitación a ciertas personas, lugares u objetos que provoquen un impacto emocional con el objetivo de influir en las propias emociones. En el esquema (Figura 1) se representa con la selección de S1 en lugar de S2.
- Modificación de la situación. Una vez que uno tiene una situación elicitoria de emoción, puede emplear la estrategia de modificación de la situación, la cual se refiere a modificar el ambiente para alterar su impacto. La selección y la modificación de la situación ayudan al individuo a darle forma a ésta. Sin embargo, es posible regular la emoción sin tener que cambiar el ambiente. Una vez seleccionada, la persona se puede adaptar para modificar su impacto emocional, lo cual podría verse también como una estrategia de afrontamiento centrada en el problema (alternativas S1x, S1y, S1z en la Figura 1).
- Despliegue atencional. Las situaciones tienen muchos aspectos, y el despliegue de atención se refiere a cómo los individuos dirigen su atención

dentro de una cierta situación para influir en sus emociones. Aunque la situación ha sido seleccionada, modificada y selectivamente atendida aún es posible que la situación tenga un impacto emocional. La atención puede ayudar a la persona a elegir en qué aspecto de la situación se centrará (distraernos si la conversación nos aburre o tratar de pensar en otra cosa cuando nos preocupa algo) (a1, a2, a3... en la Figura 1 representan los diferentes aspectos de la situación a los que podemos atender).

- Cambio cognitivo. El cambio cognitivo se refiere a evaluar la situación con el objetivo de alterar su significado emocional, cambiando lo que uno piensa de la situación o las capacidades de uno para manejarla. Según Ray, Wilhelmy Gross (2008) hay fuerte evidencia respecto a que el uso de la distracción y la reevaluación cognitiva contribuyen a una más pronta recuperación en los episodios que generan ira. Esto es lo que podría llevar al “reappraisal” y sería el fundamento de terapias psicológicas como la reestructuración cognitiva. En definitiva, se refiere a cuál de los posibles significados elegimos de una situación.
- Modulación de la respuesta. La modulación de la respuesta se refiere a modificar las tendencias de respuesta una vez que han surgido (Gross & Thompson, 2007), por ejemplo inhibiendo la expresión emocional. Cuando la persona tiene dificultades para regular sus emociones, puede tener una mayor probabilidad de presentar dificultades psicológicas importantes tanto en el eje I como en el eje II, trastornos de conducta, problemas de salud física, dificultades en el ajuste social y la competencia social, lo cual implica un deterioro en las relaciones interpersonales y en el adecuado funcionamiento en la vida diaria (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Cappadocia, Desrocher, Pepler, & Schroeder, 2009; Gross & Muñoz, 1995; Gross & Thompson, 2007; Sallquist et.al, 2009; Walden, Harris, & Catron, 2003; Werner & Gross, 2010). En el esquema reflejado en la Figura

1, se muestran signos – y + para representar la inhibición o excitación de estas respuestas a diferentes niveles.

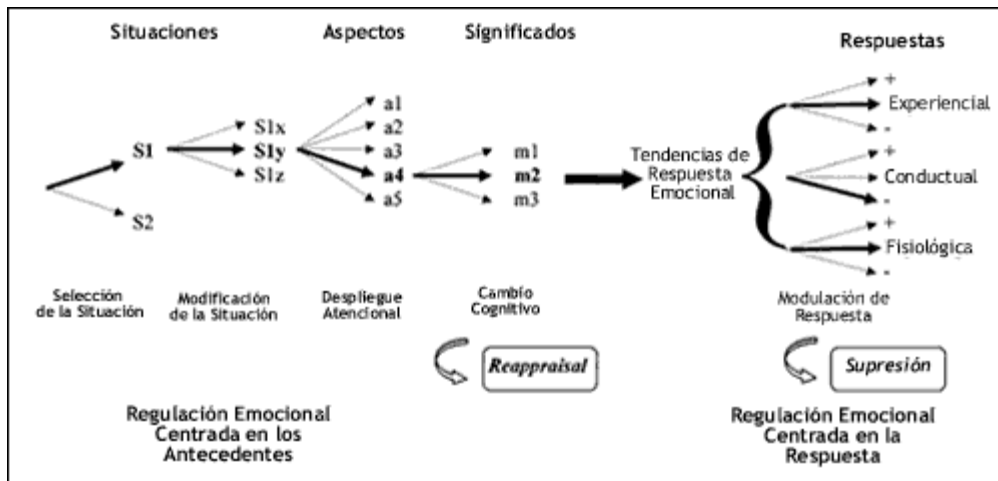


Figura 1. Modelo de Gross de Autorregulación Emocional (Barret & Gross, 2001; Gross & John, 2002; Gross, 2002)

Tal y como se puede apreciar en el modelo, las cuatro primeras estrategias estarían centradas en los antecedentes, mientras que la última de ellas estaría centrada en la respuesta emocional.

Existe abundante literatura actual sobre las posibles consecuencias a varios niveles de la autorregulación emocional (Frank et.al., 2014; Hu et al., 2014; Sheppes et al., 2015). Gross (2002) señala que las estrategias de “reappraisal” son a menudo más efectivas que la supresión emocional. El “reappraisal” reduce la experiencia emocional y también la expresión conductual, mientras que la supresión reduce la expresión pero falla en reducir la experiencia emocional.

Por otra parte, Barret y Gross (2001) ponen de manifiesto que la supresión podría estar afectando a la salud física (depresión del sistema inmune, mayor riesgo coronario o progresión del cáncer), y en definitiva que las consecuencias de las

estrategias centradas en los antecedentes (reappraisal) serían preferibles en este sentido a las centradas en la respuesta.

La evidencia demuestra que, a pesar de lo consistente de los resultados a favor de la autorregulación emocional, no debe olvidarse que éste es un fenómeno complejo, que actúa simultáneamente (Gross & Thompson, 2007) y que está articulado en las diferentes situaciones en las que se encuentra inmerso el individuo.

#### *1.3.4.4 Modelo de Mayer y Salovey (1997)*

El modelo propuesto por Mayer y Salovey (1997) está más relacionado con la terminología de inteligencia emocional que con la de regulación emocional, pero se ha incluido dentro de esta revisión de modelos, ya que los aspectos más característicos de su teoría incluyen mecanismos de regulación emocional. Además, también tiene en cuenta aspectos como la identificación y la expresión de emociones, elementos igualmente clave en esta tesis doctoral. Por otro lado, este modelo presenta una estrecha vinculación con el contexto educativo donde se desarrolla gran parte de la vida de un niño.

Estos autores no discriminan entre afrontamiento y regulación emocional, considerando ambos conceptos como sinónimos. Mayer y Salovey (1997) indican que la Inteligencia Emocional se ha concebido como "una habilidad para percibir, asimilar, comprender y regular las propias emociones y las de los demás promoviendo un crecimiento emocional e intelectual". Así, Mayer, Salovey y Caruso (2000) plantean que la Inteligencia Emocional puede ser entendida como una forma de inteligencia social, separada de la inteligencia general y que tiene relación con la emoción y la cognición. El modelo de Inteligencia Emocional de Mayer, Salovey y Caruso (2004) propone cuatro habilidades básicas:

- 1) Conciencia emocional - Percepción, evaluación y expresión emocional: se refiere al reconocimiento consciente de nuestras emociones y las de los demás y a la identificación de lo que sentimos, además de la capacidad de darle una etiqueta verbal. Una buena percepción implica saber identificar nuestros sentimientos, etiquetarlos y vivenciarlos. Al reconocer cómo nos sentimos, establecemos la base para posteriormente aprender a controlarnos, moderar nuestras reacciones y no dejarnos arrastrar por impulsos.

Junto a la percepción de nuestros estados afectivos, se suman las emociones que provocan otros elementos cargados de sentimientos. Esta habilidad también consiste en reconocer las emociones expresadas, tanto verbal como gestualmente, en el rostro y cuerpo de las personas; incluso, en el hecho de distinguir el valor o contenido emocional de un evento o situación social. La forma de evaluar nuestro grado de conciencia emocional está siempre unida a la capacidad para poder describir nuestras emociones, expresarlas con palabras, otorgando una etiqueta verbal correcta.

- 2) Facilitación emocional del pensamiento: se refiere a la capacidad para generar sentimientos que faciliten el pensamiento. Las emociones y los pensamientos se encuentran íntimamente ligados y, si sabemos utilizar las emociones en relación al pensamiento, nos ayudarán a razonar de forma más inteligente y tomar mejores decisiones. Tras una década de investigación, empezamos a descubrir que controlar nuestras emociones y hacerlas partícipes de nuestros pensamientos favorece una adaptación más apropiada al ambiente. Por ejemplo, nuestras emociones se funden con nuestra forma de pensar consiguiendo guiar la atención a los problemas realmente importantes, nos facilita el recuerdo de eventos emotivos, permite una formación de juicios acorde a cómo nos sentimos y, en función de nuestros sentimientos, tomamos perspectivas diferentes ante un mismo problema. Que los niños estén felices o tristes, enfadados o eufóricos o hagan o no un

uso apropiado de su inteligencia emocional para regular y comprender sus emociones puede, incluso, determinar el rendimiento final de sus notas escolares y su posterior dedicación profesional (Graziano, Reavis, Keane, & Calkins, 2007).

- 3) **Comprensión y análisis de la información emocional-** utilización del conocimiento emocional: se refiere a la integración de lo que sentimos dentro de nuestro pensamiento y saber considerar la complejidad de los cambios emocionales.

Para comprender los sentimientos de los demás debemos empezar por aprender a comprendernos a nosotros mismos, como por ejemplo, cuáles son nuestras necesidades y deseos, qué cosas, personas o situaciones nos causan determinados sentimientos, o cómo nos afectan y qué consecuencias y reacciones nos provocan. Si reconocemos e identificamos nuestros propios sentimientos, tendremos más facilidad para conectar con las emociones de los demás. Empatizar consiste en situarnos en el lugar del otro y ser consciente de sus sentimientos, sus causas y sus implicaciones personales. Junto a la existencia de otros factores personales y ambientales, el nivel de inteligencia emocional de una persona está relacionado con las experiencias emocionales que nos ocurren a lo largo del ciclo vital. Desarrollar una plena destreza empática en los niños implica también enseñarles que no todos sentimos lo mismo en situaciones semejantes y ante las mismas personas, que la individualidad orienta nuestras vidas y que cada persona siente distintas necesidades, miedos o deseos.

- 4) **Regulación emocional:** dirigir y manejar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz.

Una de las habilidades más complicadas de desarrollar y dominar con destreza es la regulación de nuestros estados emocionales. Consiste en la habilidad para moderar o manejar nuestra propia reacción emocional ante situaciones intensas, ya sean positivas o negativas. La regulación emocional se ha considerado como la capacidad para evitar respuestas emocionales descontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo. Tal definición es comúnmente considerada correcta, pero resulta incompleta. Las investigaciones están ampliando el campo de la autoregulación a las emociones positivas. Una línea divisoria invisible y muy frágil demarca los límites entre sentir una emoción y dejarse llevar por ella. Es decir, regular las emociones implica algo más que simplemente alcanzar satisfacción con los sentimientos positivos y tratar de evitar o esconder nuestros afectos más dañinos. La regulación supone un paso más allá, consiste en percibir, sentir y vivenciar nuestro estado afectivo, de forma que no llegue a nublar nuestra forma de razonar. Posteriormente, debemos decidir de manera prudente y consciente, cómo queremos hacer uso de tal información, de acuerdo a nuestras normas sociales y culturales, para alcanzar un pensamiento claro y eficaz y no basado en el impulso y la irracionalidad. Un experto emocional elige bien los pensamientos a los que va a prestar atención con objeto de no dejarse llevar por su primer impulso e, incluso, aprende a generar pensamientos alternativos adaptativos para controlar posibles alteraciones emocionales. Del mismo modo, una regulación efectiva contempla la capacidad para tolerar la frustración y sentirse tranquilo y relajado ante metas que se plantean como muy lejanas o inalcanzables. Tampoco se puede pasar por alto la importancia de la destreza regulativa a la hora de poner en práctica nuestra capacidad para automotivarnos. En este sentido, el proceso autoregulativo forma parte de la habilidad inherente para valorar nuestras prioridades, dirigir nuestra energía hacia la consecución de un objetivo, afrontando positivamente los obstáculos encontrados en el camino, a través



de un estado de búsqueda, constancia y entusiasmo hacia nuestras metas (Mayer et al., 2004).

Estas habilidades están enlazadas de forma que para una adecuada regulación emocional es necesaria una buena comprensión emocional y, a su vez, para una comprensión eficaz requerimos de una apropiada percepción emocional. No obstante, lo contrario no siempre es cierto. Personas con una gran capacidad de percepción emocional carecen a veces de comprensión y regulación emocional (Mayer et al., 2004).

Así pues, esta capacidad para identificar y gestionar las propias emociones, así como de empatizar hacia los demás, juega un papel importante a la hora de razonar o reflexionar sobre una situación problemática. La inteligencia emocional es una habilidad que unifica las emociones y el razonamiento, facilitando un modo de pensar más inteligente ante las situaciones problemáticas (Mayer & Salovey, 1997).

Como puede observarse, el modelo de habilidad de Mayer y Salovey se centra de forma exclusiva en el procesamiento emocional de la información y en el estudio de las capacidades relacionadas con dicho procesamiento. Por otra parte, los aspectos personal e interpersonal también son relativamente independientes y no tienen que darse de forma concatenada. Existen personas muy habilidosas en la comprensión y regulación de sus emociones y muy equilibradas emocionalmente, pero con pocos recursos para conectar con los demás. Lo contrario también ocurre, pues hay personas con una gran capacidad empática para comprender a los demás, pero que carecen de habilidades para gestionar sus propias emociones.

La inteligencia emocional, como habilidad, no se puede entender como un rasgo de personalidad o parte del «carácter» de una persona, aunque exista cierta interacción entre la inteligencia emocional y la personalidad, al igual que existe con la inteligencia abstracta. Según este modelo, las personas con cierto tipo de personalidad desarrollarán con más o menos facilidad, con mayor o menor rapidez,

sus habilidades emocionales. Al fin y al cabo, la persona no es la suma de sus partes, sino una fusión que convive de forma integrada (Mayer et al., 2004).

#### **1.4. Aspectos básicos sobre regulación emocional y alexitimia en la infancia**

Una competencia es el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia (Bisquerra, 2000). Por lo tanto, la competencia emocional se puede entender como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales (Bisquerra, 2000). Por otro lado, Saarni (1990) la define como la habilidad para aplicar el conocimiento de las emociones a la hora de regularlas cuando se llevan a cabo intercambios sociales. Como observamos en ambas definiciones, está presente el componente regulatorio, aspecto clave para la presente investigación. También observamos cómo se incluyen otros conceptos como la expresión emocional, muy ligados al término alexitimia. En esta tesis se ha querido seguir esta visión de competencia emocional, centrando su estudio en la regulación emocional desde el afrontamiento cognitivo y en los componentes de la alexitimia. En población clínica adulta, se pueden encontrar recientes estudios de meta-análisis sobre estos dos aspectos (O'Driscoll, Laing, & Mason, 2014), pero en población infantil no clínica, no hemos encontrado estudios al respecto.

Con el paso de los años, el interés por la competencia emocional ha ido aumentando, interés que también ha llegado al mundo infantil y todo parece indicar que este tema va a despertar incluso más interés en los próximos años. Los estudios al respecto intentan profundizar en los conocimientos básicos y aplicados sobre los procesos emocionales que llevan a los niños a comportarse de una manera determinada para conseguir a largo plazo una adaptación adecuada a su entorno y

mayor bienestar personal y social, por lo que podríamos considerarla una competencia esencial para la vida (Brown & Conroy, 2011; Duncombe, Havighurst, Holland, & Frankling, 2013).

Un sector importante de la juventud se ve inmerso en comportamientos de riesgo que están asociados a un desequilibrio emocional, y diversos estudios (Garaigordobil & Peña-Sarrionandia, 2015; Ștefan & Miclea, 2012) presentan la competencia emocional como un componente de prevención. Los problemas derivados de la baja autoestima, depresión, estrés, violencia o consumo de drogas entre otros, nos indican que son comportamientos de riesgo cuya base tiene un componente emocional (Dryfoos, 1997; Walker & Townsend, 1998). En este sentido, Hurrelmann (1997) señala como el estrés en la adolescencia correlaciona con el fracaso escolar, la conducta social anómala, la violencia, el consumo de drogas y la baja autoestima.

En este contexto, contamos con evidencias que indican el valor de las competencias emocionales como factores preventivos en relación a los procesos de enfermedad (Graczyk et al., 2000). Los datos indican que hay dos categorías de factores protectores: personales y ambientales (Doll & Lyon, 1998; Dryfoos, 1997; Durlack, 1998; Graczyk et al., 2000). Las características personales de un niño o adolescente que sirven de factores preventivos son: competencias sociales y emocionales, es decir, las habilidades sociales, la capacidad de solución de problemas, la autoeficacia o la autoestima entre otros. Y en cuanto a los factores ambientales que aportan un contexto de apoyo y favorecen el desarrollo socio-emocional son el compromiso fuerte con un adulto, el comportamiento apropiado de los padres o las actividades sociales.

Estos datos nos confirman la necesidad de abordar una prevención de situaciones problemáticas en el niño, a través de la competencia emocional, que incida en situaciones múltiples. Por otra parte, además de prevenir, es importante construir

bienestar. Tenemos constancia de que los niños que experimentan un mayor bienestar personal presentan menos probabilidad de que se impliquen en comportamientos de riesgo, y al mismo tiempo es más probable que procuren mantener buena salud, cuidar de sí mismos y de los demás (Scales & Leffert, 1999; Singh & Mishra, 2011).

Harris, Olthof y Meerum- Terwogt (1981) ponen de manifiesto que a los 6 años de edad, la gran mayoría de niños no creían que ellos pudieran cambiar lo que sentían utilizando métodos cognitivos, como pensar en otra cosa, sin embargo sí que aceptaban cambios en la emoción sentida mediante estrategias conductuales como morderse los labios. Es a partir de los 8- 9 años cuando los niños empiezan a aceptar espontáneamente que las estrategias cognitivas son útiles, a pesar de que las hayan utilizado con control y apoyo adulto varios años antes. En este sentido, Meerum-Terwogt y Stegge (1995) y Harris (1985, 1989) demuestran cómo el control cognitivo de las emociones, se desarrolla y cambia durante largos periodos de evolución hasta años cercanos a la adolescencia.

Con la madurez y con la educación que van adquiriendo los niños, pueden llegar a desarrollar una adecuada competencia emocional. Los niños con una competencia emocional elevada disfrutarán de relaciones interpersonales positivas, de un bienestar psicológico, de un alto rendimiento académico, y les servirá como factor de protección ante el desarrollo de conductas disruptivas (De Castella et.al., 2013; Fernández- Berrocal & Ruiz, 2008).

Por tanto, uno de los objetivos de este estudio es aportar evidencias sobre las bondades del desarrollo de la competencia emocional en la infancia valorando la importancia que conlleva el hecho de que estas competencias estén adquiridas al llegar a la edad adulta.

#### *1.4.1. Regulación de las emociones desde el afrontamiento cognitivo*

##### *1.4.1.1. Regulación emocional*

El estudio de las emociones, como hemos visto, ha estado presente desde tiempos remotos, pero ha sido en las dos últimas décadas cuando el interés sobre la regulación de las emociones ha despertado mayor auge (Gross, 2007; 2010).

Algunos de los estudios, bajo el término de regulación emocional, proponen la inclusión de dos aspectos fundamentales: a) la regulación que ejercen las emociones sobre diversos procesos (atención, memoria, acción...) y; b) la capacidad de regular la propia emoción de diversos modos; es decir, las emociones regulan y son reguladas (Cole et al., 1994). Sin embargo, habitualmente la regulación emocional se utiliza para designar solamente al segundo de los aspectos, al modo en que las emociones son reguladas (Bradley, 2000; Frijda, 1991; Izard, 1977; Plutchik, 1980; Thompson, 1994; Westen, 1994).

En este sentido, varios autores (Thompson, 1994; Westen, 1994) están de acuerdo en plantear que la regulación emocional "sirve para evitar, desplazar, transformar, minimizar, inhibir o intensificar las emociones". De la misma manera lo entiende Cole et al. (1994), que definen la regulación de la emoción como "los procesos de iniciar, evitar, inhibir, mantener o modular la ocurrencia, forma, intensidad y duración de los estados sentimentales internos, de los procesos fisiológicos relacionados con la emoción, de las metas relacionadas y la conducta concurrente con la emoción, generalmente al servicio de conseguir un objetivo".

Según Gross (1999), la regulación emocional se refiere a "aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos" (Gross, 1999). Otros autores han puesto el foco de atención en un rango más amplio de procesos al definir la regulación emocional como "los procesos externos e

internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson, 1994).

Como puede observarse, en la bibliografía precedente encontramos multitud de definiciones de regulación emocional, destacando aspectos como el control o disminución de la emoción, los comportamientos externos derivados de la emoción, o las emociones negativas o positivas que experimentamos, entre otros. Sin embargo, todos los autores están de acuerdo en que se trata de un dispositivo procedimental por el cual se armonizan o modulan, incrementando, disminuyendo o redirigiendo las respuestas emocionales (Bridges & Grolnick, 1995; Thompson, 1994). Todas estas definiciones, sin embargo, no diferencian de forma precisa cuándo el proceso es adaptativo y cuándo por el contrario se torna disfuncional.

Lo que parece evidente es que todavía no conocemos con exactitud los procesos emocionales, cognitivos o motivacionales que pueden estar en la base de la regulación de las emociones, aunque diversos estudios de resonancia magnética han intentado aportar información al respecto (Frank et al., 2014), y tampoco conocemos exactamente qué estrategias son más útiles y efectivas para cada situación o para cada persona.

La regulación emocional eficaz está asociada al funcionamiento social efectivo y adecuado (Eisenberg, Fabes, Guthrie, & Reiser, 2002); así, quienes disponen de mayor capacidad para regular sus emociones (tanto las negativas como las positivas), informan tener más relaciones positivas, muestran menos conductas sociales desviadas y son menos propensos a desarrollar trastornos psicológicos (Lopes, Salovey, Côté, & Beers, 2005).

En las últimas investigaciones encontradas en la literatura (Eisenberg & Sulik, 2012), los autores revisan los aspectos conceptuales básicos aportados por la investigación en regulación emocional infantil, aportando mayor claridad al respecto, aunque todavía queda mucho por concretar. Es habitual encontrarse con

la distinción entre el afrontamiento centrado en el problema o centrado en la emoción, que detallaremos más adelante, sin embargo, también hay otra forma de clasificar las estrategias de afrontamiento (Holahan, Moss, & Schaeffer, 1996): a) Estrategias cognitivas (lo que piensas), que implican acciones de tipo mental como por ejemplo, pensar en otra cosa, reevaluar la situación, etc y; b) estrategias conductuales (lo que haces), que implican algún tipo de acción física como por ejemplo marcharse de la situación, relajarse, hacer deporte, etc.

Con bebés y niños pequeños se ha investigado especialmente la regulación de la estimulación emocional y de la propia emoción, mientras que con niños hasta los 8-9 años ha sido más común adentrarse en la regulación de los comportamientos que acompañan a la experiencia emocional. A partir de esa edad, es posible estudiar la regulación cognitiva de las emociones (Cromheeke & Mueller, 2014).

En los estudios realizados en muestras de adultos, la regulación emocional se refiere tanto a la experiencia emocional subjetiva o cognitiva como a las manifestaciones comportamentales de las emociones (Campos et al., 2004; Cole et al., 1994; Dodge, 1989; Frijda, 1993). Sin embargo, los investigadores del desarrollo en regulación emocional suelen centrar más el estudio en los factores extrínsecos o conductuales, por estar estos últimos más presentes en la infancia (Cole et al., 2004). Por tanto, queda mucho por estudiar en relación a los aspectos más cognitivos de las emociones en la infancia.

Es importante señalar que la regulación emocional hace referencia tanto a emociones positivas como negativas (Cole et al., 1994; Thompson, 1994; Westen, 1994). Regulación emocional no equivale, en absoluto, a control o inhibición de las emociones negativas. Tampoco significa simplemente control inhibitorio de cualquier emoción, positiva o negativa; la regulación puede consistir también en la intensificación de las emociones, tanto positivas como negativas (Frijda, 1993; Thompson, 1994).

#### *1.4.1.2. Afrontamiento cognitivo*

El estrés y la ansiedad se consideran características del siglo XX. Las habilidades de afrontamiento emergieron para hacer frente a las situaciones de estrés y han generado abundante literatura (Campos et al., 2004; Lazarus, 1991; Snyder, Barry, & Valentino, 2015; Zeidner & Endler, 1996). En los últimos años, estas investigaciones se han dedicado a comprobar los efectos de la competencia emocional en la adaptación, y en concreto en conocer como las habilidades de afrontamiento ayudan a superar situaciones de estrés y por consiguiente potencian un mejor estado de salud y bienestar. Las investigaciones en esta línea no están exentas de dificultades y todavía no permiten llegar a resultados concluyentes. No obstante, en su conjunto los datos apuntan que la competencia emocional ayuda a prevenir y superar las situaciones de estrés y favorece la adopción de comportamientos saludables (Mattews & Zeidner, 2000).

Hasta los años 60 no se comienza a emplear el término afrontamiento (coping) para definir los mecanismos de defensa que se ponen en marcha ante situaciones estresantes de la vida (Lazarus, 1966). Pero desde los inicios de la psicología ha sido una cuestión que ha preocupado a los estudiosos de la materia.

El afrontamiento, tal y como es definido por Lazarus y Folkman (1986), se considera un proceso en el que el individuo lleva a cabo acciones y pensamientos en un contexto específico que van cambiando constantemente a medida que la interacción va desarrollándose. Esta dinámica se desarrolla a través de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno.

El modelo de Lazarus y Folkman (1986) destaca la naturaleza continua y recíproca de la interacción entre la persona y el ambiente, entre las características de percepción del sujeto y las características del evento a enfrentar. En este sentido,



los elementos culturales del contexto también influirán en la manera de afrontar un evento. Las personas se sienten más o menos estresadas por determinados eventos, en función de las experiencias y expectativas de su cultura (Dwyer, 2005).

La revisión de la literatura muestra diferentes tipos o funciones del afrontamiento. Según Folkman y Lazarus (1988), el afrontamiento no incluye sólo conductas de acercamiento, evitación o defensivas para dar respuesta a las demandas de un estresor, sino también un gran conjunto de estrategias cognitivas que tienen una función de resolución de problemas y de regulación de las emociones.

Como ya hemos comentado, las estrategias que utilizan los niños para controlar las emociones negativas tienen una base conductual y también cognitiva. Para los niños de 8 a 12 años, los problemas de regulación emocional más relevantes se relacionan con la incapacidad de tolerar la frustración, la regulación del enfado y el control de los comportamientos agresivos (Sprung et al., 2015). Estos tipos de problemas se reconocen como desórdenes de conducta o conducta externalizante. Los problemas de naturaleza interna, de comportamiento inhibitorio y de timidez, son menos detectados y molestos y por tanto menos estudiados en las investigaciones.

Las investigaciones realizadas sobre el afrontamiento entienden que los modelos basados en un afrontamiento situacional del individuo presentan un poder explicativo reducido (Kozak, Strelau, & Miles, 2005; Suls, David, & Harvey, 1996), mostrándose más evidencia ante la importante consistencia de las estrategias de la persona en diferentes contextos (Costa, Sommerfield, & McCrae, 1996; Romano, Jensen, & Turner, 2003).

Desde la primera perspectiva, las formas de afrontamiento del estrés y de las emociones negativas se pueden organizar en adaptativas (aquellas que ayudan a mejorar el bienestar) y no adaptativas (aquellas que se asocian a malestar y ansiedad). Entre las primeras están las que buscan cambiar el medio activamente, aumentar los vínculos con otros y cambiar la forma de pensar y sentir. Entre las segundas están las

que evitan acercarse a la situación, pensamientos y emociones, que se aproximan de forma extrema, rígida y que no cambian la situación o la empeoran – como la rumiación, la confrontación y la descarga emocional- (Sprung et al., 2015).

La regulación de las emociones a través de nuestros pensamientos está estrechamente asociada con la vida humana. Las estrategias cognitivas de afrontamiento se definen como aquellas estrategias para la regulación cognitiva de las emociones, la regulación de la respuesta emocional ante eventos que han causado un perjuicio emocional al individuo (Thompson, 1991).

Esta experiencia en la que el individuo utiliza diferentes estilos o estrategias cognitivas de afrontamiento para adaptarse activamente a la situación (Monat & Lazarus, 1991), ha sido investigada preferentemente en adultos. Solo en los últimos años, se ha comenzado a abordar esta temática en niños y adolescentes, ya que se considera que muchas conductas de riesgo responden a la incapacidad de esta población para afrontar sus preocupaciones (Steiner, Erickson, Hernández, & Pavelski, 2002).

Las estrategias cognitivas de afrontamiento se refieren a aquellos estilos que son más o menos estables en los individuos, aunque no equiparables al concepto de rasgo de personalidad. En ciertas situaciones, los individuos usan estrategias cognitivas que pueden ser diferentes a las usadas en otras situaciones. Estas estrategias también pueden verse influenciadas, cambiadas o aprendidas a través de la psicoterapia, nuestras experiencias o programas de intervención (Sprung et al., 2015).

Estudios de Garnefski et al. (2001) en su versión de adultos han demostrado correlaciones entre medidas de afrontamiento, personalidad, autoestima y autoeficacia en la línea de lo esperado, por lo que es interesante conocer, si estas mismas líneas son también aplicables a los niños.

#### *1.4.1.3. Perspectiva cognitiva de la regulación emocional*

A lo largo de la historia, podemos encontrar multitud de perspectivas sobre la emoción. Entre las más relevantes se incluyen la conductual, la fisiológica, la evolucionista o la cognitiva. Pasamos a resumir todas ellas con el objetivo de establecer un marco de estudio y expondremos más detalladamente a continuación la perspectiva cognitiva, por resultar especialmente relevante en esta investigación.

Para la perspectiva conductual, los mecanismos de condicionamiento toman especial relevancia. Watson (1913) y Skinner (1977), dos de los representantes más notorios, estudiaron la emoción desde el punto de vista de la observación externa, entendiendo que el estímulo externo es el que desencadena la emoción, es decir, que las emociones están determinadas por factores ambientales y por tanto se puede llegar incluso a predecir sus efectos.

Lange y James (1922) son dos de los investigadores clásicos más importantes en el estudio del proceso emocional desde la orientación fisiológica. La emoción se considera desde el punto de vista de la percepción del individuo sobre los cambios corporales que experimenta de manera automática. La sensación que provocan en el sujeto estos cambios sería la emoción, es decir, la experiencia afectiva de una conducta refleja (Fernández-Abascal, 1997). Esta perspectiva ha sido objeto de muchas críticas, aunque ha servido de base para estudios posteriores.

Las teorías evolucionistas, cuyo máximo representante es Darwin (1873), inciden en el papel adaptativo, funcional y hereditario de las emociones y su aportación a la supervivencia de los hombres o los animales. Darwin añade que la expresión de las emociones es relevante para el bienestar personal y social. Desde esta perspectiva, se han estudiado con mayor interés los procesos de comprensión y expresión emocional, dejando algo más de lado los procesos de regulación emocional. En la presente tesis doctoral, un punto de interés primordial es la regulación emocional

entendida como los procesos cognitivos de afrontamiento, por lo que la orientación que va a ser centro de atención es la perspectiva cognitiva.

A mediados de los años 60, las primeras aportaciones de Arnold (1960) sobre la perspectiva cognitiva de las emociones nos presentan la emoción como “una tendencia hacia algo evaluado como bueno o la evitación de algo evaluado como malo”. Esta valoración que el sujeto realiza sobre el estímulo percibido, se reflejaría en su bienestar.

Desde el punto de vista de los modelos cognitivos de la emoción, no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que la variable que desencadena esta reacción es la interpretación subjetiva que el individuo haga de las situaciones o estímulos a los que se están enfrentando. Por tanto, los modelos cognitivos afirman que la emoción es consecuencia de dos factores, la activación y la interpretación cognitiva. La intensidad de la respuesta emocional estaría mediada por la reacción fisiológica mientras que la cualidad de la respuesta emocional estaría determinada por los procesos cognitivos (Cromheeke & Mueller, 2014).

Por otro lado, Frijda (1988, 1991, 1993,1996) aporta algunos de los estudios más importantes sobre emoción, e indica que éstas surgen como respuesta a las estructuras de significado de determinadas situaciones que el individuo considera relevantes para él. Son experiencias subjetivas cuyo centro de atención es el placer o el dolor incluyendo una evaluación sobre la estructura del significado situacional. Indica así que siempre que se produce una emoción, hay alguna forma de cambio interpretada como tendencias a la acción, esto es, tendencias a establecer, mantener o interrumpir una relación con el entorno (Frijda, 1988).

En este sentido, Lazarus (1991) traza esta misma línea de estudio (estímulo-evaluación- emoción), aunque incluye la existencia de diversas valoraciones de estímulos-situaciones y a la vez distintas emociones. Lo que aporta es que las

interpretaciones de las situaciones influyen decisivamente en la emoción experimentada. Su teoría relacional-motivacional-cognitiva de las emociones indica que éstas tienen una estrecha relación con el entorno, experimentando emociones negativas o emociones positivas. Comparte con Frijda (1988) que las emociones suponen una tendencia innata a la acción y afirma que cada emoción posee su propia pauta de cambios fisiológicos que permite la preparación del organismo a la acción. Para Lazarus (1991), las emociones poseen un origen innato y las valoraciones son necesarias para poder sobrevivir.

En este contexto y desde el modelo de Folkman y Lazarus (1986), la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. Lazarus (1991) distingue dos tipos de valoraciones: (a) la valoración primaria positiva o negativa que procede de la relevancia que el individuo concede al evento y las consecuencias que tiene la situación para él, y (b) la valoración secundaria que tiene que ver con los recursos personales de afrontamiento para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación cuando el resultado de la valoración es de amenaza o reto. Esta valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento (o coping). Considerando esta clasificación, tanto Frijda como Lazarus están de acuerdo en que estas dos valoraciones deberían dar lugar a dos tipos de emociones diferentes.

En esta misma línea, muchos de los estudiosos sobre personalidad (Costa & McCrae, 1980, 1992a, 1992b; Thayer, 1989), fundamentos biológicos (Gray, 1982, 1994) y aquellos que intentan categorizar las emociones (Diener, Larsen, Levine, & Emmons, 1985) coinciden en la existencia de dos dimensiones básicas en la valoración de las emociones: positiva (placer) y negativa (displacer). Otros estudios como los de Lang (1995) aceptan la existencia de dos sistemas (apetitivo y aversivo), aunque, este autor afirma que el análisis factorial a partir de medidas de autoinforme, fisiológicas y conductuales indica la presencia de dos factores: la valencia (placer-displacer) y la activación (alta- baja).

Por otro lado, diferentes autores plantean la existencia de dos tipos de emociones: primarias o básicas, que estarían más relacionadas con la supervivencia de la especie, y secundarias, las cuales estarían más relacionadas con variables cognitivas como las atribuciones o la interpretación de las señales (Johnson-Laird & Oatley, 1989).

En definitiva, la perspectiva cognitiva indica que el proceso emocional se inicia con una percepción por parte del individuo de las condiciones internas y externas presentes en ese momento. Esta percepción pasa por un primer cribado de valoración por el cual se da una respuesta emocional con varios componentes: reacción fisiológica, experiencia subjetiva, afrontamiento o tendencia a la acción y manifestación externa (surge a raíz de un segundo cribado). Por tanto, el aprendizaje hace que las manifestaciones emocionales puedan verse sensiblemente modificadas. Las experiencias subjetivas de las personas pueden ser, por tanto, una exageración, minimización o incluso negación de las mismas (Cromheeke & Mueller, 2014; Fernández-Abascal, 1997).

Gross (2010) afirma que desde la perspectiva cognitiva actual, las emociones serían definidas como formas de experimentar el mundo y el estudio de los procesos de regulación afectiva sería determinante para explicar el procesamiento emocional de los individuos ante las situaciones vitales.

#### *1.4.2. Alexitimia*

Las emociones son un sistema de alarma que nos informa sobre cómo estamos, qué nos gusta o qué funciona mal a nuestro alrededor con la finalidad de realizar cambios que mejoren nuestras vidas. En este sentido, el modo en que identificamos nuestras emociones o las de los demás, o el modo en el que las expresamos se presenta como un elemento determinante en nuestro bienestar o en la dimensión salud- enfermedad (Taylor, Bagby, & Parker, 1997).

En los años 70, Sifneos (1973) citó la palabra alexitimia en la que recoge un complejo abanico de manifestaciones cognitivo-afectivas observadas en pacientes con alteraciones psicósomáticas (Nemiah et al., 1976). La alexitimia es un constructo multifacético que hace referencia a la dificultad para identificar y expresar emociones, así como la tendencia a focalizar y amplificar las sensaciones somáticas que acompañan a la activación emocional. Se trata de un trastorno en el procesamiento emocional relacionado con la etiología de diversos trastornos psicósomáticos y psiquiátricos: pobre conciencia emocional, dificultad para expresar verbalmente los sentimientos, escasa vida imaginativa, pensamiento concreto centrado en detalles externos y con poca creatividad y distorsión de la autoevaluación. Aunque quizás, la característica más importante de la alexitimia es la incapacidad para expresar las vivencias internas en palabras, ensueños y fantasías (Martínez- Sánchez, 1999; Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000).

La alexitimia ha suscitado gran interés entre los investigadores de la psicología de la emoción, así como para los estudiosos de las alteraciones psicósomáticas, la psicología de la salud y la psicopatología. En estudios previos se ha observado que las variables sociodemográficas influyen en los resultados. Por ejemplo se ha observado mayor nivel de alexitimia en los varones. En los estudios en niños, se sugiere que aquellos que son más conscientes de sus expresiones emocionales o aquellos que tienen la habilidad de diferenciar adecuadamente las expresiones de los demás, tienden a ser mejores negociadores (Halberstadt, Denham, & Dunsmore, 2001).

Por otro lado, algunos estudios de alexitimia en los niños han seguido el mismo criterio que en las muestras de adultos, es decir, se han centrado fundamentalmente en su relación con las quejas somáticas, ya sea en muestras de niños sanos o en los niños con una patología física o mental. En niños sanos, Jellesma, Rieffe, Terwogt y Westenberg (2009) mostraron que aquellos niños con muchas quejas somáticas, en comparación con los niños con pocas, parecían tener mayores niveles

autoinformados de alexitimia. Nasiri, Latifian y Rieffe (2009), en relación a niños de la escuela primaria, encontraron que la alexitimia mostró una asociación positiva con quejas somáticas y emociones negativas, y una asociación negativa con la felicidad. Allen, Lu, Tsao, Hayes y Zeltzer (2011) mostraron que la depresión mediaba parcialmente la relación entre la alexitimia y la somatización en una muestra de niños sanos, al menos en dos dimensiones de alexitimia (dificultad para identificar y expresar las emociones).

En muestras de niños y adolescentes con enfermedades físicas y mentales, se ha observado que la prevalencia de alexitimia es más alta en los casos de cefalea de tipo tensional (DalZotto, Toldo, Sartori, & Battistella, 2011), en el cáncer (Mishra, Maudgal, Theunissen, & Rieffe, 2012), en el síndrome de fatiga crónica (van de Putte, Engelbert, Kuis, Kimpfen, & Uiterwaal, 2007), en los niños con insuficiencia renal crónica (Keskin & Sentina, 2009), en el trastorno límite de la personalidad (Loas, Speranza, PhamScottez, Pérez Díaz, & Corcos, 2012), y en los trastornos de la alimentación (Hosseinzadeh, Hooman, Salehi, & Kooshki, 2013), en comparación con los niños y adolescentes sanos. En este sentido, Mishra et al. (2012) examinaron los niveles de alexitimia en los niños con cáncer, en los hermanos de los niños con cáncer y en los niños controles sanos. El mayor nivel de alexitimia fue encontrado por los niños diagnosticados con cáncer, seguido por sus hermanos. Conviene recordar que la alexitimia, en adultos, se ha relacionado principalmente con trastornos de somatización (Sifneos, 1973), entendida como un rasgo de la personalidad. También se ha planteado la hipótesis de un factor de riesgo para el desarrollo o la persistencia de los síntomas sin explicación médica, y más tarde como un factor de riesgo para una amplia gama de problemas médicos o relacionados con la salud (Bagby, Taylor, & Parker, 1994).

De estos estudios se deduce la estrecha conexión que existe entre la competencia emocional y el desarrollo de comportamientos saludables tanto desde el punto de



vista físico, como del psíquico y social. En el mismo sentido, los estudios sobre alexitimia (Taylor, Bagby, & Parker, 1997) también han mostrado una asociación entre este déficit de procesamiento emocional y ciertos trastornos emocionales y somáticos. Parece, en este contexto, que la expresión de las emociones es una competencia imprescindible, ya que estudios como los de Barr, Kahn y Scheneider (2008) indican que una inhibición emocional puede provocar ansiedad, estrés o incluso depresión.

No obstante, y dado el interés de la presente tesis por la competencia emocional en la infancia, conviene señalar que la mayor parte de estos estudios se han realizado con población adulta, no encontrándose, sorprendentemente, muchas muestras en la literatura que corroboren estos hallazgos en población infantil. A pesar de ello, diferentes trabajos han señalado su importancia en la etapa infantil y han proporcionado datos sobre su prevalencia, dado que para algunos autores es un rasgo de la personalidad que puede estar presente en la infancia (Joukamaa et al., 2008).

La mayoría de las investigaciones en la infancia se han centrado en el estudio de los posibles predictores de alexitimia. Por ejemplo, el maltrato infantil se ha considerado como uno de los predictores de alexitimia en la población adulta. Gran parte de estos estudios (De Rick & Vanheule, 2006; Evren et al., 2009), se han llevado a cabo en poblaciones con patología física y mental, especialmente en las adicciones, y tienen un diseño retrospectivo. Sin embargo, los datos no son del todo concluyentes, ya que otros autores no han encontrado una relación clara entre el trauma infantil y la alexitimia (Joukamaa et al., 2008).

Estos estudios han puesto de relieve los factores presentes en la infancia que podrían mejorar la comprensión de la presencia de la alexitimia durante toda la vida, tales como el abuso infantil y las alteraciones en la relación padre-hijo (Swannell et al., 2012; Thorberg, Young, Sullivan, & Lyvers, 2011). Igualmente, estos trabajos

contribuyen a demostrar la relación entre la alexitimia y las somatizaciones, tanto en niños sanos (Allen et al., 2011; Jellesma et al., 2009; Rieffe et al., 2010) como en niños con patología física o mental (Loas et al., 2012; Mishra et al., 2012). Del mismo modo, varios estudios han demostrado una relación negativa entre la alexitimia y calidad de vida (Fukunishi et al., 2001).

## **2. PERSONALIDAD Y EMOCIÓN EN LA INFANCIA**

El concepto de personalidad, al igual que muchos de los conceptos psicológicos que manejamos día a día, es un tema controvertido. Si lo es para referirse a los adultos, se complica aún más en el ámbito infantil. Su definición es diferente según la teoría que lo estudie. A pesar de ello, la mayor parte de los investigadores indican que existen diferencias individuales en la emocionalidad de los seres humanos (Barbaranelli, Caprara, Rabasca, & Pastorelli, 2003; Erbas, Ceulemans, Lee Pe, Koval, & Kuppens, 2014; Kato & Pedersen, 2005).

Es bien sabido que las emociones son un claro indicador de la personalidad de los individuos y diversos autores han desarrollado sus teorías para explicarlo (Ekman, 1992; Lazarus, 1991; Watson & Hubbard, 1996). En este sentido, Muioli (2008) indica que todas las personas tienen una dimensión afectiva, pues ésta se encuentra en la base de la personalidad y refleja la forma en que el ser humano se relaciona consigo mismo y con su entorno.

Este ajuste del niño a uno mismo y al entorno a lo largo de sus años de desarrollo, va a depender de muchas variables, entre ellas, del temperamento, entendido como las disposiciones que caracterizan un estilo de respuestas y que se miden en parámetros como la reactividad, la intensidad, la latencia o la duración de las respuestas emocionales (Saarni et al., 2006). Los estudios realizados ponen de manifiesto que estas disposiciones tienen una base biológica y genética aunque

pueden ser guiadas por el contexto social y educativo, por lo que es comprensible que interfieran en la expresión y regulación emocional (Saarni et al., 2006). Asimismo, se ha utilizado el temperamento para predecir muchos aspectos del desarrollo de los niños, como el éxito académico o la conducta social (Rothbart & Bates, 1998).

Casi todos los calificativos en edades tempranas se refieren al ámbito emocional, pero a medida que va avanzando el desarrollo, lo intelectual y lo social también van ganando terreno. Por tanto, la personalidad se verá formada a través del temperamento, cognición y ambiente, aunque sus interacciones serán cambiantes a lo largo del tiempo. Es decir, la personalidad se nutre y desarrolla a partir de un componente genético, de carácter principalmente emocional, donde se inscriben las experiencias generadas en las constantes interacciones con el ambiente (Del Barrio, Carrasco, & Holgado, 2006).

Incluso en la definición de temperamento realizada por Allport en los años 30, ya puede observarse que se refiere a fenómenos de naturaleza emocional característicos de un sujeto. Añade que estos fenómenos incluyen la susceptibilidad a la estimulación emocional, la fuerza de sus hábitos, la rapidez de sus respuestas, la calidad de su talante, ánimo o afecto y todas las peculiaridades de la fluctuación e intensidad del ánimo; estos fenómenos se consideran como dependientes de la constitución y de origen hereditario (Allport, 1937). Los trabajos de Cattell en la década de los 40 van en la línea de analizar las dimensiones de la personalidad con las que se puede explicar el comportamiento de las personas.

Sin embargo, para encontrar una definición de personalidad referida a la infancia, aunque no cite aspectos emocionales, tenemos que esperar hasta los años 70 en la que Thomas y Chess (1972) la definen como un patrón de conducta con el que el niño nace y que tiene una base biológica que se modifica en las distintas interacciones con el ambiente.

Como indican Del Barrio et al. (2006), la personalidad infantil se puede medir a partir de los 3 años, ya que a partir de ese momento se establece la dualidad entre el yo y los otros. Si es cierto que esta valoración se realiza de una manera indirecta ya que la realizarán sus padres u observadores externos. La personalidad del niño aparece más clara cuando termina un ciclo madurativo que incluye la integración psicomotora de las percepciones, la imitación indiferenciada y la adquisición del lenguaje, lo que posibilita la autoidentificación (Erbas et al., 2014).

Entre las diferentes definiciones de personalidad, cabe destacar los modelos factoriales, en los cuales se emplean los términos de lenguaje natural para definir a las personas, y cuyo objetivo es detallar los rasgos de personalidad que surgen a partir de componentes biológicos y del contexto, que finalmente serán la forma en la que cada individuo piensa, siente y se comporta en la sociedad. Estos factores tendrían una validez universal, ya que las características propias de cada individuo son relativamente estables a lo largo de nuestra vida y de las situaciones por las que atraviesen los individuos, e incluso, se encuentran en diferentes culturas (Sanjuán, 2003).

Uno de los resultados del estudio factorial del léxico, es la formulación del modelo de los cinco factores (MacDougall, 1932). Sus supuestos teóricos indican que la mayoría de los rasgos de personalidad pueden ser englobados en cinco grandes dimensiones: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Este modelo cuenta con un amplio consenso entre multitud de autores, considerándose uno de los más acertados para describir y comprender la personalidad humana (Caprara & Pastorelli, 1993).

Rusting y Larsen (1998) ponen de manifiesto que los rasgos de extraversión y el neuroticismo podrían estar modulando la susceptibilidad a experimentar diferentes emociones. En este sentido, se sabe que el neuroticismo se asocia con afectos negativos y la extraversión con afectos positivos. El neuroticismo y la extraversión

son los dos rasgos de personalidad más significativos ya que se relacionan con muchos de los trastornos de personalidad. La mayor parte de la investigación sobre afrontamiento y personalidad se centra también en estos dos factores (Hewitt & Flett, 1996; Lee, Preece, & DeLongis, 2005). De hecho, los rasgos de personalidad han servido para predecir el empleo de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema o centradas en la emoción. El neuroticismo tiene una relación positiva con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (hostilidad, evitación) y negativa con las estrategias centradas en la resolución de problemas (Watson & Hubbard, 1996). Sin embargo, la extroversión se relaciona fundamentalmente con estrategias de afrontamiento centradas en la solución de problemas (Watson & Hubbard, 1996), evitando este tipo de individuos la utilización de estrategias centradas en la emoción (O'Brien & DeLongis, 1996). En el caso del neuroticismo, éste ha permitido predecir la respuesta emocional ante problemas cotidianos, e incluso, algunos datos apuntan a que las reacciones negativas duran más tiempo en estos sujetos (Hemenover, 2003; Suls, Green, & Hills, 1998). En particular, el neuroticismo se ha mostrado en varios estudios como precursor de las respuestas rumiativas (Nolan, Roberts, & Gotlib, 1998; Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998).

Otras investigaciones (Coffey, Berenbaum, & Kerns, 2003; Gohm & Clore, 2002) ponen de manifiesto que los rasgos de neuroticismo y extraversión tienen una relación diferente con otras variables relevantes para la regulación como son la atención y la claridad en la identificación de emociones. Asimismo, las dimensiones de neuroticismo y extraversión parecen estar íntimamente relacionados con el bienestar subjetivo y la felicidad (DeNeve & Cooper, 1998). Podría darse el caso de que las diferencias individuales en los procesos de regulación emocional fueran uno de los mecanismos mediadores por los cuales los citados rasgos potencian o limitan la felicidad de las personas. En este sentido, en diferentes contextos, se asume que las diferencias individuales en las estrategias de afrontamiento también están relacionadas con la personalidad (Kato & Pedersen, 2005). Este dato es conocido en

población adulta, pero todavía hay mucha escasez de estudios en población infantil para comprobar esta cuestión.

Los estudios sobre diferencias individuales en la regulación emocional tienen mucho que ver con las características personales (Asendorpf & van Aken, 1999) y con el temperamento en el caso de los niños (Rothbart & Derryberry, 1981). En varios de sus trabajos, Eisenberg y colaboradores (Eisenberg & Fabes, 1992; Eisenberg, Fabes, Gunthrie, & Reiser, 2002) diferencian tres estilos de control de la emoción relacionados con sus diferencias individuales: las personas muy inhibidas, las poco controladas y las bien reguladas. Eisenberg y colaboradores utilizan esta tipología como modelo heurístico para relacionar el temperamento, el control emocional y las características de sociabilidad de los individuos, especialmente los niños. De acuerdo a sus planteamientos, los tres estilos de control de la emoción serían:

1. Las personas muy inhibidas (sobrecontroladas) son aquellas que tienen niveles muy altos de inhibición involuntaria del comportamiento, con escaso control voluntario de la inhibición. Estos niños no se relacionan bien con sus grupos de iguales y se cree que son propensos a sentir emociones negativas como el miedo o la ansiedad, que pueden desencadenar problemas internalizantes.
2. Individuos insuficientemente controlados. Son aquellos que presentan bajos niveles de esfuerzo, así como bajos niveles en los modos involuntarios de control incluyendo el control inhibitorio, el control atencional y el de activación. Estos niños suelen presentar fuertes tendencias impulsivas y bajos niveles de competencia social, lo que se traduce en problemas externalizantes (Rothbart & Bates, 1998; Sanson & Prior, 1999).
3. Las personas bien reguladas son relativamente competentes en regulación, incluyendo el control inhibitorio, el de la atención y la activación. Sin embargo, para que estos modos involuntarios sean empleados adecuadamente, se espera de estos niños que sean flexibles en su utilización y

en su comportamiento regulado. Son niños competentes y ajustados socialmente, además de resilientes a las posibles situaciones estresantes (Eisenberg et al., 2004).

En relación a la identificación y expresión emocional, se han encontrado evidencias que indican que las características propias de la alexitimia son interpretadas como un desorden en la regulación emocional, así como un rasgo de personalidad (Taylor, Bagby, & Parker, 1997) estable en el tiempo (Martínez-Sánchez, Ato, Córcoles, Huedo, & Selva, 1998) capaz de influir en la activación fisiológica de carácter emocional, facilitando la aparición de alteraciones relacionadas con la sobreactivación fisiológica (Lumley, Stettner, & Wehmer, 1996; Lumley, Asselin, & Norman, 1997). Estudios recientes han puesto de manifiesto que el término de alexitimia puede ser entendido como rasgo (alexitimia primaria) o como estado (alexitimia secundaria) y afirman que en relación al estado de ánimo depresivo, sería entendida más como estado que como rasgo (Donald, 2011). Tal y como se ponía de manifiesto anteriormente, queda mucho por investigar en este sentido con población infantil.

En definitiva, la relación entre emociones y personalidad parece claramente establecida y cada vez más estudios confirman que las diferencias individuales en la cognición, la emoción o el comportamiento influyen sobre la salud física del individuo. Los diferentes rasgos de personalidad se presentan como un factor de protección o como un factor que predispone, dentro de modelos multideterminados, al individuo a diversas patologías como la cardiaca o el cáncer (Goodwin & Friedman, 2006; Hampson, Goldberg, Vogt, & Dubanoski, 2006), por lo que resulta especialmente interesante realizar estudios a edades tempranas.

Asimismo, debemos señalar que la mayoría de los estudios reflejan la relación entre inteligencia emocional y personalidad, sobre todo cuando la primera se evalúa mediante pruebas de autoinforme (Mora & Martín, 2007). Estudios recientes han

mostrado la existencia de relaciones significativas entre las dimensiones evaluadas por el cuestionario Trait Meta-Mood Scale (TMMS) y los factores neuroticismo y extraversión del NEO- FFI (Neo Personality- FiveFactors Inventory) (Ferrando, Ferrándiz, Prieto, Bermejo, & Sáinz, 2008).

### **3. SALUD COMO CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR Y EMOCIÓN EN LA INFANCIA**

#### **3.1. Salud y calidad de vida en niños**

La definición y la medición de la salud ha tenido una notable evolución durante las últimas décadas. Actualmente, la salud se define como un conjunto de capacidades personales, sociales, físicas y psicológicas, que permite a las personas afrontar su entorno (interpersonal, social, biológico y físico) para dirigirse a sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades (Matsuda, Noguchi, Ameno, & Kato, 2006; Uskul & Hynie, 2014). Aplicado a la infancia, este concepto incorpora el desarrollo y la posibilidad de desplegar determinadas capacidades.

Algunas definiciones promovieron el desarrollo de medidas que permiten captar la salud desde un punto de vista multidimensional y positivo, como las de salud percibida o de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), expresión que surgió a finales de los años 80. Los instrumentos de medida de la CVRS incorporan la perspectiva de las propias personas y consiguen información sobre su estado funcional y su bienestar, mostrando, a su vez, índices adecuados de correlación con indicadores fisiopatológicos.

Podemos definir la calidad de vida (CV), según la Organización Mundial de la Salud, como los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, abarcando las metas personales, expectativas,



niveles de vida y preocupaciones de una persona (Goldwurm, Baruffi, & Colombo, 2004; Soto & Failde, 2004). La mayor parte de las definiciones encontradas en la literatura al respecto incluyen una visión biopsicosocial de la calidad de vida como punto de convergencia.

En cuanto a la CVRS, la definición propuesta por Shumaker, Ellisy Naughton (1997), indica que “la calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que le son importantes y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal y el bienestar emocional”.

A partir de los años setenta se inició por parte de la psicología social el estudio del bienestar subjetivo. Algunos de estos estudios pueden verse en Diener, Larsen, Levine, & Emmons (1985), Diener y Mangelsdorf (1999), Lazarus (1991), Bisquerra (2000). Estos estudios concluyen que entre los factores de bienestar están el temperamento positivo, el optimismo, la capacidad para minimizar lo negativo, disfrutar de las relaciones de apoyo mutuo y del tiempo libre y disponer de ingresos suficientes que permitan lograr nuestros objetivos.

La diferencia entre ambos conceptos, según Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya (2007), es que mientras que la CV hace énfasis en los aspectos psicosociales (welfare) y del bienestar subjetivo general (wellbeing), en la CVRS se da mayor importancia a la evaluación de parte del individuo de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad o accidente.

Aunque la CV y la CVRS se han estudiado ampliamente en adultos y personas mayores, a partir de los años 80, ya aparecen en la literatura médica publicaciones sobre el tema de CVRS en la infancia, aunque en menor medida que los estudios desarrollados en adultos (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton & Alonso, 2001).

Verdugo y Sabeh (2002) encuentran que algunos estudios de los años 80 y 90 mencionan la CVRS de una forma superficial o se centran a medir algunas dimensiones, como por ejemplo la competencia social, el estrés o las competencias cognitivas. Dichos autores señalan asimismo que a partir del año 2000 se comenzó a estudiar la calidad de vida como concepto holístico y multidimensional, en el que se considera la percepción individual del niño sobre su bienestar. Aun así, todavía no se cuenta con modelos conceptuales sólidos, concluyentes y fundamentados (Pane et al., 2006). Muchas veces incluso, se utilizan otros términos anexos como la autoestima, regulación emocional para acercarnos al concepto de CVRS. Saarni (2000) concluye que el bienestar subjetivo está presente en los niños con competencia social y en aquellos que consiguen evitar con éxito la activación de emociones negativas en situaciones sociales de gran intensidad.

En las revisiones sobre tales conceptos en la infancia y la adolescencia (Eiser & Morse, 2001; Houben, Van Den Noortgate, & Kuppens, 2015; Rajmil et.al., 2001), se pone de manifiesto que la mayoría de los cuestionarios de CV y CVRS se han desarrollado en países anglosajones (Bullinger, Roessler, & Mueller-Spahn, 1998), y que en España, más concretamente, ya se han adaptado o creado algunos instrumentos genéricos o específicos (Rajmil et.al., 2001).

La mayoría de los estudios sobre instrumentos en muestras de niños enfermos crónicos y niños sanos han sido desarrollados por médicos y personal de enfermería; predominando un enfoque biomédico sobre la calidad de vida. Por lo tanto, aunque se ha planteado que las dimensiones físicas y psicosociales son las más afectadas por la enfermedad en los niños y adolescentes, las físicas son lógicamente las que reciben

una mayor atención por parte de los investigadores, tal y como se puede apreciar en los resultados obtenidos. En este sentido, son minoritarios los trabajos en los que el enfoque de los factores psicológicos es relevante. En los centros educativos, los estudios hechos con niños con discapacidad o sin ella han sido muy limitados debido en parte a la complejidad de su investigación (Gerharz, 1997; Schalock & Verdugo, 2003).

Aún no hay un consenso sobre lo que es la calidad de vida en los niños, pero sí lo hay en que no debe trasladarse a los menores la valoración de los adultos (Verdugo & Sabeh, 2002). Además, como bien puede observarse, se han creado y validado instrumentos que tienen el propósito de valorar la percepción del niño independientemente de la de sus padres, ya que se ha demostrado que el niño puede ofrecer una percepción de su calidad de vida desde antes de los cinco años (Rajmil et al., 2004). Incluso los niños de cinco a seis años pueden expresar las manifestaciones de los síntomas del dolor y su estado físico, y los niños de nueve a diez años tienen la capacidad de describir conceptos abstractos tales como el orgullo y la felicidad (Matsuda et al., 2006).

### **3.2. Emociones, bienestar y calidad de vida**

Una vez descrita la calidad de vida, observamos que ésta presenta relaciones muy estrechas con muchos aspectos de la vida de un individuo, entre ellos, uno de los más relevantes es el campo emocional. Como hemos apuntado anteriormente, esta relación en adultos está avalada por numerosos estudios (De Castella et al., 2013; Houben, Van Den Noortgate, & Kuppens, 2015; Hu et al., 2014; Nyklicek, Vingerhoets, & Zeelenberg, 2011; Singh & Mishra, 2011), mientras que en niños son proporcionalmente más escasos los trabajos dedicados a esta cuestión (Nyklicek et al., 2011).

A pesar de las dificultades conceptuales y metodológicas que siguen existiendo hoy en día, cada vez van siendo más numerosos los estudios que nos muestran la importancia que pueden llegar a tener los procesos de identificación, regulación y expresión emocional en la satisfacción vital, la felicidad y en la protección-vulnerabilidad a desarrollar diferentes trastornos psicológicos y físicos (Cheung, Gardner, & Anderson, 2015; Singh & Mishra, 2011). Por otro lado, las contribuciones de la psiconeuroinmunología indican como las emociones influyen en el sistema inmunitario. Las emociones negativas debilitan las defensas del sistema inmunitario, mientras que las emociones positivas lo refuerzan (Uskul & Hynie, 2014). En este sentido, la perspectiva del desarrollo de competencias emocionales asume que todas las personas en general pueden mejorar su bienestar y calidad de vida a través de la adquisición de una serie de competencias tales como conciencia emocional, regulación de las emociones, ser más responsable, tomar decisiones conscientes, tener habilidades de resolución de conflictos y habilidades de afrontamiento frente a los retos de la vida cotidiana (Graczyk et al., 2000).

Tanto las investigaciones relacionadas con el concepto de inteligencia emocional, como las aportadas desde el concepto de alexitimia, han mostrado que existe relación entre ciertas capacidades o procesos necesarios para una efectiva regulación de las emociones y el bienestar subjetivo o la felicidad. Así, se ha observado que tanto la subescala de claridad del TMMS (Trait Meta-MoodScale; Salovey et al., 1995), como la subescala “dificultades para identificar sentimientos” del TAS-20 (Toronto Alexitimia Scale, Taylor et al., 1997) resultaron estar asociadas a la satisfacción vital de las personas (Palmer, Donaldson, & Stough, 2002).

En la misma línea, otros estudios han encontrado una relación positiva entre la inteligencia emocional percibida globalmente y el nivel de afecto positivo/ felicidad (Extremera & Fernández- Berrocal, 2005; Furnham & Petrides, 2003; Schutte, Malouff, Simunek, McKenley, & Hollander, 2002). En algunos de estos estudios se incluyó una medida de los cinco grandes rasgos de personalidad y, aun controlando

el impacto de dichos rasgos, la relación entre inteligencia emocional y afecto positivo/felicidad se mantuvo significativa (Extremera & Fernández-Berrocal, 2005; Furnham & Petrides, 2003).

Algunos estudios que consideran como referencia el punto de equilibrio del estado de felicidad (Headey & Wearing, 1992; Lykken & Tellegen, 1996) como por ejemplo el Modelo de Equilibrio Dinámico (Dynamic Equilibrium Model de Headey & Wearing, 1992), proponen que cada persona tiene un punto de equilibrio en el bienestar subjetivo, al que consigue llegar usando estrategias de regulación cada vez que este bienestar ha sido interrumpido por algún hecho vital importante (Cummins & Nistico, 2002). Otras propuestas consideran que este estado de equilibrio al que la mayoría de las personas volverían de forma más o menos rápida, tras un acontecimiento positivo o negativo (Hellmich, 1995) está en cierta parte determinado genéticamente (Lykken & Tellegen, 1996).

En otro interesante estudio, esta vez con una medida de rendimiento de inteligencia emocional, se observó que a mayor capacidad para percibir, entender y manejar emociones, aparecía una mayor satisfacción con la vida, y en este caso también se mantenía la relación una vez controladas las variables de personalidad e inteligencia general (Ciarrochi, Chan, & Caputi, 2000). Si atendemos a aspectos más concretos, podemos observar que tanto la claridad en la percepción de las propias emociones como la tendencia a expresarlas, así como una mayor intensidad al experimentar emociones positivas, se han encontrado relacionadas de forma significativa, con el bienestar psicológico (Gohm & Clore, 2002). Asimismo, se ha puesto de manifiesto que determinados déficits como la dificultad en la identificación emocional, la dificultad del lenguaje emocional, y la falta de claridad emocional limitan el acceso para poder llegar a una regulación emocional eficaz. La incapacidad de aceptar las emociones además se considera como un proceso desregulatorio más influyente en la salud mental y en el bienestar psicológico que otros (Saxena, Dubey, & Pandey, 2011).

Por otro lado, conviene señalar que diferentes autores (De Castella et al., 2013; Houben et al., 2015), ponen de manifiesto que tanto las emociones positivas, como los factores psicológicos positivos (o procesos afectivos que impliquen la regulación de las emociones positivas) pueden tener una relación tan fuerte con la salud como las negativas. Así, por ejemplo, la capacidad para mantenerse optimista, aunque sea de forma poco realista (Taylor et al., 1992) y la capacidad de encontrar un significado ante la adversidad (Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998) parecen ser factores protectores de la salud.

A través de numerosos estudios (Houben et al., 2015; Hu et al., 2014; Nyklicek et al., 2011; Singh & Mishra, 2011), también conocemos que en la población de adultos, parece haber una relación importante entre el nivel de bienestar subjetivo y los rasgos de personalidad neuroticismo y extraversión que, como hemos destacado en otros apartados del presente trabajo, también están vinculados a una regulación afectiva eficaz (DeNeve & Cooper, 1998; Erbas et al., 2014). Consecuentemente, es posible que una vía por la cual los más estables emocionalmente y más extrovertidos se convierten en más felices sea precisamente porque poseen unos mecanismos de regulación más efectivos que los neuróticos e introvertidos tanto para la reducción de las emociones negativas, como para el aumento o mantenimiento de las emociones positivas (Hervás, 2011). Quedaría, por lo tanto, corroborar esta misma relación mediadora en población infantil.

Según se ha podido observar (De Castella et al., 2013; Houben et al., 2015), la influencia de la regulación afectiva y los rasgos asociados en los niveles de felicidad y satisfacción con la vida parece clara, aunque prácticamente todas las investigaciones se centran en población adulta, al igual que los estudios que tratan la relación entre estos factores y la aparición de trastornos mentales y físicos (Nyklicek et al., 2011; Singh et al., 2011).

En cuanto a los trastornos psicológicos más relacionados con la regulación emocional, el más relevante es el trastorno de personalidad límite cuyo elemento central es precisamente la desregulación emocional (Linehan, 1993). Conductas muy patológicas propias de este trastorno como son las autolesivas o los intentos de suicidio se consideran cada vez más como intentos extremos de regular estados emocionales muy negativos (Gratz, 2003). La evitación de la experiencia emocional se ha descubierto como una estrategia de regulación desadaptativa que lejos de ser útil, parece estar asociada a ciertos problemas como el trastorno de pánico (Feldner, Zvolensky, Eifert, & Spira, 2003). En otro ámbito, los estudios realizados sobre alexitimia (Taylor et al., 1997), demuestran la presencia de elevados niveles de esta variable en sujetos con trastorno de pánico cuando son comparados con sujetos que presentan fobia social (Parker, Taylor, Bagby, & Acklin, 1993) o un trastorno obsesivo-compulsivo (Zeitlin & McNally, 1993). También se han encontrado déficit de identificación y expresión emocional similares en sujetos que presentaban trastorno de ansiedad generalizada (Mennin, Turk, Fresco, & Heimberg, 2000), anorexia y bulimia nerviosa (Schmidt, Jiwany, & Treasure, 1993) o depresión (Rude & McCarthy, 2003). Sin embargo, aún faltan estudios longitudinales que determinen con claridad el valor del constructo alexitimia u otros de contenido similar como factores de vulnerabilidad, ya que en algunos de estos trastornos podría plantearse la posibilidad de que la alexitimia sea una consecuencia o una variable que ayuda a mantener el trastorno y realmente no contribuya de forma causal al desarrollo del mismo.

En este sentido, también se ha encontrado que una alta atención a las emociones, una baja claridad emocional y una baja tendencia a la regulación emocional aparecen asociadas a peores indicadores de salud y mayor experiencia de dolor (Extremera & Fernández-Berrocal, 2002). Todos estos resultados sugieren que los déficits en los procesos cognitivo-emocionales que sostienen una adecuada regulación emocional

podrían contribuir a la aparición o mantenimiento de trastornos mentales y psicofisiológicos.

Tal y como podemos deducir de lo anteriormente expuesto, se plantea la necesidad de seguir investigando en esta línea en población adulta, pero con mayor motivo en la infancia, ya que es el momento evolutivo en el que se asientan los aprendizajes y la satisfacción vital que en gran medida marcarán su evolución posterior. A pesar de todos estos resultados es importante mantener una cierta cautela sobre los mismos, ya que la mayor parte de ellos son fruto de estudios transversales. Es por ello que, para el futuro sería de gran interés poder evaluar la capacidad predictiva de estas variables relacionadas con la regulación afectiva a través de estudios longitudinales (Hervás, 2011).

#### **4. REGULACIÓN EMOCIONAL Y ALEXITIMIA ENTRE PADRES E HIJOS**

Los procesos de socialización generan una gran influencia en cómo los niños aprenden a identificar y expresar sus emociones y a adquirir habilidades específicas para regularlas en muy diversos contextos sociales. En este contexto, la atmósfera familiar se considera una parte muy relevante en el desarrollo de formas de manejo de las emociones (Cabrera, Guevara, & Barrera, 2006).

Para ello consideramos relevante estudiar las interacciones padres- hijos en el manejo de las emociones y la influencia que ejercen los padres sobre los hijos para la consecución de niveles adecuados de bienestar y calidad de vida. Las investigaciones realizadas para establecer los factores que afectan a la participación de los padres, identifican el bienestar subjetivo, las actitudes y las expectativas sobre el desarrollo del niño, entre ellas. Los cambios en la familia, en las interacciones y en las pautas de crianza pueden afectar a los estilos parentales y al desarrollo socioafectivo en la infancia (Ninivaggi, 2013).



Así, para Cabrera et al. (2006) la red familiar se reorganiza y las relaciones se redefinen permanentemente. Los conflictos a los que se enfrentan los padres diariamente y el estrés experimentado, debido al día a día en la crianza, pueden influir sobre las características de los hijos y su ajuste emocional.

Las investigaciones entre padres e hijos en relación a las emociones y la regulación emocional, se centran sobre todo en la teoría del apego y con una población infantil de edades muy tempranas. Se conoce que ciertos estilos de apego se asocian a ciertas emociones y, además, se relacionan con la expresión de éstas y su regulación. De este modo, las estrategias utilizadas para expresar y regular emociones, actúan de acuerdo al estilo de apego (Valdés, 2002).

Para Sroufe (1996), el apego es concebido como la regulación diádica de la emoción. Indica que cuando esta regulación es eficaz en la primera infancia a través de un apego seguro, tendrá consecuencias en la expresión, modulación y flexibilidad en el control de las emociones por el niño. Este autor señala que niños con apego seguro expresan directamente sus emociones, exhiben notable curiosidad, gusto por la exploración y expresividad afectiva; en situaciones de afecto intenso permanecen organizados, manifiestan esfuerzos por modular la excitación, presentan flexibilidad en lo emocional adecuando la expresión de sus impulsos y emocionalidad al contexto. Por el contrario, Sroufe (1996) enfatiza que sujetos con experiencias de apego ansioso tienden a experimentar dificultades para manejar los desafíos emocionales.

En una línea similar, Diener y Biswas-Diener (2002) realizan una investigación que examina las estrategias conductuales para la regulación emocional, expresión emocional, estilos reguladores y calidad del apego con la madre y el padre de niños de 12 y 13 meses de edad. Los autores concluyen que los niños con apego seguro a ambos padres muestran mayor consistencia en estrategias orientadas hacia éstos que

los niños con apego inseguro. En relación a la utilización de estrategias conductuales, los resultados de Diener & Biswas-Diener (2002) muestran que los niños con estilo de apego evitativo hacia el padre son más propensos a comprometerse en técnicas distractoras en situaciones estresantes que los niños con apego seguro o ambivalente. En cambio, los niños ambivalentes con sus padres tienden a la autotranquilización, como por ejemplo conductas tales como chuparse el pulgar. Los descubrimientos de esta investigación aportan evidencia empírica de que la calidad del apego del niño al padre se encuentra asociado de forma significativa al desarrollo de estilos de regulación emocional.

Lecannelier (2002) señala cómo niños con distintos patrones de apego presentan diferencias en su narrativa, lo que muestra el énfasis en ciertas estrategias de regulación emocional. En el estilo de apego seguro, Lecannelier (2002) plantea que existe una descripción y elaboración de las emociones, a la vez que una contextualización relacional de éstas; para el codificador queda la percepción de un niño que se siente cómodo en la expresión de sus afectos, sin restricciones emocionales y sin muestras de ansiedad durante la entrevista. Por el contrario, en el caso del estilo evitativo aparece una sobrerregulación emocional, ya sean emociones positivas o negativas, pareciendo como si el sujeto intentara dejar fuera los estados emocionales. En el estilo ambivalente, una de las características principales tiene que ver con la presencia de un estado emocional constante que es la preocupación, especialmente en relación con las figuras de apego y el predominio del miedo a la separación, por lo que una estrategia empleada es estar muy cerca de los padres.

Shaver y Mikulincer (2002) realizan una recopilación de una serie de investigaciones en relación con estilos de apego y estrategias de regulación afectiva. Señalan que los individuos con apego seguro se sienten menos amenazados por información potencialmente estresante, pueden experimentar, expresar e informar verbalmente emociones, y no llegan a estar perdidos en una escalada de preocupaciones y

memorias negativas. Buscan apoyo cuando se encuentran bajo estrés y utilizan medios constructivos de afrontamiento. Los sujetos evitativos se caracterizan por realizar una desactivación de estrategias, incluyendo una exclusión defensiva de pensamientos y recuerdos dolorosos y disociación entre los niveles consciente e inconsciente de respuesta. Por último, individuos ansiosos exhiben una variedad de efectos relacionados con la hiperactivación de estrategias, incluyendo rápido acceso a recuerdos dolorosos, propagación automática de la emoción negativa desde un incidente recordado a otro, y un cierre cognitivo paradójico en respuesta a la inducción de afecto positivo. Su inhabilidad para regular recuerdos emocionales negativos es compatible con la constante preocupación en que permanecen; a menudo pueden llegar a estar perdidos en recuerdos emocionales negativos (Shaver & Mikulincer, 2002).

Como podemos observar, la mayor parte de las investigaciones realizadas sobre estrategias de afrontamiento emocional están centradas en población infantil de edades muy tempranas, donde la teoría del apego toma su máxima relevancia. Además, las estrategias disponibles a estas edades se refieren a un aspecto puramente comportamental, ya que todavía no se han podido adquirir estrategias cognitivas de regulación emocional a través del afrontamiento de eventos estresantes.

Por otro lado, investigaciones con población infantil de edades escolares plantean que la falta de afecto, el afecto negativo o la desaprobación a toda acción o comportamiento de los padres, se relaciona con problemas externalizantes y con baja autoestima en niños y, además, la vinculación insegura con los cuidadores se considera un factor de mayor vulnerabilidad para la psicopatología infantil (Ninivaggi, 2013).

Igualmente, se ha constatado que los problemas emocionales de los padres como la depresión (Knoche, Givens, & Sheridan, 2007) influyen en los niños y adolescentes,

generándoles modelos inadecuados o prácticas negativas para su desarrollo. Ezpeleta (2005) también realiza reflexiones sobre las psicopatologías de los padres y los trastornos emocionales, entre otros, como factores de riesgo de problemas comportamentales y emocionales en la infancia.

En cuanto al estrés y sus implicaciones en la conducta parental, Mistry, Stevens, Sareen, De Vogli y Halfo (2007) realizaron estudios sobre salud mental materna y la influencia en el desarrollo de los niños. Así, el estrés, la depresión o la ansiedad están asociados con problemas socioeconómicos, conflictos familiares y falta de redes de apoyo, lo cual afecta a las pautas de crianza. Tal y como se evidencia en las investigaciones de Vera, Grubits y Rodríguez (2007) a mayor manejo del estrés por parte de los padres, hay mayor estimulación del desarrollo de los niños.

En otras investigaciones relacionan la salud mental de los padres con la salud mental de los hijos. Este es el caso de Gewirtz, Forgatch y Wieling (2008) quienes plantean que los efectos de eventos traumáticos en la infancia se encuentran influidos por el efecto de los eventos traumáticos en los padres o cuidadores, ya que las prácticas y pautas de crianza cambian y afectan al ajuste durante la infancia. Estos datos son relevantes en cuanto a la prevención de problemáticas en la infancia y para la identificación de factores de riesgo o protectores en la familia (Ninivaggi, 2013).

Por último, cabe reseñar las investigaciones realizadas sobre los estilos de crianza. Rutter y Sroufe (2000) realizaron investigaciones sobre las contribuciones de las prácticas de crianza de la familia en el desarrollo emocional durante la infancia y en relación con problemas externalizantes de comportamiento. Se han encontrado relaciones entre los estilos permisivos y autoritarios con el desarrollo cognoscitivo y emocional como las observadas por Arvelo (2003), quien analizó la función paterna, las prácticas de crianza y el desarrollo en adolescentes, encontrando relación con problemas de bajo rendimiento escolar, dificultades en la comunicación, hostilidad, depresión, mentiras frecuentes y conductas transgresoras. En lo que se refiere a las

pautas de crianza, se detectó una permisividad por parte de los padres y especialmente de las madres (Ninivaggi, 2013).

En lo que respecta a las variables de alexitimia, desde la perspectiva de la psicología de la salud, hay muy pocos estudios empíricos para apoyar la hipótesis de que la alexitimia puede deberse a alteraciones en la relación entre padres e hijos en edades tempranas. Los resultados encontrados en esta línea sirven para reforzar la teoría de la alexitimia como un proceso de desarrollo madurativo desde la infancia (Joukamaa et al., 2008).

Thorberg, Young, Sullivan y Lyvers (2011), en un metaanálisis sobre la relación entre los estilos de crianza de los hijos y la alexitimia, refirió una relación moderada- fuerte entre la atención materna y la alexitimia, concretamente con dos de las tres dimensiones del cuestionario TAS-20 (dificultades en la identificación emocional y dificultad en la expresión emocional, pero no en la dimensión de pensamiento concreto). Se observaron relaciones moderadas entre los padres o madres sobreprotectoras y la alexitimia.

No obstante, la mayor parte de la investigación en este ámbito (Gil, Scheidt, Hoeger, & Nickel, 2008; Spitzer et al., 2009) tiene un diseño retrospectivo y se realiza en su mayoría en poblaciones clínicas con diferentes patologías, analizando la relación temprana entre padres e hijos como un factor de riesgo adicional para la alexitimia.

Otros estudios se han centrado en la relación entre la alexitimia de los padres (u otros miembros de la familia) y la alexitimia de los niños, aunque los resultados no son concluyentes. En niños sanos, Mahler, Barnow, Freyberger, Spitzer y Grabe (2009) revelaron que la alexitimia de los padres y de las madres predicen de forma independiente la alexitimia del niño. Sin embargo, Luminet y Lenoir (2006), en una

tarea experimental realizada con niños de 3 a 5 años de edad, seleccionados en función del nivel de alexitimia de los padres, mostraron que los niños de 3 años de edad en el grupo de padres con alexitimia tuvieron una puntuación más baja para las tareas de identificación emocional, pero este déficit no se observó para los niños de 5 años de edad.

Por otro lado, Szatmari et al. (2008) muestran que los padres de niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) puntúan más alto que los controles en la puntuación total del TAS-20 y dentro del grupo de TEA, los hijos de padres con alta alexitimia, presentan la puntuación más alta en los síntomas de comportamiento repetitivos en comparación con los hijos de padres con baja alexitimia. Sin embargo, DalZotto et al. (2011), en pacientes que sufren dolores de cabeza de tipo tensional con edades comprendidas entre los 8 y los 15 años, no encontraron una correlación significativa entre las tasas de alexitimia en los niños / preadolescentes y en sus padres.

A pesar de la abundante literatura que relaciona la alexitimia de padres e hijos de edades tempranas, cabe señalar que hay una escasez de estudios prospectivos realizados en muestras de niños. Además, hay pocos datos sobre la prevalencia de alexitimia en niños, excepto en muestras con algún tipo de patología, siendo los estudios de los adolescentes los más abundantes (Joukamaa et al., 2007; Ninivaggi, 2013).

Así pues, el objetivo de la presente tesis doctoral es analizar tanto la regulación emocional desde el punto de vista del afrontamiento cognitivo como los aspectos centrales de la alexitimia en población infantil, así como valorar su relación con otros aspectos psicológicos y de salud y su vinculación con la regulación emocional y la alexitimia paterna.

## II. Objetivos e hipótesis





## 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 5.1. Objetivo general

El objetivo general de esta tesis es analizar tanto la regulación emocional desde el punto de vista del afrontamiento cognitivo como los aspectos centrales de la alexitimia en población infantil, así como valorar su relación con otros aspectos psicológicos y de salud y su vinculación con la regulación emocional y la alexitimia paterna.

### 5.2. Estudio 1. Objetivos específicos e hipótesis.

**Objetivo I.** Examinar la estructura factorial de la validación en muestra española del cuestionario TAS- 20 para niños. Para ello se planteó la siguiente hipótesis inicial:

*Hipótesis 1:* Se espera encontrar una estructura factorial de 3 factores al igual que en la versión original.

**Objetivo II.** Analizar las propiedades psicométricas de la validación en muestra española del cuestionario TAS- 20 para niños. Para ello se plantearon las siguientes hipótesis iniciales:

*Hipótesis 2:* Se espera encontrar una adecuada consistencia interna como medida de fiabilidad para la alexitimia en niños.

*Hipótesis 3:* Se espera encontrar una adecuada validez de criterio a través de medidas de bienestar y calidad de vida en niños.

### **5.3. Estudio 2. Objetivos específicos e hipótesis.**

**Objetivo III.** Examinar la estructura factorial de la validación en muestra española del cuestionario CERQ-k. Para ello se planteó la siguiente hipótesis inicial:

*Hipótesis 4:* Se espera encontrar una estructura factorial de 9 factores al igual que en la versión original.

**Objetivo IV.** Analizar las propiedades psicométricas de la validación en muestra española del cuestionario CERQ- k. Para ello se plantearon las siguientes hipótesis iniciales:

*Hipótesis 5:* Se espera encontrar una adecuada consistencia interna como medida de fiabilidad para la regulación emocional a través de estrategias cognitivas de afrontamiento.

*Hipótesis 6:* Se espera encontrar una adecuada validez de criterio a través de medidas de bienestar psicológico, estado de ánimo, autoeficacia y medida general de bienestar.

*Hipótesis 7:* Se espera encontrar una adecuada validez de constructo a través de medidas de autoeficacia general.

### **5.4. Estudio 3. Objetivos específicos e hipótesis.**

**Objetivo V.** Determinar la relación entre la alexitimia de los niños y su bienestar y calidad de vida. Para ello se plantearon las siguientes hipótesis iniciales:

*Hipótesis 8:* Se espera que mayores niveles de alexitimia se relacionen con menores niveles de bienestar y calidad de vida en los niños.

**Objetivo VI.** Analizar las relaciones entre la alexitimia de los niños y la de sus padres. Para ello se plantearon las siguientes hipótesis iniciales:

*Hipótesis 9:* Se espera que las variables de alexitimia de padres e hijos correlacionen entre sí.

*Hipótesis 10:* Se espera que la alexitimia de los padres actúe como mediadora de la relación entre la alexitimia de los niños y su bienestar y calidad de vida.

#### **5.5. Estudio 4. Objetivos específicos e hipótesis.**

**Objetivo VII:** Examinar las relaciones entre la personalidad, las estrategias cognitivas de regulación emocional y el bienestar y calidad de vida en niños. Para ello se plantearon las siguientes hipótesis iniciales:

*Hipótesis 11:* Se espera que las estrategias adaptativas de regulación emocional se relacionen con mayores niveles de bienestar y calidad de vida en los niños.

*Hipótesis 12:* Se espera que las estrategias desadaptativas de regulación emocional se relacionen con menores niveles de bienestar y calidad de vida en los niños.

*Hipótesis 13:* Se espera que la variable de personalidad inestabilidad emocional presente correlaciones significativas y positivas con las estrategias de regulación emocional desadaptativas y negativas con las adaptativas.

*Hipótesis 14:* Se espera que las variables de personalidad conciencia, amabilidad, extraversión y apertura presenten correlaciones significativas y positivas con las estrategias de regulación emocional adaptativas y negativas con las desadaptativas.

*Hipótesis 15:* Se espera que las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional actúen como mediadoras entre la inestabilidad emocional y el bienestar y calidad de vida en niños.

*Hipótesis 16:* Se espera que las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional actúen como mediadoras entre las variables de personalidad amabilidad y extraversión, y el bienestar y calidad de vida en niños.

**Objetivo VIII.** Analizar las relaciones entre las estrategias de regulación emocional de los niños y sus padres. Para ello se plantearon las siguientes hipótesis iniciales:

*Hipótesis 17:* Se esperan correlaciones significativas y positivas entre las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional de los niños y las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional de sus padres.

*Hipótesis 18:* Se esperan correlaciones significativas y positivas entre las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional de los niños y las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional de sus padres.

*Hipótesis 19:* Se espera que las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional de los padres, actúen como mediadoras en la relación entre las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional de los niños y su bienestar y calidad de vida.

*Hipótesis 20:* Se espera que las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional de los padres, actúen como mediadoras en la relación entre las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional de los niños y su bienestar y calidad de vida.

## III. Método



## 6. MÉTODO

### 6.1. Muestra

#### 6.1.1. Selección de la muestra

La muestra de sujetos fue obtenida a partir de la colaboración con diversos Centros Educativos de la Comunidad de Madrid.

Con el objetivo de conseguir una adecuada representatividad de la muestra, se optó por seleccionar centros de titularidad pública y privada ubicados en diferentes distritos y municipios de la Comunidad de Madrid para así poder contar con niveles sociales, económicos y culturales diferentes.

Se solicitó la colaboración de varios centros, concretamente cinco en total, de los cuales, algunos rechazaron participar por estar colaborando en otras investigaciones, por atravesar una etapa de cambios en el equipo directivo o por estar realizando otras actividades planificadas con anterioridad incompatibles con la introducción de nuevos proyectos. De todos los centros a los que se solicitó la colaboración, finalmente se contó con la participación de tres de ellos, concretamente los siguientes:

- Centro 1: C.E.I.P. (Colegio de Educación Infantil y Primaria) Francisco Arranz. Colegio público de distrito La Latina (Madrid- Capital).
- Centro 2: C.E.I.P. Navahonda. Colegio público de Robledo de Chavela (Madrid- Oeste)
- Centro 3: Colegio Mirasur. Colegio privado de Pinto (Madrid- Sur)

Uno de estos centros está enclavado en contextos de nivel socio- económico medio o medio-alto, y los otros dos en un nivel medio.

### 6.1.2. Participantes

Se pidió la colaboración de los niños escolarizados en los centros detallados anteriormente y por otro lado, también se solicitó la colaboración de los padres o tutores legales de estos niños, todos ellos hispano- hablantes.

De la muestra total inicial de niños ( $n= 291$ ), no fueron analizados 17 de ellos, debido a dos causas: 8 no completaron todos los cuestionarios o lo hicieron de manera inadecuada y 9 fueron identificados por los orientadores de los centros como niños con necesidades educativas especiales. Todos ellos fueron descartados en la muestra final. En relación a la muestra total inicial de padres ( $n= 291$ ), no se analizaron 26 de ellos: 17 por ser los padres de los niños previamente citados y que fueron descartados, y 9 por no cumplimentar voluntariamente los cuestionarios de adultos, aunque sí dieran su consentimiento para que se valorara a su hijo.

La muestra final de niños se compuso de 274 sujetos con edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, con una media de 9.7 y una desviación típica de 1.22. De los 274 niños, 127 fueron varones (46.2%) y 147 mujeres (53.5%). La distribución por cursos escolares de esta muestra fue la siguiente: un 23% pertenece a 3° de Educación Primaria, un 28% a 4° curso, un 24% a 5° curso y un 23% a 6° curso. El número de niños del centro 1 asciende a 76, del centro 2 a 97 y del centro 3 a 101.

Por otro lado, los padres que colaboraron finalmente en el estudio fueron 265, cuya distribución por centros fue de 72 en el centro 1, 93 en el centro 2 y 100 en el centro 3. Dicha muestra se compuso de un 13.6% de hombres (36 sujetos) y un 86.4% de mujeres (229 sujetos). La diferencia de porcentaje entre ambos sexos, debida a la mayor participación voluntaria de madres que de padres, pudo ser debida a que se pidió expresamente que la persona que rellenara los cuestionarios



fuera el cuidador principal de los niños. La franja de edad de los padres osciló entre los 28 y los 64 años, con una media de 41.3 y una desviación típica de 4.78.

## **6.2. Procedimiento**

Teniendo en cuenta la población objeto de estudio, se acudió a los centros educativos que impartían enseñanzas de Educación Primaria para solicitar su colaboración en el proyecto.

Se mantuvo una entrevista inicial con los orientadores, jefes de estudio y directores de aquellos centros que mostraron interés por el proyecto, y en ella les fue facilitado un documento con la explicación de las líneas principales de la investigación y el proceso a seguir.

Una vez dado el Visto Bueno por parte del equipo directivo de los centros educativos, se procedió a informar sobre el proyecto a las familias de los alumnos de 8 a 12 años, y a solicitar también su participación. A aquellas familias interesadas en el estudio, se les pidió su autorización para la aplicación de cuestionarios a sus hijos. También en ese momento, se les aportó los cuestionarios que ellos debían cumplimentar como parte fundamental del protocolo completo de evaluación.

Tanto a padres como a niños, mediante el correspondiente consentimiento informado, se les informó que ninguno de los datos proporcionados serían utilizados para fines externos a la investigación y que se garantizaba la confidencialidad y el anonimato.

Recogidas las autorizaciones de los padres, se procedió a la aplicación de los cuestionarios a los niños en el aula junto al resto de los compañeros dentro del horario lectivo. La aplicación fue realizada por personal cualificado (los

orientadores, los tutores, colaboradores del proyecto y la propia investigadora) contando para ello con las explicaciones pertinentes.

Dos de los cuestionarios aplicados a los niños, concretamente el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Kids (CERQ- k) y el Alexithymia Questionnaire for children (TAS 20 para niños), tuvieron que ser traducidos al castellano, ya que no se contaba actualmente con esta versión. La adaptación realizada en ambos cuestionarios a la muestra española, cumple las directrices de la International Test Commission (Hambleton, Merenda, & Spielberger, 2005). Este proceso fue llevado a cabo por dos personas bilingües español- inglés, que establecieron consenso en sus interpretaciones. Posteriormente se realizó un grupo de discusión que analizó la formulación de los ítems traducidos y se reformularon aquellos que resultaron poco adecuados. A continuación se procedió a un estudio piloto con un grupo de 4 niños de edades entre los 8 y los 12 años para comprobar las dificultades de los vocablos y la adecuación de la formulación de cada uno de los elementos del instrumento.

En el aula, a la hora de aplicar los cuestionarios a los niños, se contó con la presencia del tutor o maestro del grupo, quién ayudó en este proceso y además gestionó las tareas de aquellos niños que no contaban con la autorización paterna y por tanto, no rellenaban los cuestionarios.

Dado el volumen de la batería de cuestionarios a aplicar y la longitud de algunos de ellos, se optó por dosificar las aplicaciones en varias sesiones, 2, 3 ó 4 en función de la edad y de las necesidades de los niños. Las explicaciones sobre la forma de rellenar los cuestionarios vienen especificadas al inicio de cada uno de ellos, aunque se leyeron en voz alta para aclarar posibles dudas y también con el objetivo de crear un clima de colaboración y de sinceridad.

El lenguaje utilizado se adaptó al nivel de lenguaje de los niños y no se emplearon tecnicismos. Para evitar que los niños copiaran las respuestas o realizaran comentarios entre ellos, se separaron las mesas y se vigiló durante toda la prueba.

En aquellos niños que presentaron dificultades en la comprensión lectora, se les leyó el ítem y se les facilitó la comprensión de su contenido.

Por otro lado, se llevaron a cabo diferentes estrategias para intentar favorecer la motivación de los centros, de los alumnos, de los padres y de los profesores y agradecer su participación. Concretamente en el caso de los profesores, se les aportó un dossier de actividades de inteligencia emocional para desarrollar en el aula con los alumnos, y se ofreció un taller formativo de estrategias de regulación emocional. Respecto a los centros, una vez finalizado el estudio, los colegios recibieron un informe que recogía los principales resultados del mismo y los datos obtenidos por el grupo que había participado. Finalmente, las familias recibieron un informe individualizado sobre los resultados obtenidos por cada alumno y el progenitor participante.

### **6.3. Instrumentos de evaluación**

Los datos sociodemográficos y otros que tuvieran especial interés (presencia de dificultades o discapacidad) fueron preguntados directamente en un formulario ad-hoc a cada sujeto. Las variables sociodemográficas estudiadas finalmente fueron el sexo y la edad tanto de los niños como de los padres, la titularidad del centro educativo y el curso del niño.

Las variables de estudio de esta investigación fueron obtenidas a través de instrumentos de evaluación de autoinforme, tanto a los padres como a los niños. En la tabla 1 y la tabla 2 que se presentan a continuación, se puede ver un resumen de los mismos.

Tabla 1. Cuadro resumen de los instrumentos aplicados para la valoración en niños

<b>INSTRUMENTOS NIÑOS</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>ITEMS</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>
<b>BFQ- NA</b>	Personalidad	Conciencia	20 ítems	1	5
		Apertura	8 ítems	1	5
		Extraversión	10 ítems	1	5
		Amabilidad	10 ítems	1	5
		Inestabilidad emocional	11 ítems	1	5
<b>CERQ- k</b>	Estrategias cognitivas de regulación emocional	Autoculpa	4 Ítems	4	20
		Aceptación	4 Ítems	4	20
		Rumiación	4 Ítems	4	20
		Reorientación positiva	4 Ítems	4	20
		Planificación	4 Ítems	4	20
		Reevaluación positiva	4 Ítems	4	20
		Poner en perspectiva	4 Ítems	4	20
		Catastrofismo	4 Ítems	4	20
		Culpa de otros	4 Ítems	4	20
<b>TAS 20</b>	Alexitimia	Dificultad para identificar sentimientos	7 ítems	0	2
		Dificultad para expresar emociones (lenguaje emocional)	5 ítems	0	2
		Pensamiento concreto (operatorio)	8 ítems	0	2
		Aleximitia global	20 ítems	0	2
<b>CPSE</b>	Autoeficacia	Académica	19 ítems	19	95
		Social	13 ítems	13	65
		Autorregulatoria	5 ítems	5	25
		Autoeficacia total	37 ítems	37	185

<b>KIDSCREEN</b>	Bienestar y calidad de vida	Bienestar físico	5 ítems	1	5
		Bienestar psicológico	6 Ítems	1	5
		Estado de ánimo	7 Ítems	1	5
		Autopercepción	5 Ítems	1	5
		Autonomía	5 Ítems	1	5
		Relación parental y vida en el hogar	6 Ítems	1	5
		Recursos económicos	3 Ítems	1	5
		Apoyo social y de iguales	6 Ítems	1	5
		Entorno escolar	6 Ítems	1	5
		Aceptación social (bullying)	3 Ítems	1	5
		Bienestar total	52 ítems	1	5

Tabla 2. Cuadro resumen de los instrumentos aplicados para la valoración en adultos

INSTRUMENTOS	CONTENIDO	DIMENSIONES	ITEMS	MIN	MAX
<b>PADRES</b>					
<b>CERQ</b>	Estrategias cognitivas de regulación emocional	Autoculpa	4 Ítems	4	20
		Aceptación	4 Ítems	4	20
		Rumiación	4 Ítems	4	20
		Reorientación positiva	4 Ítems	4	20
		Planificación	4 Ítems	4	20
		Reevaluación positiva	4 Ítems	4	20
		Poner en perspectiva	4 Ítems	4	20
		Catastrofismo	4 Ítems	4	20
		Culpa de otros	4 Ítems	4	20
<b>TAS 20</b>	Alexitimia	Dificultad para identificar sentimientos	7 ítems	7	35
		Dificultad para expresar emociones (lenguaje emocional)	5 ítems	5	25
		Pensamiento concreto (operatorio)	8 ítems	8	40
		Alexitimia global	20	20	100

Se acepta comúnmente que a partir de los 7 años, un niño puede cumplimentar un autoinforme sobre su manera de ser (Del Barrio, Carrasco, & Holgado, 2006). Siempre es preferible que sea el niño la fuente de las respuestas sobre las conductas interiorizadas y las que se valoran en este estudio lo son, por lo que podemos pensar que los instrumentos seleccionados para ellos, son adecuados en las edades en las que se centra la presente investigación.

Atendiendo a los objetivos propuestos en el presente estudio, los instrumentos que han sido seleccionados permiten recoger datos sobre las siguientes variables: personalidad, regulación emocional (padres e hijos), alexitimia (padres e hijos) y bienestar y calidad de vida. Pasamos a detallar cada uno de ellos.

### *6.3.1. Valoración de la personalidad en niños*

El objetivo de la evaluación de la personalidad es encontrar un patrón más o menos estable de conducta que permita una cierta predicción. En este caso la prueba escogida es el cuestionario “Big Five” (BFQ- NA) de personalidad para niños y adolescentes. Los autores de la prueba original son Barbaranelli, Caprara y Rabasca (1998), aunque en este estudio se empleó la adaptación española realizada por Del Barrio et al. (2006).

El BFQ-NA es un instrumento que representa la adaptación del modelo de los Cinco Grandes de la personalidad para niños y adolescentes. Este instrumento procede del BFQ diseñado para adultos, pero como indican sus autores (Barbaranelli, Caprara, Rabasca, & Pastorelli, 2003), no se trata de una mera adaptación a la población infantil, sino de un diseño específico que incorpora peculiaridades evolutivas de los Cinco Factores de Personalidad de la población infantil.

Este instrumento no evalúa síndromes clínicos ni alteraciones de personalidad, sino que su utilización sirve como medio para identificar características de vulnerabilidad o factores de riesgo como prevención de futuros problemas emocionales u otras dificultades de ajuste infantil (Barbaranelli et.al., 2003).

Incluye 65 ítems valorados a través de una escala tipo likert de cinco alternativas: “casi siempre”, “muchas veces”, “algunas veces”, “pocas veces” y “casi nunca”.

Todos estos elementos están clasificados en 5 dimensiones de personalidad descritas por el modelo de los Cinco Grandes (Barbaranelli et al., 1998; Barbaranelli et al., 2003): a) *Conciencia (conscientiousness)* que evalúa la autonomía, el orden y el cuidado, la dirección hacia metas, el nivel de exigencia, la precisión y el cumplimiento de normas y los compromisos por parte del niño; b) *Apertura (intellect/openness)*, referida a aspectos como el interés por la cultura y el saber, evalúa la originalidad y creatividad de las personas y si son abiertas a la novedad. Incluye elementos de aspectos intelectuales y de fantasía, principalmente escolares; c) *Extraversión (energy/extraversion)* que evalúa el grado de sociabilidad, de asertividad, el dinamismo y la actividad, la locuacidad, el entusiasmo y autoconfianza; d) *Amabilidad (agreeableness)*, entendida como la preocupación y sensibilidad hacia los otros y sus necesidades, el altruismo del niño, el grado de cooperación, la franqueza o la conciliación y por último; e) *Inestabilidad emocional (emotional instability)* que evalúa la tendencia al malestar y al neuroticismo e incluye elementos como la ansiedad, la depresión, el descontento o la ira.

El instrumento ha sido diseñado para que sea cumplimentado por el niño a través de un formato autoinformado. Está indicado para edades de entre 8 y 15 años por lo que se adapta perfectamente a la muestra de este estudio. La duración de la aplicación es de aproximadamente 30 minutos, ligeramente variable en función de la edad de los sujetos (Barbaranelli et al., 2003).

#### *Propiedades psicométricas*

Los estudios realizados en muestras no españolas sobre este cuestionario han mostrado unas adecuadas propiedades de fiabilidad y validez (Murriss, Meesters, & Diederens, 2005; Barbaranelli et al., 2003).



En su versión original (Barbaranelli et.al., 2003), los coeficientes de consistencia interna encontrados para las diferentes escalas oscilan entre 0.66 (extraversión) y 0.85 (inestabilidad emocional), mostrando en general coeficientes superiores en los sujetos de mayor edad (Barbarelli et al., 1998, 2003; Muris et al., 2005). En relación a la estabilidad temporal, los datos obtenidos por los autores de esta versión muestran correlaciones de Pearson significativas que oscilan entre 0.51 en inestabilidad emocional y 0.63 en apertura (Barbaranelli et al., 1998).

La versión del cuestionario empleado en este estudio es la adaptación española. Los análisis de fiabilidad de esta versión realizados por Del Barrio et al. (2006) muestran que la consistencia interna de las diferentes dimensiones oscilan entre 0.78 (inestabilidad emocional) y 0.88 (conciencia). En relación a la estabilidad temporal, los coeficientes se sitúan entre 0.62 en amabilidad y 0.84 en conciencia.

En relación a la validez de este cuestionario, los estudios previos a los encontrados en la muestra española ponen de manifiesto una validez concurrente y predictiva adecuada con cuestionarios como el de personalidad de Eysenk (Barbaranelli et al., 1998, 2003; Murriss et al., 2005).

Los estudios de validez realizados en la muestra española han sido también satisfactorios. Se relacionaron las cinco dimensiones de personalidad con aspectos como la conducta agresiva, la sintomatología depresiva, la autoeficacia o la ira (Ortiz, Tello, & Del Barrio- Gandara, 2005).

Por último, señalar que los indicadores alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones encontradas en nuestro trabajo son: conciencia,  $\alpha = .84$ ; apertura,  $\alpha = .77$ ; extraversión,  $\alpha = .70$ ; amabilidad,  $\alpha = .75$ ; inestabilidad emocional,  $\alpha = .81$ .

### 6.3.2. Valoración de la regulación emocional

La valoración de los aspectos de regulación emocional objeto de este estudio se realizó a través del cuestionario Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) empleando para ello la versión de adultos (para los padres de los niños) y la versión infantil (CERQ-k), las cuales pasamos a detallar a continuación.

#### 6.3.2.1. Regulación Emocional en adultos.

El cuestionario original de adultos denominado Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), ha sido desarrollado por Garnefskiy Kraaij (2007).

La versión utilizada en este estudio es una adaptación del cuestionario original, elaborada por Domínguez- Sánchez, Lasa- Aristu, Amor y Holgado- Tello (2013). Se trata de la traducción del cuestionario al español en la versión de adultos. Tal y como reflejan estos autores, el proceso de traducción de la versión española para adultos de este cuestionario fue desarrollada de acuerdo a las directrices de la International Test Commission (Hambleton et al., 2005).

Se trata de un cuestionario que evalúa los pensamientos de las personas ante eventos negativos, es decir, mide los aspectos cognitivos, no los conductuales. Este cuestionario está orientado a la valoración de las estrategias cognitivas de regulación emocional que utilizan las personas en respuesta a eventos estresantes o negativos en su vida (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; 2002).

Las estrategias de afrontamiento cognitivo que evalúa esta prueba se agrupan en las siguientes subescalas: a) *Autoculpa*: es una estrategia cognitiva de afrontamiento en la que los pensamientos sobre la responsabilidad de lo ocurrido recaen sobre uno mismo, mostrando preocupación por los errores cometidos; b) *Aceptación*: se refiere a la resignación sobre los hechos ocurridos en un momento dado pensando que no

se puede cambiar nada y por tanto es mejor dejarlo pasar y pensar que la vida sigue;

c) *Rumiación*: se refiere al pensamiento persistente o a la preocupación constante asociada al evento negativo; d) *Reorientación positiva*: este concepto se refiere a la capacidad para pensar en otras cosas más agradables en vez del evento negativo en cuestión; e) *Planificación*: se refiere al pensamiento sobre los pasos a seguir para tratar la situación negativa y cambiarla. Se considera que es una estrategia cognitiva de afrontamiento positivo ya que conlleva enfrentar directamente el problema; f) *Reevaluación positiva*: se trata de una estrategia en la que mentalmente se atribuye un significado positivo al evento en términos de crecimiento personal, pensando que esa situación te hace más fuerte; g) *Poner en perspectiva*: se trata de los pensamientos que minimizan la gravedad de la situación negativa, ya que en comparación con otras circunstancias hace pensar que hay cosas peores en la vida; h) *Catastrofismo*: se refiere a pensamientos recurrentes sobre lo terrible que ha sido lo que nos ha pasado, pensando constantemente que es lo peor que te puede pasar, mucho peor que las experiencias que han tenido los demás, y por último; i) *Culpa de otros*: se refiere a la tendencia a pensar que son los demás los que tienen la culpa de lo que uno ha experimentado, pensando en los errores que ellos han podido cometer.

Garnefski et al. (2001) y Jermann, Vander Linden, d'Acremont, y Zermatten (2006) indican que estas nueve estrategias, a su vez, pueden agruparse en dos categorías: estrategias adaptativas y estrategias desadaptativas. Estos autores caracterizan como estilos de afrontamiento desadaptativos los siguientes: a) la autculpa; b) culpade otros; c) rumiación; y d) catastrofismo. Por otro lado, los estilos de afrontamiento adaptativos son: a) aceptación; b) planificación; c) reorientación positiva; d) reevaluación positiva; y e) puesta en perspectiva.

Este cuestionario puede ser administrado a población clínica y no clínica a partir de 12 años, tanto de manera individual como colectiva (Garnefski& Kraaij, 2007). En este caso fue cumplimentado de manera individual por cada uno de los adultos (uno de los padres de los niños evaluados).

El cuestionario consta de 36 ítems y cada una de las dimensiones de esta prueba contiene 4 ítems. Las respuestas se organizan en una escala tipo Likert (desde 1= “casi nunca” hasta 5= “casi siempre”). Cuanto mayor es la puntuación en esa dimensión, en mayor medida se utiliza esa estrategia cognitiva de regulación emocional (Garnefski & Kraaij, 2007).

### *Propiedades psicométricas*

El CERQ ha sido traducido a diferentes idiomas y se aplica a múltiples poblaciones. Los estudios de las diferentes versiones han reflejado unos índices de fiabilidad y validez adecuados, mostrando en todas sus adaptaciones la misma estructura factorial (Jermann et al., 2006; Martín & Dahlen, 2005; Zhu et al., 2008).

La versión original del CERQ de Garnefski y Kraaij (2007) muestra las propiedades psicométricas de la primera versión en muestra de población general adulta y también se analizaron las posibles relaciones de este cuestionario con síntomas de depresión y ansiedad. Los resultados mostraron que el CERQ tiene una buena validez factorial y una fiabilidad elevada, con un alpha de Cronbach que oscila entre 0.75 (aceptación) y 0.87 (reorientación positiva) para las diferentes dimensiones valoradas.

En los estudios de test-retest (con un intervalo de 5 meses) en esta versión de adultos, los resultados mostraron una fiabilidad entre 0.41 y 0.59, lo que indica que los estilos de regulación emocional en adultos son relativamente estables (Garnefski y Kraaij, 2007).

En la versión traducida al español para adultos que se presenta en este estudio (Domínguez-Sánchez et al., 2011), la fiabilidad encontrada en todas las subescalas ha sido satisfactoria. La consistencia interna presenta un alpha de Cronbach desde

0.61 (autoculpa) a 0.89 (reorientación positiva), cifras similares a las de otras adaptaciones de este cuestionario (Jermann et al., 2006; Zhu et al., 2008). En cuanto a los valores obtenidos en la estabilidad temporal también fueron adecuados ya que oscilan entre 0.49 y 0.71 (Domínguez-Sánchez et.al., 2011).

Para obtener datos sobre la validez, se emplearon las medidas de depresión (BDI) y ansiedad (STAI-T). Las correlaciones obtenidas a través del coeficiente de correlación de Pearson con las dimensiones de la versión española del CERQ tuvieron un nivel de significación de  $p < .01$ , excepto la de aceptación (Domínguez-Sánchez et.al., 2011).

Los resultados de fiabilidad de esta escala encontrados en nuestro estudio para población adulta han sido satisfactorios, obteniéndose los siguientes alpha de Cronbach: autoculpa,  $\alpha = .55$ ; aceptación,  $\alpha = .62$ ; rumiación,  $\alpha = .72$ ; reorientación positiva,  $\alpha = .86$ ; planificación,  $\alpha = .79$ ; reevaluación positiva,  $\alpha = .82$ ; poner en perspectiva,  $\alpha = .75$ ; catastrofismo,  $\alpha = .67$ ; culpa de otros,  $\alpha = .64$ . La escala globalmente, ha obtenido un alpha de Cronbach de 0.84.

El CERQ, por tanto, podría ser considerado como una herramienta con una buena fiabilidad y validez en el estudio de factores de riesgo individual en problemas emocionales y de factores de protección asociados con ellos, al igual que también proporciona información relevante para la intervención.

#### *6.3.2.2. Regulación Emocional en niños*

La versión infantil del CERQ es de los autores Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt y Kraaij (2007) y se denomina CERQ- k. En este caso, a diferencia de su versión para adultos, la escala para niños no había sido traducida ni validada al español en el

momento de la realización de este estudio, por lo que se procedió a su adaptación para la muestra infantil española.

La primera fase del proceso de adaptación de la prueba de regulación emocional para niños consistió en la traducción del instrumento al castellano por dos psicólogos: uno de habla inglesa y española y otro de habla española. Posteriormente se realizó un grupo de discusión que analizó la formulación de los ítems traducidos y se reformularon algunos de ellos según criterios consensuados. A continuación se procedió a un estudio piloto con un grupo de 4 niños (2 de 8 a 10 años y 2 de 10 a 12) para comprobar las dificultades de los vocablos y la adecuación de la formulación de cada uno de los ítems del instrumento.

Este cuestionario evalúa los pensamientos a los que tiende el niño después de experimentar un acontecimiento negativo en su vida. El CERQ-k ha sido adaptado de su versión de adultos (CERQ), y al igual que en este cuestionario, se valoran los diferentes estilos cognitivos de afrontamiento ante eventos estresantes o negativos en la vida (Garnefski et.al., 2007).

Las edades para las que está pensada su cumplimentación son los 9, 10 y 11 años, aunque tal y como informan los propios autores (Garnefski et.al., 2007), desde los 8 años los niños ya tienen incorporadas y aprendidas las estrategias que se valoran en esta prueba, por lo que podría aplicarse también en esta edad. También indican que esta versión puede aplicarse a población clínica y no clínica.

Se trata de un cuestionario de autoinforme que valora los mismos 9 procesos de afrontamiento que su versión de adultos. Además, al igual que la versión de adultos, el CERQ- k presenta 36 ítems. Las respuestas se organizan en una escala tipo Likert (desde 1= “casi nunca”; hasta 5= “casi siempre”).

### *Propiedades psicométricas*

En relación a las subescalas del cuestionario CERQ- k, los autores (Garnefski et.al., 2007) han encontrado una alta fiabilidad en todas ellas. La única dimensión que ha presentado un alpha de Cronbach por debajo de 0.65 ha sido aceptación ( $\alpha = .62$ ). El resto de las subescalas muestran una fiabilidad entre 0.67 (reevaluación positiva y catastrofismo) y 0.79 (autoculpa, reorientación positiva y culpa de otros).

Los estudios de validez factorial realizados con el CERQ-k muestran similares resultados a los obtenidos en su versión de adultos. Un porcentaje considerable de la varianza en la sintomatología de depresión y miedos de los niños, podía ser explicado por el uso de determinadas estrategias cognitivas de regulación emocional (Garnefski et al., 2007).

En la versión original de niños (Garnefski et al., 2007), las estrategias de puesta en perspectiva y de reorientación positiva fueron las que aparecían con mayor frecuencia en sus respuestas de uso. Sin embargo, autoculpa, culpa de otros y catastrofismo, son las que presentaron menores niveles de uso. No se realizaron estudios de test- retest.

Los resultados de fiabilidad de esta escala encontrados en nuestro estudio para población infantil han sido entre moderados y satisfactorios a excepción del caso de la aceptación, obteniéndose los siguientes alpha de Cronbach: autoculpa,  $\alpha = .70$ ; aceptación,  $\alpha = .46$ ; rumiación,  $\alpha = .63$ ; reorientación positiva,  $\alpha = .71$ ; planificación,  $\alpha = .62$ ; reevaluación positiva,  $\alpha = .60$ ; poner en perspectiva,  $\alpha = .63$ ; catastrofismo,  $\alpha = .68$ ; culpa de otros,  $\alpha = .78$ . La escala globalmente, ha obtenido un alpha de Cronbach de 0,81.

### 6.3.3. Valoración de la alexitimia

#### 6.3.3.1. Alexitimia en adultos

El cuestionario empleado para la medición de la alexitimia fue la *Toronto Alexithymia Scale (TAS- 20)*. Esta prueba fue desarrollada por Bagby, Parker y Taylor(1994) presentando una adecuada fiabilidad y validez. La versión que hemos utilizado en este estudio es la validada por Martínez- Sánchez(1996) en muestra adulta española no clínica.

Los resultados obtenidos en los estudios relativos a este cuestionario sugieren una mayor capacidad para detectar la ausencia de rasgo que su presencia (Bagby et al., 1994). Este hecho es importante para el presente trabajo, ya que en él se trabaja con una muestra no clínica, aunque el instrumento permita discriminar entre muestra clínica y no clínica.

En este cuestionario existe una estructura ortogonal tridimensional subyacente, que explica el 31% de la varianza (Bagby et al., 1994): a) *Dificultad en la identificación emocional*: se refiere a la dificultad en la discriminación de señales emocionales, es decir, esta escala evalúa la falta de habilidad para identificar nuestros sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones somáticas que acompañan a la actividad emocional. A mayor puntuación, mayor dificultad de identificación de nuestras emociones; b) *Dificultad en la expresión emocional*: se refiere a la incapacidad de expresar verbalmente nuestros sentimientos a otras personas. A mayor puntuación, mayor dificultad en la expresión verbal de las emociones y c) *Pensamiento concreto (operatorio)*o pensamiento orientado hacia detalles externos.

Varios estudios transculturales (Páez, Martínez-Sánchez, Velasco, Mayordomo, Fernández, & Blanco, 1999; Taylor, Bagby, & Parker, 2003) han encontrado que de



las tres subescalas del cuestionario, la tercera de ellas (pensamientoconcreto) es el factor que ocasiona más problemas a la hora de realizar y obtener valores óptimos en el análisis factorial confirmatorio inicial (considerando los tres factores), lo cual es consistente con los bajos índices de fiabilidad que obtiene este factor en los diferentes estudios (Bagby et al., 1994; Martínez-Sánchez, 1996).

Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 20 ítems. La escala de respuesta presenta seis posibilidades desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” y se puntúa entre 0 y 5, pudiendo obtener un máximo de 100 puntos en la puntuación global de alexitimia (Martínez-Sánchez, 1996).

*Propiedades psicométricas. Versión original de Bagby et al. (1994)*

Los trabajos de Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz (1993) en el que se utilizaron tres muestras compuestas por estudiantes alemanes, estadounidenses y canadienses, replicaron la misma estructura factorial en todos los casos, mostrando además una adecuada fiabilidad y validez convergente, discriminante y de criterio. Se ha corroborado la validez de la escala en poblaciones no clínicas (Bagby et al., 1994), así como en pacientes en tratamiento en una unidad de Medicina Conductual (Bagby et al., 1994). El índice Alpha de Cronbach de la escala en su conjunto fue de 0.81 y la fiabilidad test- retest fue de 0.77. Los tres factores que incluye esta prueba presentan, respectivamente, los siguientes índices de fiabilidad: 0.78, 0.75 y 0.66. (Bagby et al., 1994).

*Propiedades psicométricas. Versión de Martínez- Sánchez (1996)*

Los índices de fiabilidad del instrumento muestran una notable consistencia interna, siendo el alpha de Cronbach de 0.78 para la escala en su conjunto. Por su parte,

cada uno de los factores mostraron también unos datos aceptables: para el factor dificultad en la identificación emocional  $\alpha=.79$ ; para el factor dificultad en la expresión emocional  $\alpha=.73$ ; y para el factor pensamiento concreto  $\alpha=.61$ .

Se realizó una valoración test- retest de 78 sujetos que completaron la TAS-20 en dos ocasiones en un periodo de 19 semanas entre la primera y la segunda aplicación (Martínez- Sánchez, 1996). Los resultados mostraron una alta fiabilidad test-retest ( $r= .71$ ).

Por último, indicamos que los resultados de fiabilidad encontrados en nuestro estudio para las diferentes subescalas de la muestra de población adulta muestran una adecuada fiabilidad en dos de las tres subescalas (dificultad en la identificación emocional y dificultad en la expresión emocional), resultados que van en la misma línea que los encontrados en el cuestionario original en su versión en español (Martínez- Sánchez, 1996). El coeficiente alpha de Cronbach obtenido en nuestro estudio para la subescala dificultad en la identificación de emociones es de 0.86; para la subescala dificultad en la expresión de emociones es de 0.77; ya para pensamiento concreto obtiene un coeficiente de 0.49. El alpha de Cronbach es de 0.72 para la escala en su conjunto.

#### 6.3.3.2. *Alexitimia en niños*

Al igual que ha ocurrido con la variable de regulación emocional, la alexitimia también fue medida en niños a través de la adaptación a población infantil del cuestionario de adultos. Por lo tanto, este cuestionario, en su versión de niños, está basado en el original Toronto Alexithymia Scale (TAS-20, Bagby, Parker & Taylor, 1994), que evalúa la alexitimia en adultos.

La versión para niños fue desarrollada por Rieffe, Oosterveld y Meerum- Terwoegt (2006). En este estudio se ha empleado esta versión infantil, la cual ha tenido que ser traducida al español, ya que no existía hasta el momento esta adaptación. Este cuestionario, en su versión original de niños, se presenta en lengua inglesa, aunque ha habido traducciones al holandés, al italiano y al persa. El procedimiento seguido para la adaptación a muestra española infantil, fue idéntico al realizado para el cuestionario CERQ-k.

Actualmente existen muy pocos cuestionarios de autoinforme que evalúen la alexitimia en niños. La versión que utilizamos en este estudio ha sido elaborada a través de una muestra de niños de entre 9 y 15 años (Rieffe et al., 2006).

Al igual que en su versión de adultos, el TAS 20 de niños es un cuestionario que consta de 20 ítems que representan los tres factores principales de la alexitimia explicados previamente en la versión de adultos. La diferencia que encontramos con respecto a su versión de adultos, es que las opciones de respuesta para cada ítem son tres en lugar de cinco: “frecuentemente verdad”, “a veces verdad” y “no es verdad”.

#### *Propiedades psicométricas*

En la versión infantil de Rieffe et al. (2006), los coeficientes de consistencia interna fueron elevados, situándose el alpha de Cronbach por encima de 0.75. Al igual que ocurre en la versión de adultos, las dos primeras subescalas (dificultad en la identificación emocional y dificultad en la expresión emocional) presentan buenos índices de fiabilidad (0.73 y 0.75 respectivamente) a diferencia de la tercera de ellas (pensamiento concreto) que presenta un índice de fiabilidad de 0.29.

En relación a la validez, las dos primeras subescalas (dificultad en la identificación emocional y dificultad en la expresión emocional) muestran una relación positiva

con estados de ánimo negativos, lo que contribuye a su predicción a través de quejas somáticas. La tercera de las escalas (pensamiento concreto), al igual que ocurre con la fiabilidad, muestra también una baja validez (Rieffe et al., 2006).

Los resultados de fiabilidad encontrados en nuestro estudio para las diferentes subescalas de la muestra de población infantil muestran una adecuada fiabilidad en dos de las tres subescalas (dificultad en la identificación emocional y dificultad en la expresión emocional), resultados que van en la misma línea que los encontrados en el cuestionario original y en nuestro estudio con población adulta (Martínez-Sánchez, 1996). El coeficiente alpha de Cronbach obtenido en nuestro estudio para la subescala dificultad en la identificación de emociones es de 0.73; para la subescala dificultad en la expresión de emociones es de 0.69; y para pensamiento concreto es de 0.28.

#### *6.3.4. Valoración de la autoeficacia en niños*

En este estudio, la valoración de la autoeficacia en niños se realizó a través de la Children's Perceived Self-Efficacy (CPSE) de Bandura (1990).

La Escala de Autoeficacia para Niños de Bandura, fue revisada por Pastorelli, Caprara, Barbaranelli, Rola, Rozsa y Bandura en 2001, y es a raíz de esta última adaptación, de la que se ha obtenido la validación española empleada en este estudio.

La versión utilizada es la desarrollada por Carrasco y Del Barrio (2002). El instrumento resultante posee dos modificaciones respecto a la versión italiana: de los 37 ítems de la versión italiana, dos de ellos están contenidos en la presente versión en un mismo enunciado. La otra modificación corresponde al ítem 14, el cual no discriminó en cuanto a su significado del ítem 13, por lo que se suprimió de

la escala. Tras estas modificaciones quedaron un total de 35 ítems (Carrasco&Del Barrio, 2002).

La adaptación al castellano de este cuestionario, según indican sus autores (Carrasco&Del Barrio, 2002), es aplicable a niños y adolescentes de entre 8 y 15 años. La escala consta de 35 ítems seleccionados de un grupo de ocho dimensiones procedentes de un gran grupo de escalas de autoeficacia multidimensional de Bandura (1990). El formato de respuesta está graduado entre uno y cinco (1 “fatal”; 2 “no muy bien”; 3 “bien”; 4 y 5 “fenomenal”). Se pretende evaluar con ellos la percepción de eficacia que el sujeto posee en los distintos ámbitos, entre los que figuran la autoeficacia en el contexto académico, social y de control (Carrasco&Del Barrio, 2002).

Los diferentes estudios realizados obtuvieron una estructura tri-factorial: a) *Autoeficacia académica*: capacidad percibida para dirigir el propio aprendizaje, las expectativas académicas personales, parentales y de los profesores. A mayor puntuación, mayor autoeficacia académica; b) *Autoeficacia social*: incluye aspectos tales como la capacidad percibida por el sujeto para las relaciones entre iguales, asertividad y actividades de ocio y tiempo libre. A mayor puntuación, mayor autoeficacia social y; c) *Autoeficacia autorregulatoria*: mide la capacidad percibida por el sujeto para resistirse a los iguales ante la involucración en actividades de riesgo, relacionadas con la transgresión de normas. A mayor puntuación, mayor autoeficacia autorregulatoria.

#### *Propiedades psicométricas*

La versión al español que se presenta en este estudio ha mostrado características psicométricas adecuadas y una importante coherencia con escalas similares utilizadas en trabajos realizados por otros autores con anterioridad (Bandura, Barbaranelli,

Caprara, & Pastorelli, 1996; Bandura, Pastorelli, Barbaranelli, & Caprara, 1999; Caprara et al., 1998; Pastorelli et al., 2001). La fiabilidad y validez halladas en este instrumento permiten utilizar la medida de autoeficacia percibida resultante como un buen indicador para el conocimiento de esta variable en la población infantil, cuyas implicaciones en el desarrollo social y emocional parecen relevantes (Carrasco & Del Barrio, 2002).

En la versión de Bandura (1990), los resultados obtenidos en fiabilidad fueron satisfactorios. La prueba en su conjunto presentó un valor de 0.70 (Bandura et al., 1996). Los estudios posteriores de fiabilidad muestran para el primero de los factores, la autoeficacia académica, un alpha de Cronbach de 0.89; para el segundo, la autoeficacia social, un valor de 0.78; y para el tercero de ellos, la autoeficacia autorregulatoria, un valor de 0.75 (Bandura et al., 1999).

La versión empleada en este estudio (Carrasco & Del Barrio, 2002) obtuvo un buen índice de fiabilidad con un alpha de Cronbach de 0.91. Con respecto a las subescalas, los mayores índices de fiabilidad se encontraron en los dos primeros factores (autoeficacia académica con un valor de 0.90 y autoeficacia social con 0.80), mostrando similares valores en las muestras anteriores consultadas (Bandura et al., 1996; Bandura et al., 1999; Caprara et al., 1998; Pastorelli et al., 2001). Los valores más bajos de fiabilidad son los encontrados en el tercer factor (autoeficacia autorregulatoria con un valor de 0.57), especialmente en la muestra española, poniendo de manifiesto una menor estabilidad y consistencia interna. No obstante, el comportamiento de los ítems en este factor mostró en la muestra española una adecuada homogeneidad en relación con los otros elementos (Carrasco & Del Barrio, 2002).

La validez criterial, como ha ocurrido con la fiabilidad, también ha mostrado resultados coherentes con investigaciones previas que han estudiado la autoeficacia en relación con la depresión y la agresividad (Carrasco & Del Barrio, 2002). En

estos estudios se ha puesto de manifiesto que una baja autoeficacia percibida puede conducir hasta la sintomatología depresiva (Bandura et al., 1999). Por otro lado, la percepción de eficacia en los niños también actúa como un mediador socio-cognitivo importante respecto a la agresividad y la conducta social (Erdley & Asher, 1996).

Los indicadores alpha de Cronbach para cada una de las dimensiones encontradas en nuestro trabajo son: autoeficacia académica,  $\alpha = .87$ ; autoeficacia social,  $\alpha = .81$ ; autoeficacia autorregulatoria,  $\alpha = .78$ . El alpha de Cronbach encontrado para la escala en su totalidad ha sido de 0.85.

#### *6.3.5. Valoración de la calidad de vida y bienestar en niños*

Uno de los aspectos más importantes que se plantearon en el estudio con respecto a la medición del bienestar y calidad de vida de los niños, era captar la multidimensionalidad de la salud, y el cuestionario empleado así lo hace.

Para medir la calidad de vida de los niños, se ha empleado el cuestionario Kidscreen (Ravens-Sieberer et al., and the European KIDSCREEN Group, 2005). Se trata de una prueba que ha tenido un desarrollo simultáneo en varios países, entre ellos España, lo que permite controlar con más garantías la equivalencia y la adecuación, sobre todo de los contenidos, a las poblaciones a partir de las cuales se construye, y facilita las comparaciones internacionales. Para este estudio, se ha empleado la versión en español (Aymerich et al., 2005).

Este cuestionario, desarrollado dentro de un proyecto financiado por la Comisión Europea, valora la calidad de vida de los niños y adolescentes de entre 8 y 18 años. Valora su bienestar físico, mental y social y permite identificar a la población infantil-juvenil en riesgo en términos de su salud subjetiva (Ravens-Sieberer et al.,

2005). El Kidscreen es el primer instrumento de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) para población infantil y adolescente, desarrollado simultáneamente en diversos países europeos, a partir de las opiniones de la propia población diana.

En su versión más extensa contiene 52 ítems con 5 opciones de respuesta: “nada”, “un poco”, “moderadamente”, “mucho” y “muchísimo” o bien “nunca”, “casi nunca”, “algunas veces”, “casi siempre”, “siempre”. Se debe responder en una escala u otra en función de la dimensión en la que nos encontremos.

Este cuestionario de autoinforme, que puede ser aplicado a población clínica y no clínica (Ravens-Sieberer et al., 2005), está organizado en 10 dimensiones: a) *Bienestar físico* (5 ítems): esta dimensión explora el nivel de actividad física del niño, la energía y estado físico general. Se trata de la habilidad para moverse en casa o en el colegio y jugar o realizar actividades físicas tales como deportes. También valora la capacidad de animarse y jugar activamente. Los niños valorarán si se sienten bien en este sentido o se quejan de su estado físico; b) *Bienestar psicológico* (6 ítems): examina la presencia de emociones positivas y la satisfacción con la vida del niño. Valora la percepción de alegría o diversión y la experiencia emocional positiva del niño; c) *Estado de ánimo* (7 ítems): valora la ausencia (los ítems están formulados para medir la presencia de percepciones negativas, pero se procede a su recodificación) de experiencias depresivas o sentimientos estresantes, tales como la percepción de soledad, la tristeza o la impotencia; d) *Autopercepción* (5 ítems): Esta dimensión explora en los niños la percepción de uno mismo. Incluye aspectos sobre la percepción positiva o negativa de la apariencia del cuerpo o la satisfacción con su ropa u otros accesorios personales. En definitiva, examina la seguridad y satisfacción de los niños con ellos mismos y con su apariencia; e) *Autonomía* (5 ítems): valora la facilidad del niño para organizar su tiempo libre y sus relaciones sociales. Explora el nivel de autonomía visto como una cuestión importante del desarrollo para la creación de una identidad personal. Algunos aspectos evaluados son la libertad de elección, la autosuficiencia o la independencia. Además, también se tiene en cuenta



la percepción del niño sobre su capacidad de dirigir su vida o sobre su capacidad de tomar decisiones en las actividades del día a día; f) *Relación parental y vida en el hogar* (6 ítems): esta dimensión examina la relación con los padres y el clima familiar. Tiene en cuenta la calidad de las interacciones entre el niño y sus padres o cuidadores y los sentimientos hacia ellos, sobre todo, aquellos que tengan que ver con el cariño y el apoyo. Se valora si los niños consideran que tienen un clima en el hogar satisfactorio y si tienen un trato justo por parte de sus padres; g) *Recursos económicos* (3 ítems): valora la percepción del niño sobre la calidad de los recursos económicos que tiene. Se explora si el niño considera que recibe suficiente dinero para poder llevar un estilo de vida comparable con el de otros niños, para así tener la oportunidad de realizar actividades con ellos; h) *Apoyo social y de iguales* (6 ítems): examina la naturaleza y la calidad de las relaciones del niño con sus amigos y otros compañeros. Se valora la percepción que tiene el niño del apoyo y aceptación que recibe de sus iguales (sintiéndose parte de un grupo) y la capacidad para formar y mantener las relaciones; i) *Entorno escolar* (6 ítems): explora la percepción del niño sobre su capacidad cognitiva, su aprendizaje y su concentración, además de sus sentimientos con los aspectos relacionados con el colegio. Incluye la satisfacción del niño sobre su capacidad y rendimiento académico. Además valora si percibe el colegio como un lugar divertido, examinando igualmente las relaciones con los profesores y por último; j) *Aceptación social (bullying)* (3 ítems): explora los sentimientos de aceptación de los compañeros de colegio, es decir, la ausencia de bullying (los ítems están formulados para medir la presencia de bullying, pero se procede a su recodificación). Cada dimensión puede ser analizada independientemente o de forma global, siendo esta última especialmente útil para la valoración de conjunto de la calidad de vida del niño.

### *Propiedades psicométricas*

La versión en español de este instrumento presenta una fiabilidad y una validez de constructo preliminares aceptables. Una limitación importante que indican los autores sobre el estudio, es la falta de comprobación de la fiabilidad test-retest, así como de la validez estructural, convergente y discriminante (Ravens-Sieberer et al., 2005).

En cuanto a la consistencia interna encontrada en el cuestionario por parte de Ravens-Sieberer et al. (2005), el alpha de Cronbach fue calculado para las 10 dimensiones del Kidscreen, obteniéndose resultados entre 0.70 (aceptación social) y 0.89 (recursos económicos).

La validez convergente y discriminante fueron valoradas con la ayuda de pruebas que examinan la salud mental y física de los niños y adolescentes. Se encontró una correlación de 0.55 al relacionar dimensiones del Kidscreen con la frecuencia de quejas físicas. También se emplearon otros instrumentos validados en cada país sobre bienestar y calidad de vida y los resultados en general fueron también satisfactorios (Ravens-Sieberer et al., 2005).

Por último, indicar que los resultados de fiabilidad de esta escala encontrados en nuestro estudio también han sido satisfactorios, obteniéndose los siguientes alpha de Cronbach: bienestar físico,  $\alpha = .78$ ; bienestar psicológico,  $\alpha = .84$ ; estado de ánimo,  $\alpha = .87$ ; autopercepción,  $\alpha = .62$ ; autonomía,  $\alpha = .83$ ; relación parental y vida en el hogar,  $\alpha = .89$ ; recursos económicos,  $\alpha = .85$ ; apoyo social y de iguales,  $\alpha = .83$ ; entorno escolar,  $\alpha = .86$ ; aceptación social,  $\alpha = .74$ . La escala globalmente, ha obtenido un alpha de Cronbach de 0,86.

## IV. Estudios



## Estudio 1

Alexithymia Questionnaire for children (AQC): psychometric properties, factor structure and initial validation in a Spanish sample.

Alexithymia Questionnaire for children (AQC): propiedades psicométricas, estructura factorial y validación inicial en muestra española.



## ABSTRACT

*Objective:* The objective of the present study is to examine the factor structure and concurrent validity of the alexithymia questionnaire for children (AQC; Rieffe et al., 2006) in a Spanish sample.

*Method:* The Alexithymia Questionnaire for Children (Rieffe et al., 2006) was administered in a sample of 274 children with a mean age of 9.7 years (SD=1.22; range 8 to 12 years). 53.6% were girls and 46.4% were boys. The participants were recruited from various second and third cycle primary schools in Madrid (Spain). An exploratory analysis was performed using SPSS 17.0 package, and confirmatory factorial using the AMOS 18.0 module.

*Results:* The factorial structure of Alexithymia Questionnaire for Children showed, in a first step, a three factor structure model (Difficulty Identifying & Describing Feeling, Externally Oriented Thinking and Positive Emotional Attitude) and in a second step a four factor structure model (Difficulty Identifying Feeling, Difficulty Describing Feelings, Positive Emotional Attitude and Externally Oriented Thinking). The confirmatory factorial analysis demonstrated, with some limitations, an acceptable fit of both models.

*Conclusions:* The Spanish adaptation of the Alexithymia Questionnaire for Children could be a tool to assess how children identify and describe their feelings. In spite of the results, it seems necessary to evaluate the psychometric properties of this tool in other samples of children in order to support or refuse the factorial solution of this research with the previous literature.

*Key words:* alexithymia, children, feelings, quality of life, emotions

## INTRODUCTION

Alexithymia is a multifaceted construct that was described by Sifneos (1973) as a difficulty identifying and communicating feelings, differentiating feelings and somatic sensations of emotional arousal, a decrease of fantasy and imagination and an externally oriented cognitive style (Nemiah et al., 1976). Although, there are different tools to evaluate the alexithymia construct, the 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), developed a decade ago (Bagby, Taylor, & Parker, 1994), has become the most widely used instrument for assessing alexithymia in both research and clinical practice. The TAS-20 yields three factors (difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and externally oriented thinking). The items assessing fantasy and imaginable activity, which are reduced in alexithymia, were eliminated during the development of the scale primarily because they had high correlations with measures of social desirability. There is evidence to suggest that reduced fantasy and imaginable activity are assessed indirectly by the externally oriented thinking factor (Bagby et al., 1994).

The reliability and validity of this three-factor structure have been established in several studies in clinical and nonclinical adult populations, although there are also many studies in which only a two-factor structure has been observed (Kooiman, Spinhoven, & Trijsburg, 2002). Overall, the Difficulty Identifying Feelings and Difficulty Describing Feelings factors show good psychometric properties, but Externally Oriented Thinking factor appears to be weak. The TAS-20 total scores and Difficulty Identifying Feelings and Difficulty Describing Feelings factors correlate positively with self-reported physical symptoms (Bach, Bach, & de Zwaan, 1996; Taylor & Bagby, 2000), while the correlation with the Externally-Oriented Thinking factor is not always evident (Grabe, Spitzer, & Freyberger, 2004; Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer, & Lakey, 1996).



Alexithymia has been widely studied among adults, it has been related to somatization disorders (Sifneos, 1973), as a personality trait, it has also been hypothesised as a risk factor for the development or persistence of medically unexplained symptoms, and later as a risk factor for a wide range of medical or health related problems (Bagby et al., 1994).

Surprisingly, alexithymia in children has scarcely been researched, even though it is assumed to be a personality trait that might be present in childhood (Joukamaa et al., 2007). Most studies have been retrospective and conducted in adults. These studies have highlighted factors occurring in childhood that could improve the understanding of alexithymia throughout the lifespan, such as childhood emotional abuse and disturbances in the early parent-child relationship (Swannell et al., 2012; Thorberg, Young, Sullivan, & Lyvers, 2011). However, there are few studies performed in children samples. These studies have shown the relationship of alexithymia with physical complaints both in healthy children (Allen, Lu, Tsao, Hayes, & Zeltzer, 2011; Jellesma, Rieffe, Terwogt, & Westenberg, 2009; Rieffe et al., 2010) and children with physical or mental pathology (Loas, Speranza, PhamScottetz, Pérez Díaz, & Corcos, 2012; Mishra, Maudgal, Theunissen, & Rieffe, 2012). Likewise, several studies have shown an inverse relationship between alexithymia and quality of life (Fukunishi, Tsuruta, Hirabayashi, & Asukai, 2001; Karwowski, Keljo, & Szigethy, 2009).

The measures of alexithymia in children have mostly been developed according to the original TAS 20 questionnaire (Bagby et al., 1994) because it is the best-known and applied tool in adults. The first adaptation of this questionnaire for children was conducted when Rieffe, Oosterveld and Meerum Terwogt (2006) administered it to 740 children of two age groups (primary schools -mean age 11 years- and secondary schools -mean age 13 years-) in the Netherlands.

Consistent with the original adult questionnaire for alexithymia (TAS-20) developed by Bagby et al. (1994), their alexithymia questionnaire for children (AQC) consisted of 20 items, representing 3 factors (Difficulty Identifying Feelings, Difficulty Describing Feelings and Externally-Oriented Thinking). Item 6, 13 and 14 are identical to the items in the original TAS-20, but the other items were reformulated in order to allow a better understanding by the children, but maintaining the same meaning. Children were instructed to score each item on a three-point response scale (0 = not true; 1 = a bit true; 2 = true), instead of the five-point scale that is used for the TAS-20 for adults, in order to simplify the response scale for children. Rieffe et al. (2006) identified the three-factor structure of alexithymia, although the factor Externally-Oriented Thinking showed low factor loadings and a low reliability. The predictive value of the questionnaire was also satisfactory. Difficulty Identifying Feelings and Difficulty Describing Feelings factors contributed to the prediction of self-reported somatic complaints in children, but the factor Externally-Oriented Thinking failed to do so.

Recently, these same authors (Rieffe et al., 2010) translated the TAS-20 into Farsi and administered the AQC to an Iranian sample of 579 children and young adolescents (mean age 12 years). Due to the Externally-Oriented Thinking factor showing poor psychometric properties and predictive validity, it was omitted in the Iranian study. The two remaining factors Difficulty Identifying Feelings and Difficulty Describing Feelings were taken together. A principal component analysis on the remaining 12 items with the factor count limited to one factor, instead for two, showed, indeed, that all items loaded higher than .35 on this factor, except for item 12 with a loading of .28. Item 12 was not omitted from the questionnaire, however, because the combined scale still showed good internal consistency with all 12 items included. According to these authors (Rieffe et al., 2010), many studies report that the two first factors of this questionnaire show a relatively high inter-correlation (Kooiman et al., 2002).

When the French version of the AQC (Loas et al., 2010) was applied to eighty children with a mean age of 11.81 (range: 9-16) the psychometric properties of the Confirmatory Factor Analysis showed that the 3-factor solution of the AQC was adequate although the Externally-Oriented Thinking factor had low factor loadings.

Moreover, in the Italian version of the AQC (Di Trani et al., 2009), which was administered to 576 children recruited from primary and secondary schools (age mean: 10.78, SD=1.67) the exploratory factor analysis revealed preliminary evidence of a four factor structure: Difficulty Identifying Feelings and Difficulty Describing Feelings, Confusion and physical Sensations and Externally-Oriented Thinking. Cronbach's alpha indicated adequate internal consistency, and significant correlations were observed among the total score and the four factors.

The objective of the present study is to examine the factor structure and concurrent validity of the Alexithymia Questionnaire for Children (AQC; Rieffe et al., 2006) in a Spanish sample.

## **METHOD**

### **Participants**

In this study, 274 children (mean age 9.7 years; SD=1.22; range 8 to 12 years), 53.6% girls, were asked during class to fill out the questionnaires. Participants were drawn from various primary schools in Madrid (Spain), of second and third cycle. The second cycle (third and fourth grade) group comprised 142 children (62 boys, 80 girls, mean age 8.72; SD=.65 years; range 8 to 10 years). The third cycle (fifth and sixth grade) group comprised 132 children (65 boys and 67 girls, mean age 10.74 years, SD=.72, range 10 to 12 years). Parental consent was obtained for all participants.

## Measures

### *Alexithymia questionnaire for children (AQC; Rieffe et al., 2006)*

In this study, we have administered the Alexithymia Questionnaire for Children (AQC; Rieffe et al., 2006), consistent with the original adult questionnaire for alexithymia (TAS-20; Bagby et al., 1994). The authors identified three factors: a) Difficulty Identifying Feelings (DIF, 7 items), Difficulty Describing Feelings (DDF, 5 items) and Externally-Oriented Thinking (EOT, 8 items). The internal consistency coefficient (Cronbach's Alpha) was .71. In this sense, Cronbach's Alpha was .73 for DIF and .75 for the DDF meanwhile for the EOT was .29. The measures of fit for this model was:  $X^2 = 408$ ;  $X^2/\text{degree freedom} = 2.44$ ; Goodness of Fit Index (GFI) = .95; Ad-adjusted Goodness-of-Fit Index (AFGI) = .93; Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = .04 (Rieffe et al., 2006).

The original English AQC version was translated into Spanish by a bilingual psychologist. Then, it was sent to a cooperating primary school, where one teacher reviewed the items in a way appropriate for primary school-aged children. This version was discussed with the teaching staff until consensus was reached. This new version was then sent back to the other bilingual psychologist who back-translated the items and compared them with the original English version. If the content of an item had changed, additional revisions were made. The last version was sent to the co-operating school again for their approval. Children were instructed to score each item on a three-point response scale (0 = not true; 1 = a bit true; 2 = true), the same as the AQC (Rieffe et al., 2006), in order to simplify the response scale for children and provide clear verbal labels with each answer category.

*Health-Related Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents (Kidscreen questionnaire; Ravens-Sieberer et al., 2005)*

As a validity criterion we used the Spanish version (Aymerich et al., 2005) of the Kidscreen 52 items HRQOL Health Questionnaire for Children and Adolescents. This questionnaire was developed as a self-report measure applicable for healthy and chronically ill children and adolescents aged between 8 and 18 years. The instrument is composed by ten dimensions: physical well-being, 5 items (Cronbach's Alpha = .80); psychological well-being, 6 items (Cronbach's Alpha = .89) moods and emotions, 7 items (Cronbach's Alpha = .86), self-perception, 5 items (Cronbach's Alpha = .79), autonomy, 5 items (Cronbach's Alpha = .84), parent relation and home life, 6 items (Cronbach's Alpha = .89), financial resources, 3 items (Cronbach's Alpha = .89), social support and peers, 6 items (Cronbach's Alpha = .85), school environment, 6 items (Cronbach's Alpha = .87) and social acceptance, 3 items (Cronbach's Alpha = .80). The Kidscreen 52 items instrument has been used simultaneously in 13 European countries in the cross-cultural harmonisation and development of the measure (Ravens-Sieberer et al., 2005).

The answer scale of this ranged from 1 = never to 5 = always or from 1 = nothing to 5 = very much. Concurrent validity of AQC has been tested using information on Kidscreen 52 items edition.

## **Procedure**

Firstly, we developed a pilot study with a group of 4 children aged 8 to 12 to see the difficulties of management and the adequacy of the design of each of the items of the instrument. No changes were done after piloting the instrument. The questionnaires were handed out one for each participant per class. After the researcher gave them

the instructions in class, children were instructed to complete the questionnaire, which took them about 30 minutes per class.

## **Analysis plan**

We applied an exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) using SPSS17 and Amos. 18.0. Before the analysis assumptions to ensure the realization of a factor analysis we checked: large sample size, multivariate normality, linearity and correlation between variables. The following criteria were used in order to fit the model:

- a)  $\chi^2$  statistic (Ullman, 1996)
- b) Comparative fit Index (CFI; Bentler, 1990) and AGFI = Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI, Jöreskog & Sorbom, 1979); a good index should be more than .90, and, ideally, greater than .95 (Hu & Bentler, 1999).
- c) The root mean squared error of approximation (RMSEA; Steiger & Lind, 1980) and
- d) NFI = Normative Fit Index (NFI, Bentler & Bonett, 1980) should also be more than .90; it increases with the size of the sample.

## **RESULTS**

Table 3 shows the means, standard deviations and inter-item correlations for the Alexithymia Questionnaire for Children.

### *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis*

To evaluate the factor structure of the Alexithymia Questionnaire for Children, exploratory factor analysis (EFA) was performed using SPSS 17.0 software program. Bartlett's Test of Sphericity was 775.859 (df= 190) at  $p < .00$  and Kaiser Meyer Olkin Index (KMO) was .77.

The initial factor structure identified a pattern of 6 factors incompatible with the conceptual framework. Two models, according to the previous literature, were therefore proposed. One with three factors (M1) based on the results found by Rieffe et al. (2006) and Loas et al. (2010), and the second with four factors (M2), based on the results found by Di Trani et al. (2009).

Table 4 shows the factor loading for the M1 and M2 of the Alexithymia Questionnaire for Children

For the first model (M1), the structure was composed by three factors: the first factor was defined by 10 items: item 9 "sometimes I can't find the words to say how I feel inside"; item 2 "I find it difficult to say how I feel inside"; item 17, "It is difficult for me to say how I really feel inside, even to my best friend"; item 11 "I find it hard to say how I feel about other people", item 7 "I am often puzzled by things that I feel in my body", item 1 "I am often confused about the way I am feeling inside", item 4 "I can easily say how I feel inside", item 6 "When I am upset, I don't know if I am sad, scared or angry", item 14 "I often don't know why I am angry" and item 12 "Other people tell me that I should talk more about how I feel inside". This factor could be defined as Difficulty Identifying & Describing Feeling (DIDF). The standardized factor loadings were within a minimum of -.42 (item 4) and a maximum of .73 (item 9); item 4 also loaded on the third factor .40 and items 7 and 14 also loaded on the second factor (.45 and .34 respectively). The variance explained for this factor was 19.93%.

The second factor was composed by 6 items: item 3 “I feel things in my body that even doctors don’t understand”, item 20 “When I have to concentrate on a film to understand the story, I enjoy the film much less”, item 13 “I don’t know what’s going on inside me”, item 15 “I prefer talking to people about everyday things, rather than about how they feel”, item 16 “I prefer watching funny television programs, rather than films that tell a story about other people’s problems” and the item 8 “I’d rather wait and see what happens, instead of thinking about why things happen”; in this sense, the standardized factor loadings were within a minimum of .31 (item 8) and a maximum of .64 (item 3). Item 13 also loaded on the first factor .43. This factor could be called as Externally Oriented Thinking (EOT). The variance explained for this factor was 7.84%

And finally, the third factor was composed by 4 items: item 19 “Thinking about how I feel, helps me when I want to do something about my problems”, item 10, “It is important to understand how you feel inside” item 5 “When I have a problem, I want to know where it comes from and not just talk about it” and item 18 “I can feel close to someone, even when we are sitting still and not saying anything”. For the third factor the standardized factor loadings were within a minimum of .46 (item 18) and a maximum of .60 (item 19). This factor could be defined as Positive Emotional Attitude (PEA). The variance explained for this factor was 7.74% and the total variance explained for the model was 34.52%

In the second model (M2), the factor structure was composed by four factors: the first factor was defined by 7 items (items 7, 13, 1, 3, 14, 12 and 6). This factor can be identified with the original Difficulty Identifying Feelings factor (DIF). The variance explained for this factor was 18.93%. The second factor was composed by 5 items (items 2, 11, 17, 9 and 4). This factor could be defined as Difficulty Describing Feelings (DDF). The explained variance for this factor was 7.84%. The third factor was composed by 4 items (items 5, 19, 10 and 18). This factor can be identified with the factor Positive Emotional Attitude (PEA). The variance



explained for this factor was 7.74%. Finally, the fourth one was composed by 4 items (items 15, 16, 8 and 20). This factor was identified as Externally Oriented Thinking (EOT). The variance explained for this factor was 6.54%. All factor loadings were well above the values considered indicative of an adequate consistency. The total variance explained for this model was 41.06 %

In order to test the fit of a three-factor model (M1) and the four-factor model (M2), CFA was developed using the AMOS 18.0 structural equation modeling software program (Arbuckle & Wothke, 1999). The M1 was an acceptable fit for the observed data:  $X^2 = 231.05$ ;  $X^2/\text{degree freedom} = 1.42$ ; Goodness of Fit Index = .925; Ad-adjusted Goodness-of-Fit Index = .903; Normative Fit Index = .735; Comparative Fit Index .896; RMSEA = .04; secondly, the M2 was also a good fit for the observed data:  $X^2 = 215.03$ ;  $X^2/\text{degree freedom} = 1.34$ ; Goodness of Fit Index = .930; Ad-adjusted Goodness-of-Fit Index = .908; Normative Fit Index = .756; in both cases the Normative Fit index was not between .90 and .95, acceptable range according to the previous literature; Comparative Fit Index .920; RMSEA = .03; and in this sense, all the  $X^2$  differences between the models were statistically significant at  $*p < .001$ . Altogether, the indices assessed M1 and M2 as adequate representations of the observed data, although in both models normative Fit Index scored below the adequate index. Table 5 shows a data summary of M1 (three-factor model) and M2 (four-factor model).

### **Internal Consistency**

Cronbach's alpha reliability was .70. According to the results of M1, Cronbach's alpha for the first factor was .68, for the second factor .51 and for the third factor .22. However, in M2 (four factor structure) Cronbach's alpha was .70 for the first factor, .46 for the second one, .50 for the third factor and .36 for the fourth factor.

## *Validity*

Criterion-related validity was established by correlating with constructs theoretically linked to Alexithymia in the literature. In fact, alexithymia was inversely related with quality of life measures. Table 6 shows the zero-order correlations between M1 and M2 factor structures and all dimensions of Kidscreen questionnaire. According to the findings of M1, participants with higher scores on the DIDF factor reported lower scores of physical well-being, psychological well-being, moods and emotions, self-perception, autonomy, relatives, financial resources, social support and peers, school environment and social acceptance. There were negative and significant correlations among EOT factor and physical well-being, moods and emotions, parent relation and home life, school environment and social acceptance. And finally, the PEA factor correlated positive and significantly to physical well-being, parent relation and home life, financial resources and school environment.

M2 participants with higher levels of DIF reported lower levels of physical well-being and social support and peers ( $p < .05$ ) and in the rest of Kidscreen dimensions ( $p < .01$ ). Likewise, DDF correlated negatively ( $p < .01$ ) with all Kidscreen dimensions except for physical well-being. The PEA factor showed positive and significant correlations ( $p < .05$ ) with physical welfare and ( $p < .01$ ) with economy. The EOT factor wasn't correlated to any factor of Kidscreen questionnaire.

## DISCUSSION

The objective of the present study is to examine the factor structure of the Alexithymia Questionnaire for Children (AQC; Rieffe et al., 2006) in a sample of Spanish children. According to the outcomes of this study, the features of alexithymia can be identified, with some limitations. The three forced factor structure has showed several differences to the Rieffe et al. (2006) study and also to the French validation (Loas et al., 2010). These authors identified clearly two factors: Difficulty Identifying Feelings and Difficulty Describing Feelings. In this sense, the first factor of our three-factor model was composed by items 1, 6, 7, 9, 13 and 14 (from the original Difficulty Identifying Feelings) and items 2, 4, 11, 12 and 17 (from the original Difficulty Describing Feeling).

The previous literature on Alexithymia has showed that the factors Difficulty Identifying Feeling and Difficulty Describing Feeling are two concepts that can be clearly distinguished from each other, and both show high reliability and validity. Nevertheless, in our factorial solution of M1 (three forced factor structure) we have identified only one factor, Difficulty Identifying & Describing Feeling. This result was also found by Rieffe et al. (2010) when they applied a Principal Component Analysis and DIF and DDF were taken together. According to these authors, all items loaded higher than .35 on this factor, except for item 12 with a loading of .28. The factor showed good internal consistency with all 12 items included ( $\alpha = .71$ ). Thus, many studies report that the first two factors of this questionnaire show a relatively high inter-correlation (Kooiman et al., 2002). These authors also found out that this measure of Alexithymia joined into a single factor has good external validity regarding emotional states and symptoms (Rieffe et al., 2010). In our case, the items loaded of this unique factor (DIF+DDF) were between .37 and .73 and the item 4 = -.42 with a Cronbach's Alpha = .68.

Finally, the third factor (Externally-Oriented Thinking) found in the model of Rieffe et al. (2006) presents itself in our solution in two factors (Externally Oriented Thinking, according to the same label used in Rieffe's study, and Positive Emotional Attitude); the first one with items 8, 15, 16 and 20 and the second one with items 5, 10, 18 and 19. In both cases reliability and validity were low.

On the other hand, the M2 model (four forced factor model) has showed that the first factor, Difficulty Identifying Feeling, to almost have the same structure of the original DIF in the AQC (Rieffe et al., 2006) (items 1, 3, 6, 7, 9, 13 and 14). Also the second factor identified according to the original, Difficulty Describing Feeling, with the following items: 2, 4, 11 and 17. The only variation from the structure found by Rieffe et al. (2006) is regarding item 12 "Other people tell me that I should talk more about how I feel inside" which in the original structure appears in the factor Difficulty Describing Feelings (DDF) and in our results appears in the Difficulty Identifying Feelings (DIF) factor. Similarly, item 9 "Sometimes I can't find the words to say how I feel inside" appears saturated on two factors, Difficulty Identifying Feelings (DIF), according to the original structure showed by Rieffe et al. (2006) but also in the factor Difficulty Describing Feelings (DDF), with a higher factorial loading on the second factor (.62). Curiously, item 12 showed factorial loadings below .35 in DDF in the Iranian validation by Rieffe et al. (2010), and in the Italian validation (four factor model) by Di Trani et al. (2009); likewise, as in our research, item 9 also loaded with similar weights in both factors (DIF and DDF) in the Italian validation (three factor and four factor models) (Di Trani et al., 2009).

The standardized factor loadings solution for items 9 and 12 could be explained according to the distinction between the subjective and physiological component of emotion. Rieffe's team (2007) in a later research aimed at the development of the Emotion Awareness Questionnaire for Children (Rieffe et al., 2007), taking some of the scales of AQC (Rieffe et al., 2006) distinguished between identification of the subjective feeling state (usually termed "emotion" in daily use; Scherer, 2000) and

the identification of physiological emotion phenomena, calling this dimension “Bodily Awareness”. Bucci’s (1997) ‘multiple code theory’ maintains that children develop non-verbal emotional schemata based on sensory, visceral, and kinaesthetic sensations before they can label these experiences in emotional terms.

Thus, the item structure of the DIF factor would be referring to the identification of physiological emotion phenomena and the DDF to the identification of the subjective feelings, and carrying an implicit communication component to another. Perhaps, the meaningful correlation found between the two factors (DIF and DDF) may be explained, especially in children, to the close relationship between identification and emotional communication. The inclusion of variables related to communication skills, assertiveness, shyness and extroversion/introversion should be considered in future work to test this type of influence.

According to the M2, our results are similar with the findings of Di Trani et al. (2009) who found a solution of four factors: Difficulty Identifying Feelings (DIF), Difficulty Describing Feelings (DDF), Confusion and Physical Sensations (CPS) and Externally-Oriented Thinking (EOT). The factorial solution proposed by Di Trani et al. (2009) in relation to Externally Oriented Thinking was the same according to our exploratory solution. On the other hand, Confusion and Physical Sensations was broadly different according to our solution. Thus, while in the case of by Di Trani et al. (2009) refers to confusion regarding emotional physiological signs (comprising items from Difficulty Identifying Feelings, Difficulty Describing Feelings and others from Externally-Oriented Thinking factors in its initial release), in our case it is composed by four items from the Externally-Oriented Thinking factor in its initial version, and it refers to a positive attitude toward emotional focusing.

On the other hand, the factor defined as Confusion and physical Sensation found by Di Trani et al. (2009) could be understood as a distinction recognized by Frijda

(1991) between moods (global affective states without a cause, object or onset) and emotions (affective states that are directly linked to a specific event or situation). It is assumed that people with alexithymia can identify their own mood states, but fail to identify emotions, because they do not link their affective condition to specific situations, memories or expectations (Taylor, 1999). It is assumed that alexithymic people fail to analyse the situation in a way that helps them to deal with their emotions adaptively, which could explain the predominantly negative mood states and increased self-reported physical symptoms that characterise alexithymic people. Therefore, Di Trani et al. (2009) found a distinction between the difficulty in order to put names to emotions and the confusion created by the sensations of the body.

In addition, in our exploratory analysis a factor called Positive Emotional Attitude (PEA) appears that hasn't appeared in previous validations. Judging by the concurrent external validity data (positive relations with quality of life), this factor could move away from the concept of alexithymia. Positive Emotional Attitude could be defined as a positive predisposition towards the use of emotional signs. The fourth factor (EOT), found in the four factor model by Di Trani et al. (2009), had no significant relations with our measure of quality of life used as concurrent validity, consistent with the results in other studies (Grabe et al., 2004; Lumley et al., 1996).

It should be noted that both, the EOT and PEA factors, are already present, with a very similar configuration, at the model M1. However, in this model both factors showed negative correlations with five quality of life dimensions for EOT, and positive correlations with four quality of life dimensions for EAP.

This paper presents some limitations that should be highlighted. Firstly, the presence of bias in the sample with regard to its population can be explained by the use of non-probability accidental sampling. This circumstance can alter the findings of the study as a result of homogeneity of the children in our sample. Secondly, the

translation of the original research into Spanish should have been accomplished through simultaneous translation of several researchers and subsequent analysis of convergence among them, and not through a process of reverse translation of native language experts. However, it should be noted that the wording and syntax of the original items, as well as the vocabulary used, are extremely simple and easily understandable, which can greatly reduce the potential biases in the Spanish adaptation created by this procedure. And finally, several factors in the M1 and especially in the M2 had a low reliability ( $\alpha = .51$  or  $.36$ ). We recommend re-applying factor analysis in order to try to adjust these factors to the phenomenon of Alexithymia.

In sum, the factorial structure of the alexithymia construct has shown meaningful differences regarding its application in several samples with different ages (adolescents and children). In general, the psychometric properties have been acceptable on the first and second factor, DIF and DDF (Bagdy et al., 1994; Rieffe et al., 2006) while the third factor has shown low validity and reliability. In addition, some authors have identified a solution with four factors, again with high validity and reliability for the first two factors (DIF and DDF) but with low Cronbach's alphas and low validity for the rest of the factors. In this sense, the data has shown that the first two factors DIF and DDF are the best indicators of the concept of alexithymia especially in regards to their relationship to disease states and positive and negative quality of life. The low predictive capacity and internal consistency of the Oriented Thinking External factor can be explained by the possibility that this factor is not one-dimensional and includes other dimensions. Although more research is needed, the data suggests that DIF and DDF factors are a good measure of alexithymia both together or separately. This fact could be an advantage for the use of shorter questionnaires in children. In the case of keeping the two factors separately DIF and DDF should be addressed equally in the

conceptualization of the distinction between the subjective and physiological component of emotion as a possible additional criterion for classifying the items.



Table 3. Means, standard deviation and inter-item correlations for the Alexithymia Questionnaire for Children

	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Item 1	.76	.62																			
Item 2	1.00	.76	.281**																		
Item 3	.37	.65	.231**	.064																	
Item 4	1.06	.75	-.079	-.292**	-.064																
Item 5	1.20	.70	.051	-.008	.001	.088															
Item 6	.86	.75	.223**	.169**	.030	-.123*	.052														
Item 7	.64	.74	.433**	.256**	.295**	-.100	-.028	.266**													
Item 8	.90	.73	.106	-.019	.212**	-.091	.058	.072	.063												
Item 9	1.15	.74	.360**	.387**	.130*	-.238**	.075	.258**	.347**	-.015											
Item 10	1.54	.63	.139*	.034	-.007	.108	.154*	.014	.125*	-.029	.020										
Item 11	1.10	.79	.123*	.345**	.207**	-.183**	.042	.048	.222**	.098	.330**	-.051									
Item 12	.51	.74	.164**	.127*	.084	-.032	-.011	.100	.334**	-.007	.216**	.061	.201**								
Item 13	.54	.75	.420**	.201**	.450**	-.152*	-.023	.217**	.408**	.072	.283**	.092	.174**	.220**							
Item 14	.73	.79	.247**	.185**	.120*	-.066	-.058	.282**	.315**	.029	.295**	-.036	.147*	.111	.301**						
Item 15	1.00	.76	.017	-.006	.152*	-.020	-.022	.001	.113	.166**	.045	.057	.024	.029	.092	.130*					
Item 16	1.17	.78	-.014	.111	.044	-.037	.091	.046	.046	.067	.088	.043	.078	-.053	.057	.120*	.198**				
Item 17	.90	.79	.271**	.341**	.199**	-.175**	.009	.188**	.246**	.067	.477**	.055	.410**	.180**	.225**	.204**	.061	-.026			
Item 18	1.07	.76	.152*	.075	.149*	.075	.123*	.011	.186**	.064	.110	.154*	.204**	.081	.133*	.104	.018	.071	.186**		
Item 19	1.18	.75	.062	.083	-.030	.065	.202**	.077	-.004	.111	.062	.141*	.030	.113	.016	.105	.025	.040	.104	.111	
Item 20	.54	.73	.055	.003	.241**	-.049	-.066	.003	.204**	.060	.128*	-.016	.047	.079	.229**	.209**	.088	.174**	.024	.019	-.097

\*p<0.05; \*\*p<0.01

Table 4. Factor loading for the M1 (Three-factor model) and M2 (Four-factor model) of the Alexithymia Questionnaire for Children

<i>Item(*)</i>	1	2	3	<i>Item(*)</i>	1	2	3	4
9 (DIF)	.73			7(DIF)	.73			
2 (DDF)	.68			13(DIF)	.72			
17(DDF)	.68			1(DIF)	.64			
11(DDF)	.57			3(DIF)	.48			.45
7(DIF)	.52	.45		14(DIF)	.46			
1(DIF)	.52			12(DDF)	.44			
4(DDF)	-.42		.40	6(DIF)	.34			
6(DIF)	.41			2(DDF)		.69		
14(DIF)	.40	.34		11(DDF)		.63		
12(DDF)	.37			17(DDF)		.63		
3(DIF)		.64		9(DIF)	.38	.62		
20(EOT)		.58		4(DDF)		-.56	.33	
13(DIF)	.43	.56		5(EOT)			.62	
15(EOT)		.47		19(EOT)			.61	
16(EOT)		.35		10(EOT)			.54	
8(EOT)		.31		18((EOT)			.46	
19(EOT)			.60	15(EOT)				.59
10(EOT)			.58	16(EOT)				.58
5 (EOT)			.57	8 (EOT)				.54
18 (EOT)			.46	20 (EOT)	.36			.42

Note: Factors loadings below .30 were excluded.

(\*) Factor Loading regarding the original validation by Rieffe et al.(2006): DIF: Difficulty Identifying Feelings, DDF: Difficulty Describing Feelings, EOT: External Oriented Thinking

Table 5. Confirmatory Factor Analysis (n = 242)

	$\chi^2$	$\chi^2/df$	GFI	AGFI	NFI	CFI	RMSEA	$\Delta\chi^2$	$\Delta df$
M1	231.05	1.42	.925	.903	.735	.896	.04		
M2	215.03	1.34	.930	.908	.756	.920	.03	M1-M2 = 41.1*	2

Note.  $\chi^2$  = Chi-square; df = degrees of freedom;  $\chi^2/df$  = ratio Chi-square/ degrees of freedom; GFI = Goodness-of-Fit Index; AGFI = Ad-adjusted Goodness-of-Fit Index; NFI = Normative Fit Index; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation; All the  $\chi^2$  differences between the models were statistically significant at \*p < .001. M1 = Three-factor model; M2 = Four-factor model

Table 6. Zero order correlations of the Alexithymia Questionnaire for Children with measures of Kidscreen questionnaire (Health-Related Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents)

	M1			M2			
	DIDF	EOT	PEA	DIF	DDF	PEA	EOT
Physical well-being	-.130*	.029	.136*	-.150*	.009	.128*	-.004
Psychological well-being	-.301**	-.144*	.088	-.243**	-.239**	.077	.004
Moods and emotions	-.416**	-.248**	-.040	-.345**	-.323**	-.055	-.099
Self-perception	-.335**	-.122	-.019	-.285**	-.214**	-.033	-.012
Autonomy	-.264**	-.105	.093	-.199**	-.225**	.082	.065
Parent relation and home life	-.327**	-.175**	.136*	-.252**	-.293**	.124	.022
Financial resources	-.269**	-.099	.204**	-.223**	-.200**	.193**	.039
Social support and peers	-.178**	-.109	.094	-.133*	-.173**	.087	.009
School environment	-.243**	-.168**	.127*	-.189**	-.234**	.118	-.027
Social acceptance	-.281**	-.165**	-.055	-.242**	-.199**	-.065	-.091

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2 tailed)

M1 = Three-factor model; M2 = Four-factor model. DIDF: Difficulty Identifying & Describing Feeling, DIF: Difficulty Identifying Feeling, DDF: Difficulty Describing Feeling, EOT: Externally Oriented Thinking, PEA: Positive Emotional Attitude.

## Estudio 2

The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for children (CERQ-k):  
Factor Structure and Psychometric Properties of the Spanish version.

The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for children (CERQ-k):  
estructura factorial y propiedades psicométricas en la versión española.



## ABSTRACT

The aim of this study was to validate a Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire –kid’s version- (CERQ-k) and explore the relationship with general quality of life, psychological well-being, mood state and self-perception. A sample of 274 children (53.6% male and 46.4% female) completed the CERQ-k, which assessed regulation strategies in response to negative events; Children’s Perceived Self-Efficacy (CPSE); and Health-Related Quality of Life Questionnaire for Children and Adolescents (Kidscreen questionnaire). Confirmatory Factor analysis for the CERQ-k showed the presence of eight regulation strategies. Several regulation strategies were related to general quality of life and psychological well-being, mood state and self-perception, such as, positive refocusing, catastrophizing, other-blame or rumination, which provided some evidence for criterion related validity.

**Key words:** *emotion regulation, self-efficacy, quality of life, children, CERQ-k*

## INTRODUCTION

The aim of the present study is to examine the factor structure and psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for children (CERQ-k) in a Spanish sample (Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt, & Kraaij, 2007). Cognitive emotion regulation refers to the conscious, cognitive way of handling the intake of emotionally arousing information (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Thompson, 1991) and can be considered part of the concept of emotion regulation. Emotion regulation is defined as “all the extrinsic and intrinsic processes responsible for monitoring, evaluating, and modifying emotional reactions, especially their intensive and temporal features to accomplish one’s goals” (Thompson, 1994).

Garnefski et al. (2001) advocate the general definition of coping given by Monat and Lazarus (1991) in which they defend that an individual’s efforts to master demands that are appraised as exceeding or taxing his or her resources as an aspect of emotion regulation. However, Garnefski et al. (2001) note that within the conceptual framework of coping, it is not appropriate to unite the concepts of cognitive and behavioral coping strategies in one and the same dimension, as thinking and acting are two different processes employed at different points in time (specifically, cognitive appraisal processes precede the process of taking action). In this context, the authors show their interest in the cognitive way of managing the intake of emotionally arousing information (Thompson, 1991).

Although emotional regulation studies have focused mainly on adults, they are also present in children. Infants attempt to modify their environment in simple and primitive ways. As Garnefski et al. (2007) noted, as children grow older, their emotion regulation repertoire increases and shifts from primarily external, behaviourally oriented emotion regulation strategies to more internal, cognitively based ones. By the age of eight or nine, children have learned to regulate their emotions by means of cognitions or thoughts about themselves, their feelings or others (Saarni, 1999; Stegge, Meerum Terwogt, Reijntjes, & Van Tijen, 2004).



However, despite the importance of emotion regulation in children and their implications for the psychological development of youngsters (Stegge et al., 2004), little is known about how cognitions regulate emotions in children due in part to the lack of instruments available to measure it. Because of this limitation, Garnefski et al. (2007) constructed the CERQ-k for children from 9 to 11 years of age. The CERQ-k was constructed by rephrasing the items of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) to fit the cognitive abilities of 9 to 11 year old children enabling them to grasp the meaning of the items.

The CERQ (Garnefski et al., 2001; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002) was developed to study the cognitive factors that regulate the emotions in adult population, and this questionnaire has probably been the only available instrument that permits a conceptually pure quantification of the cognitive strategies of emotional regulation. It is restricted to the self-regulatory, conscious, cognitive components of emotion regulation. Originally, it was developed in an adolescent sample but has also been validated in adults (Garnefski & Kraaij, 2007).

Both tools, the CERQ-k and the CERQ, assess nine strategies of cognitive emotion regulation: Self-blame, which refers to thoughts of putting the blame of what you have experienced on yourself; Other-blame, which refers to thoughts of putting the blame of what you have experienced on others; Acceptance, which refers to thoughts of accepting what you have experienced and resigning yourself to what has happened; Planning, which refers to thinking about what steps to take and how to handle the negative event; Positive Refocusing, which refers to thinking about joyful and pleasant issues instead of thinking about the actual event; Rumination or focus on thought, which refers to thinking about the feelings and thoughts associated with the negative event; Positive reappraisal, which refers to thoughts of attaching a positive meaning to the event in terms of personal growth; Putting into perspective, which refers to thoughts of playing down the seriousness of the event or emphasizing the relativity when comparing it to other events; and Catastrophizing, which refers to thoughts of explicitly emphasizing the terror of an experience (Garnefski et al., 2007). In turn, these nine

dimensions can be grouped into two more general categories, which in previous studies have been referred to as adaptive strategies and less adaptive strategies (Garnefski et al., 2001; Jermann, Van der Linden, d'Acremont, & Zermatten, 2006). The first of these categories would include the strategies of acceptance, positive refocusing, refocusing on planning, positive reappraisal, and putting into perspective, whereas the second would include those of self-blame, rumination, catastrophizing, and other-blame.

Garnefski et al. (2007) applied the CERQ-k to a sample of 717 primary school children. The nine factor solution found was consistent with the same theoretical structure of the CERQ in adults. Cognitive emotion regulation strategies were found to be related to the reporting of symptoms of depression, fearfulness and worry, which provided evidence for criterion related validity, especially for self-blame, catastrophizing and rumination as less adaptive strategies and for positive refocusing and positive reappraisal as adaptive strategies.

The CERQ has been adapted into different languages such as French (D'Acremont & Van der Linden, 2007; Jermann et al., 2006), Dutch (Garnefski et al., 2002), Chinese (Zhu, Luo, Yao, Auerbach, & Abela, 2007; Zhu et al., 2008; Wei & Liu, 2008), German (Loch, Hiller, & Witthoft, 2011), Spanish (Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor, & Holgado-Tello, 2013), Hungarian (Miklosi, Martos, Kocsis-Bogar, & Perczel Forintos, 2011), Persian (Abdi, Taban, & Ghaemian, 2012), Turkish (Tuna & Bozo, 2012) and Romanian (Perte & Miclea, 2011). However, it has not been the same with the CERQ-k, where, to our knowledge, the original English version by Garnefski et al. (2007) is the only one available for the assessment of cognitive emotion regulation strategies in children. On the other hand, it has no additional psychometric data in children further than those provided by Garnefski et al. (2007).

Therefore, not surprisingly, the lack of studies that focus on the study of cognitive emotion regulation strategies in children under 11 have employed the CERQ-k. Garnefski's team investigated differences in cognitive coping strategies between anxiety-disordered and non-anxious 9-11-year-old children. The results showed that

anxiety-disordered children experience significantly more negative life events than non-anxious children. Adjusted for negative life events, anxiety-disordered children scored significantly higher on the strategies catastrophizing and rumination, and significantly lower on the strategies positive reappraisal and refocus on planning than non-anxious children (Legerstee, Garnefski, Jellesma, Verhulst, & Utens, 2010).

To our knowledge there are no previous studies using the CERQ-k and although there have been studies conducted on adolescents these have used the CERQ not the CERQ-k. These studies with adolescents have allowed Garnefski and hercolleagues to suggest there is a relationship between cognitive emotion regulation and physical and mental pathology (Garnefski, Kraaij, & Van Etten, 2005; Garnefski, Koopman, Kraaij, & ten Cate, 2009). Research shows that in general, adolescents use more adaptive cognitive strategies but that there are age and gender differences (younger and female students reported more adaptive cognitive strategies) (Luo, Wang, Zhang, & Shen, 2010).

Due to the absence of a validated version of the CERQ-K in Spanish children, and the practical implications of cognitive emotion regulation for maladaptation in adults and children, the aim of this study is to validate a Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for children.

## **METHOD**

### **Participants**

Total number of participants was 274 children (53.6% girls) with an age range of 8 to 12 years (mean age 9.7years; SD=1.22). Participants were drawn from various primary schools in Madrid (Spain), of second and third cycle. The second cycle (third and fourth grade) group comprised 142 children (62 boys, 80 girls, mean age 8.72; SD=.65 years; range 8 to 10 years). The third cycle (fifth and sixth grade) group comprised 132

children (65 boys and 67 girls, mean age 10.74 years,  $SD=.72$ , range 10 to 12 years). Parental consent was obtained for all participants.

## Measures

*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for children* (CERQ-k; Garnefski et al., 2007)

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire –kid’s version (CERQ-k; Garnefski et al., 2007) was developed to assess what children tend to think after experiencing negative life events. The CERQ-kids is the children’s edition of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ; Garnefski et al., 2001). The CERQ-k was constructed by rephrasing the items of the CERQ for children under 12 years old. The CERQ original version is a 36 item self-report questionnaire that assesses the use of nine cognitive emotion regulation strategies in people aged 12 and older experiencing stressful negative life events. For this paper, the authors have applied the CERQ-k. Just like the CERQ original version, CERQ-k has nine conceptual subscales; each subscale consists of four items referring to different emotion regulation strategies: *Self-blame*, *Other-blame*, *Acceptance*, *Planning*, *Positive Refocusing*, *Rumination*, *Positive reappraisal*, *Putting into perspective*, and *Catastrophizing* (Garnefski et al., 2007).

The answer categories for each subscale range from 1 (almost never) to 5 (almost always). The subscale scores are obtained by summing the four items and each subscale has a score between 4 and 20. Higher scores represent greater frequency on engaging in the corresponding emotion regulation strategy. Cronbach’s alpha coefficients of the subscales ranged 0.62 and 0.79, indicating good internal consistency.

The original English CERQ-k version was translated into Spanish by a bilingual psychologist. Then, it was sent to a cooperating primary school, where one teacher reviewed the items for appropriateness for primary school-aged children. This version was discussed with the teaching staff until consensus was reached. This new version was

then sent back to another bilingual psychologist who back-translated the items and compared them with the original English version. If the content of an item had changed, additional revisions were made. The last version was sent to the co-operating school again for their approval. Children were instructed to score each item on a five-point response scale, the same as the English CERQ-k version.

*Health-Related Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents (Kidscreen questionnaire; Ravens-Sieberer et al., 2005)*

As a validity criterion (concurrent validity) we used the Spanish version (Aymerich et al., 2005) of the Kidscreen 52 items HRQOL Health Questionnaire for Children and Adolescents. This questionnaire was developed as a self-report measure applicable to healthy and chronically ill children and adolescents aged between 8 and 18 years. The instrument is composed of ten dimensions: physical well-being, 5 items; psychological well-being, 6 items; moods and emotions, 7 items; self-perception, 5 items; autonomy, 5 items; parent relation and home life, 6 items; financial resources, 3 items; social support and peers, 6 items; school environment, 6 items; and social acceptance, 3 items. The sum of all dimensions gives a general quality of life score. Cronbach's alpha coefficients of the dimensions ranged 0.79 to 0.89, indicating great internal consistency. The Kidscreen 52 items instrument has been used simultaneously in 13 European countries in the cross-cultural harmonisation and development of the measure (Ravens et al., 2005). The answer scale of this ranged from 1 = never to 5 = always or from 1 = nothing to 5 = very much. For criterion validity, of the ten dimensions, we chose the variables with highest emotional content (psychological well-being, moods and emotions, and self-perception), given that the previous literature associates CERQ and CERQ-k with certain emotional symptoms such as anxiety and depression. Similarly, we used the global quality of life variable as a general indicator.

*Children's Perceived Self- Efficacy (CPSE; Bandura, 1990;Pastorelli et al., 2001)*

In order to seek evidence for the construct validity of the Spanish CERQ-k, we used the Spanish version (Carrasco & Del Barrio, 2002) of the Children's Perceived Self- Efficacy (CPSE; Bandura, 1990;Pastorelli et al., 2001). This questionnaire was developed as a self-report measure applicable for children and adolescents aged between 8 and 15 years. The instrument is composed of 35 items on a 5-point Likert scale, divided into three dimensions: academic self-efficacy, 18 items (Cronbach's Alpha = .87); social self-efficacy, 12 items(Cronbach's Alpha = .81) and self-control, 5 items (Cronbach's Alpha = .78). Higher scores represent higher self-efficacy. The total scale score (calculated by adding up the individual item scores) representing general self-efficacy was used in the present study. Chronbach's alpha reliability of the whole scale was 0.85 for the current sample.

## **Procedure**

Firstly, we developed a pilot study with a group of 4 children ages 8 to 12 years to see the difficulties of management and the adequacy of the design of each of the items of the instrument. No changes were done after piloting the instrument. Onequestionnaire was handed out for each participant per class. After the researcher gave them the instructions in class, children were instructed to complete the questionnaire, which took them about 30 minutes per class.

## **Analysis plan**

We applied an exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) through SPSS 17 and Amos. 18.0. In order to perform the CFA with no missing data, we used the subscale mean as replacements. Likewise, the assumptions were checked to ensure the application of a factor analysis: large sample size, multivariate normality,

linearity and correlation between variables. The following criteria were used in order to fit the model:

- a)  $\chi^2$  statistic (Ullman, 1996)
- b) Comparative fit Index (CFI; Bentler, 1990) and AGFI = Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI, Jöreskog & Sorbom, 1979); a good index should be more than .90, and ideally, greater than .95 (Hu & Bentler, 1999).
- c) The root mean squared error of approximation, where  $<.05$  are considered adequate (RMSEA; Steiger & Lind, 1980) and
- d) NFI = Normative Fit Index (NFI, Bentler & Bonett, 1980) as CFI and GFI the great should be over .90; it increases with the size of the sample.

Moreover, in order to analyze the criterion validity, Multiple Regression Analysis (MRA) was performed; dependent variables were: general quality of life, psychological well-being, mood state and self-perception; as independent variables the cognitive emotion strategies were included. Likewise we correlated (Pearson bivariate correlation index) the cognitive emotion strategies with a self-efficacy scale in order to analyze the construct validity.

## RESULTS

### *Exploratory and Confirmatory Factor Analysis*

In accordance with the original structure (Garnefski et al., 2007) an initial factor structure identified a pattern of 9 factors. Eight of them were grouped similarly to the original, but there was an overlap of Positive reappraisal and Planning in the same factor. However, three items were grouped together and they didn't have good factor loadings: item 3 "Again and again, I think of how I feel about it" (-0.54), item 24 "I think that there are good sides to it as well" (0.53) and item 33 "I think that it's not all

bad” (0.61). The corrected item-total correlations (corrected homogeneity index) were of .28 for item 3.29 for item 24 and .26 for item 33.

In this sense, we repeated the process without these items and proposing an eight factor structure. The Bartlett’s Test of Sphericity was 2469.75 ( $df = 630$ ) at  $p < .00$  and Kaiser Meyer Olkin Index (KMO) was .80 and the total variance explained by the factor structure was 53.77%. According to our opinion, the eight factor model obtained is compatible with the conceptual framework. Table 7 shows the factors loading solution for the Cognitive emotion Regulation Questionnaire for kids (eight factor model).

The first factor was defined by 4 items: item 27 “I think that it’s the fault of others”; item 18 “I think that others have been stupid”; item 9 “I think that others are to blame”; item 36 “I think that it’s all caused by others”. This factor could be defined as *Other-blame*. The standardized factor loadings were between .72 and .81. The variance explained for this factor was 13.72%. The second one was also composed by 4 items such as “I think of nicer things that have nothing to do with it”, or “I think of nice things that have happened to me”. This factor could be defined as *Positive Refocusing* and the variance explained was 10.57%. The third factor was composed by 4 items, for instance, “I think that I am to blame”, “I think that it’s my own fault”. This factor was called *Self-blame* and the variance explained was 8.84%. The fourth factor was composed by 6 items, in this sense, this factor joined items from two factors of the original scales (planning and positive reappraisal) with standardized factor loadings between .36 and .64. Examples of items for this factor were “I think about what would be the best for me to do” or “I think that I can learn from it”. The factor was defined like *Positive reappraisal and Planning* and the variance explained was 4.93%. The fifth one was called *Rumination* and was composed by three items: “I often think of what I am thinking and feeling about it”, “All the time, I think that I want to understand why I feel that way” and “I often think of how I feel about what happened”. The variance explained for this factor was 4.42%. The sixth factor was defined as *Putting into perspective* with 4 items, for instance, “I think that there are worse things in the world”, “I think that worse things happen to others”, “I think that it’s not as bad as other things that could



happen” and “I think that worse things can happen”; the variance explained for this factor was 4.24% and the factor loading were between .72 to .55. And the seventh was defined as *Catastrophizing* and was composed by 4 items: “I often think about how horrible the situation was” or “All the time, I think that this is the worst thing that can happen to you”. The variance explained for this factor was 3.62%. The last factor was composed by the following items: “I think that I have to accept it”, “I think I can’t change it”, “It just happened; there is nothing I can do about it” and “I think that I can’t do anything about it” This factor was defined as *Acceptance* and the variance explained was 3.40%.

And finally, in order to test the evidence of the instrument’s construct validity in a Spanish children’s sample, we checked the founded model using the confirmatory factor analysis procedure with the AMOS 18.0 structural equation modeling software program (Arbuckle & Wothke, 1999). The eight factor model was an acceptable fit according to the observed data:  $\chi^2 = 492.8$ ;  $\chi^2/\text{degree freedom} = 1.10$ ,  $p = .00$ ; Goodness of Fit Index = .90 (values > .90 are adequate); Ad-adjusted Goodness-of-Fit Index = .87; Normative Fit Index = .89; in this case the Normative Fit index was not between .90 and .95; Comparative Fit Index .92 and RMSEA = .02 (values < .08 are adequate).

### *Correlations between factors*

Table 8 shows the means, standard deviations and inter-item correlations for factors of CERQ-k. Correlations between factors ranged between .01 (positive reappraisal & planning and other-blame) and .47 (catastrophizing and rumination). Except for other-blame and self-blame correlation, all significant correlations are positive. For the majority of combinations, moderate correlations between factors were found. Strong correlations were found between less adaptive strategies (rumination and self-blame, rumination and catastrophizing, self-blame and ctastrophizing), and between adaptive strategies (positive reappraisal& planning and putting into perspective, and positive reappraisal & planning and positive refocusing).

### ***Internal Consistency (Cronbach's alpha)***

The Cronbach's alpha reliability for the CERQ-k was .81. As for the CERQ-k factors, only acceptance ( $\alpha = .46$ ) had an alpha below 0.60; four factors had alphas between 0.62 and 0.69 (rumination, catastrophizing, putting into perspective and positive reappraisal&planning); the other three factors had alphas ranging between 0.70 and 0.78 (other-blame, positive refocusing and self-blame). In this sense, the value of the alpha reliabilities can depend of the number of items per factor and here it is relatively small. For example, acceptance had three items and maybe it could have influenced at the final alpha = .46. Therefore these alpha reliabilities could be considered acceptable.

### ***Criterion Validity***

The multiple regression analysis with general quality of life and psychological well-being as dependent variables showed that on the one hand, a positive relationship was found for positive refocusing&planning and reappraisal and on the other hand a negative relationship for rumination and catastrophizing; with mood state as dependent variable positive relationships were found with positive refocusing&planning and reappraisal and negative relationship with catastrophizing and other-blame. Finally, for self-perception as dependent variable the positive relationship were found with positive refocusing&planning and reappraisal and a negative relationship with rumination and catastrophizing. Table 9 shows the relationship between CERQ-k subscales and psychological well-being, mood state, self-perception and general quality of life.

### *Construct Validity*

In order to establish the construct validity of the CERQ-k Spanish version, Pearson correlations were calculated between the eight factors of the CERQ-k and the Children's Perceived Self-Efficacy (CPSE; Bandura, 1990; Pastorelli et al., 2001). As can be seen in Table 8, self-efficacy showed significant positive correlations with positive refocusing, acceptance, positive reappraisal&planning and putting into perspective.

## **DISCUSSION**

The aim of the present study was to examine the psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for children (CERQ-k) (Garnefski et al., 2007) and also checking the relationship between these regulation strategies and psychological well-being, mood state and self-perception. More specifically, we examined the factorial validity, internal consistency, inter-scale correlation, construct and concurrent validity of the CERQ-k.

The results of the current study indicate that the CERQ-k is a reliable measure of cognitive emotion regulation strategies in children. Garnefski et al. (2007) found a nine factor solution in the CERQ-k, consistent with the same theoretical structure of the CERQ in adults (self-blame, other-blame, acceptance, planning, positive refocusing, rumination or focus on thought, positive reappraisal, putting into perspective, and catastrophizing). However, Garnefski et al.'s (2007) validation had two deviations: one of the nine eigenvalues was lower than one and seven items (items 2, 8, 11, 21, 24, 30, 33) did not have their highest loadings on the scale to which they theoretically belonged.

Our results have showed several differences from to the original version. Three of the 36 original items were excluded from the scale because the corrected homogeneity

indexes were low and also because they didn't have any theoretical relationship in order to fix a new latent variable. The items were item 3 "Again and again, I think of how I feel about it", theoretically associated to rumination strategy, item 24 "I think that there are good sides to it as well" and item 33 "I think that it's not all bad", theoretical associated to positive reappraisal strategy. Curiously, the items 24 y 33, take part of the seven items which in original scale did not have their highest loadings on the scale to which they theoretically belonged. Also, their loadings on the theoretical dimension (positive reappraisal) were the lowest factor loading of the scales.

Regarding item 3, in the original scale, it wasn't found to have any factorial inconsistency and its factor loading was appropriate, therefore the possible reason for our findings is that it could be due to problems with the translations and the children's interpretations (different from the adult sample) or maybe to a cultural context factor, as it has happened in several validations of CERQ (e.g. French, Romanian, Spanish). In this sense, item 3 is understood as a rumination strategy; meanwhile the rest of items of this scale have a meaning more associated to emotional attention and not necessarily with the rumination strategy associated with a more obsessive characteristic. In fact, in the original version item 3 and 12 were associated with the self-blame strategy even with higher factorial loading than rumination scale. Also, this is not the first time that a validation study of the CERQ eliminates some items to create better adjustment. For example, the German validation of CERQ in an adult sample (Loch et al., 2011) eliminated one item per scale in order to get a better fit of the model to the nine regulation strategies.

The validation of the Spanish version of CERQ-k found a factorial structure of eight factors. This structure also obtained acceptable fit indexes in the confirmatory study we performed. Our results confirm the factors found by Garnefski and colleagues, in samples of children, youth and adults (Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2002; Garnefski & Kraaij, 2007). However our results indicate an overlap factor of Positive reappraisal and Planning in the same factor. These results are not new, Garnefski and her

colleagues, in adolescent and adult populations, also identified positive reappraisal and planning together, as a unique regulation strategy (Garnefski et al., 2002).

According to our knowledge, there aren't any validation CERQ-kids version, except by Garnefski et al. (2007), therefore we can't assess the overlap among positive reappraisal and refocus on planning in other samples of children. However, in adult samples and on the use of CERQ, in addition to the ones by Garnefski's team, others have found the same overlap among positive reappraisal and refocus on planning in the same factor. Such is the case of validating Perte and Miclea (2011) in adult Romanian population and Wei and Liu (2008) in Chinese college students. The results found by these authors are virtually identical to those found in our work in Spanish child population.

As for the overlap among positive reappraisal and refocus on planning, the results found and their consistency have shown us that maybe both emotional strategies can be parts of the same process, in spite of Garnefski et al. (2002) insisting on distinguishing these two subscales clearly as two different concepts.

On the one hand, the structure of the other factors (self-blame, other-blame, acceptance, positive refocusing, putting into perspective, rumination, and catastrophizing) have shown almost the same structure as in original scale. The only difference was in the rumination factor, where the original factor had four items and in our results we identified 3, because item 3 was eliminated.

As for reliability of the scales, acceptance had an alpha below 0.50, putting into perspective and rumination, .62 and .65 respectively, and finally the rest of factors between .70 and .80. The low indexes of consistency in acceptance, putting into perspective and rumination are a constant, especially with the case of acceptance, which has been found in validation studies with children (Garnefski et al., 2007), and also in adults (Domínguez-Sánchez et al., 2013; Abdi et al., 2012; Zhu et al., 2008; Perte & Miclea, 2011).

Perhaps, a possible explanation for the relatively low alpha for the acceptance strategy could be that items related to thoughts of acceptance (e.g., I think that I have to accept that this has happened) and resignation (e.g., I think that I cannot change anything about it) are mixed up within this factor. From a clinical viewpoint, acceptance is considered to be an adaptive strategy (Bishop et al., 2004) whereas passive resignation is a less adaptive coping strategy because people experience a sense of helplessness in the face of a situation that cannot be changed. In our study, acceptance doesn't predict quality of life. Moreover, it also maintains a positive correlation (low to moderate) both with less adaptive strategies and adaptive strategies, and self-efficacy. Our data are consistent with the contradictory character that this strategy has shown in previous studies (e.g. Kraaij, Garnefski, & Vlietstra, 2008; Kraaij, Pruyboom, & Garnefski, 2002; Martin & Dahlen, 2005).

Regarding the criterion-related validity, we have applied a measurement of quality of life instead of a measurement of maladaptation (anxiety and depression in most studies). The exception to this general tendency to use maladaptation indicators as a measure of criterion validity of CERQ is observed in the employment of the Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) in the Persian validity of CERQ (Adbi et al., 2012).

As expected, engaging in more rumination and catastrophizing was related to less psychological well-being, lower self-perception and worse general quality of life. Catastrophizing and other-blame was related to more psychological symptoms (moods dimension). Positive refocusing & planning and positive reappraisal are positive strategies for all considered quality of life dimensions. The previous studies, using as measurement of criterion validity the psychopathology measurement, have showed that rumination and self-blame best predict high depression scores (Garnefski et al., 2001, 2002; Jermann et al., 2006; Tuna & Bozo, 2012). Garnefski et al. (2002) and Tuna & Bozo (2012) also identified positive reappraisal and catastrophizing as predictors related to depression scores. The finding of positive relationships in our study between Positive refocusing & planning and positive reappraisal, and quality of life highlight the different

predictive role of emotional regulation on variables of disease and well being / health, and therefore the differences between them.

The CERQ-k's relationship with a measure of general self-efficacy was examined to search for construct validity. The original study of Garnefski et al. (2007) in children, discussed as a limitation of the study that the data did not give the opportunity to study construct validity. Self-efficacy has been applied as a relevant variable in order to seed evidence for the construct validity in adult samples (CERQ) (Garnefski et al., 2002; Tuna & Bozo, 2012). In line with our expectations, positive reappraisal & planning, putting into perspective, acceptance and positiverefocusing had positive relationships with general self-efficacy. Self-efficacy only has meaningful correlation in the expected sense with those strategies that involve an adjustment and a positive view about the situation, a characteristic narrowly related with the concept of self-efficacy.

There are several limitations to the current study that should to be noted. Given that the current study was cross-sectional, we cannot make inferences about causality. In order to determine whether pre-existing cognitive emotion regulation strategies influence well-being, longitudinal studies are needed. Also, as in Garnefski et al.'s (2007) study, the cross-sectional design didn't allow us calculate test-retest reliability coefficients. So, we haven't got any dates about CERQ-k test-retest. Previous research about test-retest correlations in adult samples (CERQ) suggested that cognitive emotion regulation strategies were relatively stable strategies, even after a follow-up period of 1 year, although not as stable as personality characteristics (Garnefski et al., 2002).

A limitation of the design was that the detection of quality of life as well as the assessment of cognitive emotion regulation strategies was made on the basis of self-reported evaluations, which may have caused a certain bias. Future researchers examining the psychometric properties of the CERQ-k should also use more sophisticated measures of such constructs such as structured clinical interviews, peer or family ratings, and direct behavioural assessments. Finally, the current study utilised a sample of non-clinical Spanish children. Such a sample may not be representative of

children within the community or of clinical children samples, thus affecting the generalizability of our results. Future research should continue to examine the psychometric properties of the CERQ-K in samples more representative of the general population.

To sum up, the present study was the first to adapt the original 36-item version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for children (CERQ-k) into Spanish. The findings imply that the Spanish version (33 items) is a reliable and valid measure of cognitive emotion regulation strategies in children from 9 to 11 years. These characteristics make the questionnaire invaluable for the study of emotional regulation processes influenced by cognitive coping strategies, as well as for research on their adaptive or pathological functionality and well-being in the face of negative life experiences. Findings of the current study may be used to develop effective interventions that focus on the use of more adaptive cognitive coping strategies, especially in prevention and health promotion. Finally, we believe that the Spanish version of the CERQ-k will facilitate research on cognitive coping in Spanish children, which to our knowledge has not yet been studied in this specific population.



Table 7. Factor loading for the CERQ-k (rotated component matrix)

	1	2	3	4	5	6	7	8
I think that it's the fault of others	.818							
I think that others have been stupid	.757							
I think that others are to blame	.742							
I think that it's all caused by others	.723							
I think of nicer things that have nothing to do with it		.740						
I think of something nice and not about what happened		.710						
I think of nice things that have happened to me		.657		.303				
I think of nicer things		.656						
I think of how I can cope with it		.383		.351				
I think that it's my own fault			.755					
I think that it's all caused by me			.693					
I think that I am to blame			.670					
I think that I have been stupid			.605					
I think that I can learn from it				.639				
I think that I have to accept it				.605				.336
I think that it makes me feel older and wiser				.584				
I think about what would be the best for me to do				.480				
I think of how I can change it				.479				
I think of what I can do best				.440				
I often think of what I am thinking and feeling about it					.689			
All the time, I think that I want to understand why I feel that way					.662			
I often think of how I feel about what happened					.653			
I think I can't change it					.392			.383
I think that here are worse things in the world						.726		
I think that worse things happen to others						.624		
I think that it's not as bad as other things that could happen						.561		
I think that worse things can happen						.554	.461	
I often think that it's much worse than what happens to others							.678	
All the time, I think that this is the worst thing that can happen to you							.640	
I often think about how horrible the situation was					.339		.517	
Again and again, I think about how terrible it all is					.468		.483	
I just happened; there is nothing I can do about it								.723
I think that I can't do anything about it.								.651

Table 8. Means, standard deviation and Pearson intercorrelations among the subscales of CERQ-k and self-efficacy

Factors	M	SD	Range	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Other-blame	7.94	3.70	4-20								
2.Rumination	9.03	3.03	3-15	.16 **							
3.Positive refocusing	13.33	3.97	4-20	.11	.07						
4.Self-blame	9.10	3.54	4-20	-.14 *	.35 **	-.05					
5.Catastrophizing	9.81	3.94	4-20	.20 **	.46 **	-.04	.36 **				
6.Acceptance	11.35	3.17	3-15	.14 *	.26 **	.09	.21 **	.21 **			
7.Positive reappraisal and Planning	20.57	4.93	6-30	.01	.23 **	.43 **	.15 *	-.01	.03		
8.Putting into perspective	12.78	3.82	4-20	.11	.21 **	.31 **	.15 *	.10	.15 *	.42 **	
9. Self-efficacy	113.91	18.22	35-175	.05	.04	.31**	-.03	-.02	.38**	.20**	.22**

\*\* The correlation is significant at the level 0.01 bilateral; \* The correlation is significant at the level 0.05 bilateral .

Table 9. Relationship between CERQ-k subscales and HRQOL Health Questionnaire for Children and Adolescents: multiple regression Analysis (method = enter)

	Psychological well-being			Mood state			Self-perception			General quality of life		
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Other-blame	-.049	-.82	.411	-.137	-.252	.012	-.093	-1.578	.116	-.064	-1,123	,262
Rumination	-.157	-2.34	.020	-.090	-1.47	.142	-.195	-2.936	.004	-.126	-1,962	,051
Positive refocusing	.215	3.42	.001	.146	2.54	.012	.147	2.357	.019	,198	3,292	,001
Self-blame	.058	.89	.371	-.067	-1.14	.252	-.055	-.859	.391	,027	,440	,660
Catastrophizing	-.189	-2.83	.005	-.379	-6.23	.000	-.194	-2.935	.004	-.252	-3,966	,000
Acceptance	-.008	-.13	.891	-.042	-.77	.437	.031	.538	.591	-.016	-,282	,778
P. reappraisal & Planning	.210	3.13	.002	.175	2.86	.005	.215	3.240	.001	,289	4,520	,000
Putting perspective	-.031	-.49	.624	-.032	-.55	.582	-.053	-.848	.397	-,040	-,671	,503
Model	F (8, 273) = 8.08, <i>p</i> = .00			F (8, 273) = 16.10, <i>p</i> = .00			F (8, 273) = 8.77, <i>p</i> = .00			F (8, 265) = 11.98, <i>p</i> = .00		
(Explained variance) R <sup>2</sup>	19.5%			32.7%			20.9%			26.6%		



## Estudio 3

Is there any relation between alexithymia in parents and children? Effects on children's quality of life.

¿Hay alguna relación entre la alexitimia de los padres y la de los hijos? Efectos sobre la calidad de vida de los niños.



## ABSTRACT

The study of alexithymia in children (especially in healthy children), contrary to adult populations, has not been studied extensively, despite its relevant relation to health and quality of life. The purpose of this study was to analyze, in healthy children, the relation between children's alexithymia and their parents' alexithymia, the relation between children's alexithymia and children's quality of life, as well as to understand whether this relation is mediated by parents' alexithymia. Alexithymia and quality of life questionnaires were administered to children aged 8-12, and Alexithymia questionnaires were administered to their parents. Results indicated a significant relation between Alexithymia dimensions for children and parents (except for the externally oriented thinking dimension). Children's difficulty identifying feelings and difficulty describing feelings predict all their quality of life dimensions (except for physical well-being). Results further indicated that this relation was partially mediated by parent's difficulty describing feelings for some of the children's quality of life dimensions. These findings have important practical implications regarding the planning of educational school programs for children. Specifically, within an educational system according to competences, identification and emotional expression strategies should be incorporated for the enhancement of quality of life in children and the prevention of alexithymia and somatization problems in adults.

**Key words:** *alexithymia; children; parents; quality of life.*

## INTRODUCTION

Alexithymia is a multifaceted construct that was described by Sifneos (1973) as a difficulty identifying and communicating feelings, differentiating feelings and somatic sensations of emotional arousal, and an externally oriented cognitive style.

The 20-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (Bagby, Parker, & Taylor, 1994) has since become the most widely used instrument for assessing alexithymia. The TAS-20 yields three factors (difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings, and externally oriented thinking). There is an adaptation of the questionnaire for children (Alexithymia Questionnaire for children; AQC, Rieffe, Oosterveld, & Meerum Terwogt, 2006), which has also been translated and validated into French, Farsi and Italian.

The concept of alexithymia has been associated to somatization disorders, described as a personality trait and hypothesised as a risk factor for the development or persistence of medically unexplained symptoms (Bagby et al., 1994). However, the review of De Gucht and Heiser (2003) highlights some of the limitations of these studies, namely including the use of questionnaires that can only check for symptoms, not whether these symptoms are medically explained or not; the inconsistent results found when comparing somatoform conditions to medical and psychiatric controls that may be attributed to confounding variables, or the scarcity of prospective studies.

The study of alexithymia in children is not very abundant, although different authors have pointed out its relevance in the infant stage and have provided data on their prevalence (Joukamaa et al., 2008). Most research in childhood has focused on the study of possible predictors of alexithymia. Childhood abuse has been considered as one of the predictors of alexithymia in the adult population. Most of these studies (Evren, Dalbudak, Ozcelik, & Oncu, 2009; De Rick & Vanheule, 2006), have analyzed populations with physical and mental pathology, especially addictions, and have a



retrospective design. Nevertheless, the data is not entirely conclusive, so that other authors have found no clear relationship between childhood trauma and alexithymia (Joukamaa et al., 2008; Spitzer et al., 2009).

From a health psychology perspective, there are a few empirical studies to support the clinical hypothesis that alexithymia may be due to disturbances in the early parent-child relationship. These findings serve to strengthen the theory of alexithymia as a developmental process starting in childhood (Joukamaa et al., 2008).

Thorberg, Young, Sullivan, & Lyvers (2011), in a meta-analysis about the relationship between parenting styles and alexithymia, indicated a moderate to strong relationships between maternal care and alexithymia, specifically with two of the three TAS-20 alexithymia dimensions (Difficulties Describing Feelings and Difficulties Identifying Feelings, but not Externally Oriented Thinking). Moderate relationships were observed for both maternal- and paternal-overprotection and alexithymia respectively, and for overprotection (both maternal and paternal) and Difficulties Describing Feelings.

However, as is the case of childhood trauma studies, most of the research (Gil, Scheidt, Hoeger, & Nickel, 2009; Pedrosa et al., 2008; Spitzer et al., 2009), has a retrospective design, being conducted mostly in clinical populations with different pathologies, contemplating patient alexithymia as a differentiating variable from healthy samples, and analyzing the early parent-child relationship as an additional risk factor for alexithymia.

In normative samples, Joukamaa et al. (2003) showed that unwanted children or subjects born into families with many children also exhibited an association with alexithymia in adulthood. Dial Ward (2002) found that poor paternal affective expressiveness is a predictor for alexithymia in young adult males, whereas poor maternal affective expressiveness is a predictor of externally oriented thinking in adult women. Aust, Hartwig, Heuser, & Bajbouj (2013) in a high alexithymic but healthy community sample found a significantly positive correlation between alexithymia and early emotional neglect.

Despite the abundant literature linking early parent-child relationship with alexithymia, it should be noted there is a scarcity of prospective studies, conducted in samples of children. Furthermore, there is little data on alexithymia prevalence in children, except samples with some kind of pathology, with studies in adolescents being more abundant. Joukamaa et al. (2007), as a part of the Northern Finland Birth Cohort 1986 Study, among a representative sample of 15-16-year olds, found that a 10% of the girls and a 7% of the boys were alexithymic.

Alexithymia studies in children have focused, following the same approach as in adult samples, on its relation to possible physical complaints, either in samples of healthy children or in children with a physical or mental pathology. In healthy children, Jellesma, Rieffe, Terwogt, & Westenberg (2009) showed that children with many complaints, compared to children with few complaints, seemed to have higher self-reports of alexithymia. Nasiri, Latifian, & Rieffe (2009), in elementary school children, found that alexithymia showed a positive association with physical complaints and negative emotions, and a negative association with happiness. Allen, Lu, Tsao, Hayes, & Zeltzer (2011) showed that depression partially mediated alexithymia and somatization in a sample of healthy children, at least for two dimensions of alexithymia (difficulty identifying and describing feelings). However, Rieffe et al. (2010) noted that there is a unique contribution of alexithymia to the explanation of internalizing symptoms over and above negative mood.

In samples of children and adolescents with physical and mental diseases it has been observed that the prevalence of alexithymia is higher in tension-type headache (Dal Zotto, Toldo, Sartori, & Battistella, 2011), cancer (Mishra, Maudgal, Theunissen, & Rieffe, 2012), chronic fatigue syndrome (van de Putte, Engelbert, Kuis, Kimpen, & Uiterwaal, 2007), chronic renal failure children (Keskin & Bilge, 2009), borderline personality disorder (BPD) (Loas, Speranza, PhamScottez, Perez Diaz, & Corcos, 2012), and eating disorders (Hosseinzadeh, Hooman, Salehi, & Kooshki, 2013), compared to healthy children and adolescents.

Finally, other studies have focused on the relationship between parental alexithymia (or other family members) and childhood alexithymia, although the results are not conclusive. In healthy children, Mahler, Barnow, Freyberger and Grabe (2011), revealed that the mothers' alexithymia and the fathers' alexithymia independently predict the child's alexithymia. However, Luminet and Lenoir (2007), in an experimental task with children of 3 or 5-years-old selected as a function of parents' alexithymia level, showed that 3-year-old children in the alexithymic parents' group had a significantly lower score for identification and differentiation tasks, but this deficit was not observed for 5-year-old children.

In children with physical or mental pathology, Mishra et al. (2012) examined the levels of alexithymia in children with cancer, in siblings of children with cancer, and in healthy controls. The highest level of alexithymia was reported by children diagnosed with cancer, followed by their siblings. Szatmari et al. (2008) show that parents of children with Autism Spectrum Disorder (ASD) score higher than controls on the TAS-20 total score, and within the ASD group, children of fathers with high alexithymia score higher on repetitive behaviour symptoms compared to children of fathers with low alexithymia. However, Dal Zotto et al. (2011), in patients aged from 8 to 15 suffering from tension-type headaches, did not find significant a correlation between alexithymia rates in the children/preadolescents and in their mothers.

After reviewing the literature we found few studies analyzing the relationship between parental alexithymia and childhood alexithymia in healthy children and most studies focuses on the relation between alexithymia and pathology and somatization, so our study has the following aims: First, to analyze the relationship between the parental alexithymia and childhood alexithymia in a healthy sample. Second, to identify the role of childhood alexithymia on children's quality of life. Third, to assess the possible mediating role of parental alexithymia between childhood alexithymia and children's quality of life.

## METHOD

### Participants

A total of 265 children and parents (main care-taker) participated in this study. Mean age of children was 9.7 years ( $SD=1.22$ ; ranging from 8 to 12 years) and 53.9% were girls. Children were drawn from various public elementary schools in Madrid (Spain), of second and third cycle. The second cycle (third and fourth grade) group comprised 137 children (60 boys, 77 girls, mean age 8.72;  $SD=.65$  years; ranging from 8 to 10 years). The third cycle (fifth and sixth grade) group comprised 128 children (63 boys and 65 girls, mean age 10.74 years,  $SD=.72$ , ranging from 10 to 12 years). Parental consent was obtained for all participants.

With regards to the parents, 86.4% of main care-takers were the mothers, whilst 13.6% were the fathers. Mean age was 41.31 years ( $SD= 4.78$ , ranging from 28-64).

### Measures

#### *For parents:*

*Alexithymia.* We used the Spanish version (Páez, Velasco, & Gonzalez, 1999) of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby et al., 1994). The TAS-20 is a 20 item self-report measure for alexithymia with three subscales: (1) difficulty identifying feelings (DIF), (2) difficulty describing feelings (DDF), and (3) tendency toward externally oriented thinking (EOT). The TAS-20 has 20 items (seven, five and eight items for each subscale respectively) using a 6-point Likert scale (from 0 to 5). It is the most widely used measure for alexithymia, and has been validated in numerous studies across several cultures. The TAS-20 total scores and DIF and DDF factors correlate positively with self-reported physical symptoms (Taylor & Bagby, 2004), while the correlation with the EOT factor is not always evident (Grabe, Spitzer, & Freyberger, 2004).

***For children:***

*Alexithymia.*

We have administered the Alexithymia Questionnaire for Children (AQC; Rieffe et al., 2006), consistent with the original adult questionnaire for alexithymia (TAS-20; Bagby et al., 1994). The authors identified three factors: a) Difficulty Identifying Feelings (DIF, 7 items), Difficulty Describing Feelings (DDF, 5 items) and Externally-Oriented Thinking (EOT, 8 items). The internal consistency coefficient (Cronbach's Alpha) was .71. In this sense, Cronbach's Alpha was .73 for DIF and .75 for DDF meanwhile for EOT was .29. The original English AQC version was translated into Spanish by a bilingual psychologist. Then, it was sent to a cooperating primary school, where one teacher reviewed the items in a way appropriate for primary school-aged children. This version was discussed with the teaching staff until consensus was reached. This new version was then sent back to the other bilingual psychologist who back-translated the items and compared them with the original English version. If the content of an item had changed, additional revisions were made. The last version was sent to the cooperating school again for their approval. Children were instructed to score each item on a three-point response scale (0 = not true; 1 = a bit true; 2 = true), the same as the AQC (Rieffe et al., 2006), in order to simplify the response scale for children and provide clear verbal labels with each answer category.

*Health-Related Quality of Life.*

We used the Spanish version of the Kidscreen 52 items HRQOL Health Questionnaire for Children and Adolescents (Ravens-Sieberer et al., 2005). This questionnaire was developed as a self-report measure applicable to healthy and chronically ill children and adolescents aged between 8 and 18 years. The instrument is composed by ten

dimensions: physical well-being, 5 items (Cronbach's Alpha = .80); psychological well-being, 6 items (Cronbach's Alpha = .89) moods and emotions, 7 items (Cronbach's Alpha = .86), self-perception, 5 items (Cronbach's Alpha = .79), autonomy, 5 items (Cronbach's Alpha = .84), parent relation and home life, 6 items (Cronbach's Alpha = .89), financial resources, 3 items (Cronbach's Alpha = .89), social support and peers, 6 items (Cronbach's Alpha = .85), school environment, 6 items (Cronbach's Alpha = .87) and social acceptance, 3 items (Cronbach's Alpha = .80). The Kidscreen 52 items instrument has been used simultaneously in 13 European countries in the cross-cultural harmonisation and development of the measure (Ravens-Sieberer et al., 2005).

The answer scale of this ranged from 1 = never to 5 = always or from 1 = nothing to 5 = very much. Concurrent validity of AQC has been tested using information on Kidscreen 52 items edition.

## **Procedure**

Firstly, we developed a pilot study with a group of 4 children aged 8 to 12 to see the difficulties in management and the adequacy of the design of each of the items of the full protocol (socio-demographics, alexithymia and quality of life). No changes were done after piloting the instrument.

Three schools were selected based on location and convenience. At each site, the management of the school and teachers were informed about the study. The exclusion criterion was to have been diagnosed with a physical illness or mental disorder when the study commenced. Then, parents were approached and informed about the study. If parents were interested in having their children participate, the researcher explained the informed consent form to the parent and asked them to sign. The researcher then asked the parent to fill out the TAS-20 questionnaire and some socio-demographic items (age and gender).

A list of children's names for which parent consent was obtained was developed for each school. A number was assigned to each student to ensure anonymity. At the time of data collection, during the class, children who participated in the study were called leave the classroom (to a separate room) in subgroups of 10 children.

The researcher read, explained and instructed the different questionnaires (socio-demographic, alexithymia and quality of life). Once all the children completed all questionnaires, the researcher made sure data collection had been completed and that no items had been left unanswered, if this had occurred the researcher would resolve any doubts the child may have so that the item could be completed.

This procedure was the same for each group in every school; however, the order of presentation of the questionnaires was counterbalanced for each group administration so as to minimize order effects. Administration and completion of the questionnaires took approximately 30 minutes. Upon completion of the questionnaires, the parents of the children were given a more detailed individual information report regarding their participation in this study.

This study operated in accordance with the ethical guidelines set forth by the American Psychological Association.

## **Analysis Plan**

Means and standard deviations of the all subscales were described. The relationships between socio-demographic variables (age and gender) and the target variables (childhood alexithymia and children's quality of life) were explored by conducting the appropriate test for each variable (Pearson's correlations, t-tests). Pearson correlation was used to analyze the relationship between all the target variables (childhood alexithymia, children's quality of life and parental alexithymia). The childhood alexithymia predictors of children's quality of life dimensions were examined with ten

multiple linear regressions (one for each of the quality of life dimensions). All sociodemographic variables that might exert a confounding effect on the regression analyses were included. To test for the presence of mediating effects, we conducted an ordinary least squares multiple regression analysis (Baron & Kenny, 1986; Preacher, Rucker, & Hayes, 2007). Because a reduced beta weight in itself does not seem to be indicative of significance, and this assumption of the Baron and Kenny method (1986) has been criticized, we additionally performed the Sobel test to demonstrate partial mediation (Sobel, 1982). Differences were considered significant at a p level < .05. The statistical package SPSS version 17.0 was used for the analyses.

## RESULTS

### Descriptive and Preliminary Analyses

#### *Descriptive information*

Table 10 shows the descriptive statistics and correlations among each of the variables assessed. Regarding alexithymia in children, DDF received the highest average scores, whereas DIF received the lowest average score. Regarding alexithymia in parents, EOT received the highest average scores, whereas DDF received the lowest average score, with a very similar result to DIF. Scores on the Kidscreen dimensions ranged from 3.83 to 4.30, which is high within the allowable range for 1-5. The lowest scores were obtained for the dimensions of financial resources and autonomy, and the highest for psychological quality of life.



*Control variables.*

There was a significant main effect of gender on physical quality of life ( $p=.014$ ), with the boys (mean 4.15,  $SD=.73$ ) showing greater scores than the girls (mean 3.93,  $SD=.71$ ).

With regards to age, significant main effects were found to DIF ( $r^2=-.14$ ,  $p=.02$ ), financial resources ( $r^2=.23$ ,  $p<.000$ ) and social support and peers ( $r^2=.14$ ,  $p=.02$ ). No other significant associations were found.

### **Correlations among variables**

As shown in Table 10, in children, DIF showed a significant positive correlation with DDF, but none of these subscales showed a significant correlation with EOT. In the case of alexithymia in parents, the three subscales showed positive significant correlations among them.

When the relationship between childhood and parental alexithymia was analyzed, significant positive correlations were observed between DIF and DDF, whereas no relation was observed between children's EOT and parental EOT.

With regards to the relation between quality of life and childhood alexithymia, DIF showed significant relations with all ten dimensions of quality of life, and DDF showed significant relations with all quality of life dimensions except for physical quality of life. As expected, all correlations were negative. EOT did not show correlation with any quality of life dimensions.

With regards to the relationship between children's quality of life and parental alexithymia, some negative relations were observed in the case of DIF and DDF with psychological well-being, moods and emotions, self-perception and financial resources. Additionally, in the case of DDF significant relations were found to autonomy and

school environment. All correlations were negative. No significant relation between EOT and quality of life dimensions were found.

Finally, all quality of life dimensions showed positive significant correlations among them.

### **Regression of childhood alexithymia in children's quality of life**

With regards to the weight of the different dimensions of childhood alexithymia on children's quality of life (see Table 11), DIF and DDF were significant predictors of all quality of life dimensions, except for physical well-being; in the case of DIF this was apparent once age was adjusted for.

EOT had no significant effect on any of the quality of life dimensions, although it almost reaches significance for parent relation and home life ( $p=.059$ ), financial resources ( $p=.055$ ), and school environment ( $p=.088$ ).

### **Mediation of Parental Alexithymia**

Aiming to analyse the possible mediating effect of parental alexithymia in the relation between childhood alexithymia and children's quality of life, we proceeded to perform the following mediation analyses.

Several preconditions must be met to assess whether a variable has a mediating effect, establishing: (a) significant relationships between the predictor variables (childhood alexithymia dimensions) and the mediator (parental alexithymia dimensions), (b) significant relationships between the predictor variables and the outcome variables (childhood alexithymia dimensions and children's quality of life dimensions), and (c) significant relationships between the mediator variable and the outcome variables (Holmbeck, 1997). These preconditions were assessed with Pearson's correlations

among the variables of interest. This analysis allowed us to identify the relevant variables to introduce in the subsequent regression analyses (see Table 12).

As suggested by Baron and Kenny (1986), ordinary least squares multiple regression is an appropriate method for determining the presence of mediating effects when the dependent variables are continuous and multiple predictor variables are present. When the preconditions have been fulfilled, the final step consists of showing that the strength of the association between childhood alexithymia dimensions and children's quality of life dimensions are significantly reduced when the mediating variable (parental alexithymia dimensions) is added to the regression model.

Partial mediation is demonstrated when the beta weight for the predictor variable is reduced (but not to non-significance) when the proposed mediator is added to the equation. Full mediation is demonstrated if the (beta) value for the predictor variable is reduced from significance to non-significance when the proposed mediator is added to the equation (Baron & Kenny, 1986). Based on the observed correlations, we conducted hierarchical regression analyses on the various relevant outcome variables. Control variables (age) were entered in Step 1 in the case of DIF, childhood alexithymia dimensions were regressed on Step 2 (only those that had shown a significant relationship with the mediator variable), and parental alexithymia dimensions were entered in Step 3. The statistical analysis was conducted at a 95% confidence level;  $p < .05$  was considered statistically significant.

The analyses showed that parental DDF mediated the relationship between children's DIF and self-perception and financial resources. Also, parental DDF mediated the relationship between children's DDF and self-perception and financial resources (see Table 13). In all cases, the mediation effect was partial.

## DISCUSSION

The results of this study indicate that there is a significant relation between parental alexithymia and childhood alexithymia. Specifically, there are high correlations between DIF and DDF in parents and children, but no relationship was observed between the dimensions of EOT.

Furthermore, the conceptual structure of the adult alexithymia appeared to differ from childhood alexithymia. EOT seems to acquire relevance in adult samples, whereas in samples of children it doesn't seem to be a fundamental element of the construct, nor have a role in relation to the prediction of the quality of life.

In adult samples, the reliability and validity of the three-factor structure has been established in several studies. However, DIF and DDF factors show good psychometric properties (Taylor & Bagby, 2004) but EOT factor appears to be weak (Grabe et al., 2004). Studies in children samples are much scarcer. The first adaptation of the TAS-20 questionnaire for children (Alexithymia Questionnaire for children AQC; Rieffe et al., 2006), identified the three-factor structure of alexithymia, although the EOT factor showed low factor loadings and a low reliability. DIF and DDF factors contributed to the prediction of self-reported somatic complaints in children, but the EOT factor failed to do so. Loas et al. (2010) found similar results with the French version of the AQC. In the Farsi ACQ version (Rieffe et al., 2010), EOT factor was omitted (due to the poor psychometric properties and predictive validity) and the two remaining factors (DIF and DDF) were taken together.

Our results confirm the high relationship between DIF and DDF, and the possibility to see them as a single measure of alexithymia in children samples. The item structure of the DIF factor would be referring to the identification of physiological emotion phenomena and the DDF to the identification of the subjective feelings, and carrying an implicit communication component to another. Perhaps, the meaningful correlation found between the two factors (DIF and DDF) may be explained, especially in children, to the close relationship between emotional identification and communication.

Moreover, according to the results, the predictive role of EOT is null on children's quality of life.

With regards to the relationship of alexithymia and gender, our results are not significant. For adults, in general, results showed that men exhibited higher levels of alexithymia (Mattila, Salminen, Nummi, & Joukamaa, 2006). In the case of children, the results are much scarcer and not entirely conclusive, but the few studies conducted in samples of adolescents showed that girls had higher scores in comparison with boys (Joukamaa et al., 2007). However, given the characteristics of this developmental stage, the data obtained can not be generalized to children.

Regarding the relationship of alexithymia and age, our study shows negative correlations between age and DIF. Given that our study sample is between 8 and 12 years, we would expect a higher emotional identification at a later developmental stage and an older age. To our knowledge, no data exists on the relationship between alexithymia and age at this developmental stage. In adult population, despite the inconsistencies of some studies, alexithymia was found to occur more frequently in the upper age ranges (middle and late adulthood) than in adolescence and early adulthood in clinical and normative samples (Moriguchi et al., 2007). It could be hypothesized that through adolescence, there is a decrease of alexithymia, reflecting the acquisition, consistent with the cognitive-emotional development, of emotional regulation patterns, including emotional identification and differentiation. In adulthood and old age, the positive relation of alexithymia with increasing age (Mattila et al., 2006), could be due to cultural factors and not to developmental factors.

One of the findings observed in the literature with adult samples is a direct relationship of alexithymia with internalizing symptoms (Bagby et al., 1994). However, the literature on childhood alexithymia is not as abundant. Also it should be noted that, as mentioned, most of the studies are retrospective, being performed mostly in adult clinical populations with different pathologies (Pedrosa et al., 2008, Gil et al., 2009; Spitzer et al., 2009). The few studies that support the relationship between alexithymia

and somatization in children have been conducted in children with physical and mental pathology compared to healthy children (DalZotto et al., 2011; Hosseinzadeh et al., 2013; Loas et al., 2012; Mishra et al., 2012).

With the available data in healthy children, there doesn't seem to be a confirmation of the hypothesis that there is a relationship between alexithymia and somatization. Although results are not conclusive (Rieffe et al., 2010), most studies conducted on healthy children (Jellesma et al., 2009; Nasiri et al., 2009) consider that there is a decisive role of negative moods (depression, anxiety) as mediating variables between alexithymia and complaints, at least for two dimensions of alexithymia (DDF and DIF) (Allen et al., 2011).

This lack of a direct relationship between physical complaints and alexithymia in healthy children is supported by the results of our work. Our results show the effect of DIF and DDF on all quality of life dimensions except the physical well-being dimension. In addition to the observations made above, it should be noted that the physical well-being dimension explores the level of the child's / adolescent's physical activity, energy and fitness (i.e. Have you felt fit and well?, Have you been physically active -running, climbing or biking-?), as a positive dimension that appears to be different from the concept of somatization. Moreover, the more predictive role (both for DIF and DDF) in quality of life, is obtained in predicting Moods and Emotions dimension, supporting the fact that the frequently found association between alexithymia and internalizing symptoms is actually mediated by mood states.

Our data shows a clear relationship between parental alexithymia and childhood alexithymia (DIF and DDF factors). Previous literature, except for some studies (Dal Zotto et al., 2011), supports this relationship in samples of children with some form of pathology (Guttman & Laporte, 2002; Mishra et al., 2012; Szatmari et al., 2008). In samples of healthy children although few studies are focused on this, some studies have also pointed out the existing relations between alexithymia scores of mothers and children (Luminet & Lenoir, 2007), or other family members. Mahler et al.

(2011) revealed that the mothers' alexithymia and the fathers' alexithymia independently predict their children's alexithymia.

Finally, regarding the mediating role of parental alexithymia between childhood alexithymia and different children's quality of life scales, it is important to state that in previous literature this has hardly been explored. Our data suggest that parental alexithymia, especially parental DDF, is a fundamental mediator in the relationship between children's DIF/ DDF and some children's quality of life dimensions (self-perception and financial resources).

This paper presents some limitations that should be highlighted. The presence of bias in the sample with regard to its population can be explained by the use of non-probability accidental sampling. This circumstance can alter the findings of the study as a result of homogeneity of the children in our sample. Given that the current study was cross-sectional, we cannot make inferences about causality. In order to determine whether alexithymia influences quality of life, longitudinal studies are needed. The translation of the original ACQ into Spanish should have been accomplished through simultaneous translation by several researchers and subsequent analysis of convergence among them, and not through a process of reverse translation of native language experts. However, it should be noted that the wording and syntax of the original items, as well as the vocabulary used, are extremely simple and easily understandable, which can greatly reduce the potential biases in the Spanish adaptation created by this procedure. A limitation of the design was that the detection of quality of life as well as the assessment of alexithymia was made on the basis of self-reported evaluations, which may have caused a certain bias. Future researchers should also use more sophisticated measures of such constructs such as structured clinical interviews, peer or family ratings, and direct behavioural assessments.

In summary, the present study shows, in healthy children, the relation between parental alexithymia and childhood alexithymia, and how parental alexithymia can increase the previously suggested effect of childhood alexithymia on quality of life. Also, we should

reiterated that contrary to previous studies, we have chosen so use health indicators instead of symptoms, as Nasiri et al. (2009).

Our results have important practical implications. Within an educational system according to competences, programs dedicated both to parental emotional education, where alexithymia is addressed, as well as emotional regulation in children (especially in aspects referred to appropriate emotional expression) should be incorporated into the curriculum of schools to guarantee children's wellbeing, as well as for the prevention of this disorder in adulthood.



Table 10. Means, standard deviations (SD), and Pearson correlation coefficients for each of the variables assessed

	Mean (SD)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Difficulty identify feelings (children)	0.73 (0.45)	.49**	.07	.26**	.23**	.06	-.13*	-.34**	-.48**	-.36**	-.24**	-.35**	-.23**	-.18**	-.26**	-.29**
2. Difficulty describing feelings (children)	0.89 (0.49)	-	.01	.27**	.25**	.02	-.08	-.24**	-.36**	-.28**	-.23**	-.27**	-.22**	-.16**	-.21**	-.24**
3. External oriented thinking (children)	0.83 (0.30)		-	.10	.09	.05	-.09	-.06	-.06	.01	-.05	-.11	-.12	-.10	-.10	-.05
4. Difficulty identify feelings (parents)	7.85 (6.41)			-	.60**	.35**	-.00	-.14*	-.18**	-.18**	-.04	-.07	-.14*	-.04	-.12	-.08
5. Difficulty describing feelings (parents)	7.31 (4.94)				-	.42**	-.02	-.14*	-.17**	-.19**	-.13*	-.06	-.16*	-.05	-.14*	-.08
6. External oriented thinking (parents)	12.23 (4.78)					-	-.04	-.01	-.08	-.06	.02	.11	-.08	.00	.05	-.05
7. Physical Well-being	4.03 (0.73)						-	.49**	.28**	.28**	.37**	.27**	.39**	.42**	.31**	.18**
8. Psychological Well-being	4.30 (0.68)							-	.63**	.49**	.67**	.64**	.35**	.54**	.63**	.24**
9. Moods and Emotions	4.06 (0.79)								-	.54**	.54**	.55**	.31**	.36**	.50**	.38**
10. Self-Perception	4.16 (0.68)									-	.43**	.47**	.23**	.38**	.49**	.33**
11. Autonomy	3.83 (0.86)										-	.63**	.39**	.54**	.59**	.15*
12. Parent Relations and Home Life	4.28 (0.79)											-	.43**	.49**	.60**	.25**
13. Financial Resources	3.63 (1.12)												-	.41**	.32**	.29**
14. Social Support and Peers	4.06 (0.76)													-	.51**	.30**
15. School Environment	4.15 (0.79)														-	.22**
16. Social Acceptance (Bullying)	4.11 (0.93)															-

\*p<0.05; \*\*p<0.01

Table 11. Predicting children's quality of life dimensions from DIF and DDF (only significant findings are presented)

<i>Quality of life dimensions</i>	<i>DIF</i>		<i>DDF</i>	
	Beta	R <sup>2</sup>	Beta	R <sup>2</sup>
Psychological Well-being	-.340***	0.12	-.239***	0.06
Moods and Emotions	-.483***	0.23	-.362***	0.13
Self-Perception	-.361***	0.13	-.277***	0.08
Autonomy	-.234***	0.06	-.230***	0.05
Parent Relations and Home Life	-.337***	0.13	-.266***	0.07
Financial Resources	-.193**	0.09	-.215***	0.04
Social Support and Peers	-.166**	0.05	-.158**	0.02
School Environment	-.282***	0.08	-.205**	0.04
Social Acceptance (Bullying)	-.284***	0.08	-.236**	0.06

\*\*p<0.01; \*\*\*p<0.001

DIF: Difficulty Identifying Feelings, DDF: Difficulty Describing Feelings

Table 12. Preconditions for mediation analysis

<i>Children's alexithymia Predictor</i>	<i>Parents' alexithymia Mediator</i>	<i>Children's quality of life Outcomes</i>
Difficulty identify feelings	Difficulty identify feelings	Psychological well-being Moods and emotions Self-perception Financial resources
	Difficulty describing feeling	Psychological well-being Moods and emotions Self-perception Autonomy Financial resources School environment
Difficulty describing feeling	Difficulty identifying feelings	Psychological well-being Moods and emotions Self-perception Financial resources
	Difficulty describing feeling	Psychological well-being Moods and emotions Self-perception Autonomy Financial resources School environment

Table 13. Mediation analysis. Predicting children's quality of life dimensions from DIF and DDF of parent's DDF (only significant findings are presented)

SCL-90 dimensions	F	R <sup>2</sup>	IncR <sup>2</sup>	Beta	t
self-perception					
Step 1: age	0.112	0.000		-0.021	-0.334
Step 2: children DIF	20.546**	0.131	0.047	-0.375(-0.346**) <sup>a</sup>	-6.400**
Step 3: parents DDF	15.076**	0.140	0.046	-0.115	-1.995*
financial resources					
Step 1: age	14.092**	0.052		0.228	3.754**
Step 2: children DIF	13.184**	0.093	0.425	-0.206(-0.170**) <sup>a</sup>	-3.419**
Step 3: parents DDF	10.937**	0.114	0.016	-0.148	-2.437*
self-perception					
Step 2: children DDF	21.185**	0.075	0.091	-0.273(-0.240**) <sup>a</sup>	-4.603**
Step 3: parents DDF	13.138**	0.091	0.057	-0.133	-2.188*
financial resources					
Step 1: age	13.510**	0.049		0.222	3.676**
Step 2: children DDF	13.954**	0.097	0.048	-0.219(-0.186**) <sup>a</sup>	-3.706**
Step 3: parents DDF	11.199**	0.115	0.059	-0.138	-2.288*

NOTE: Standardized regression coefficients (betas) are derived from the step in which they are added to the equation.

DIF: Difficulty identify feelings, DDF: Difficulty describing feelings

a. Beta value after introduction of parents DDF \*p<0.05; \*\*p<0.01

## Estudio 4

Regulación emocional en la infancia. Relación con la personalidad, la calidad de vida y la regulación emocional paterna.



## RESUMEN

El objetivo de este trabajo ha sido por un lado, analizar la regulación emocional desde el punto de vista del afrontamiento cognitivo en población infantil, así como valorar su relación con la personalidad y la calidad de vida, y por otro, conocer si la regulación emocional de los padres influye en ese proceso. Este estudio contó con la participación de tres centros educativos resultando una muestra final de 265 niños de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años y 265 adultos, padre o madre de los niños. Las variables sociodemográficas se obtuvieron a través de un cuestionario ad-hoc, y las variables de estudio a través de instrumentos de evaluación estandarizados. Los resultados obtenidos revelan que las estrategias desadaptativas de regulación emocional en los niños se relacionan con una peor calidad de vida, mientras que las estrategias de regulación emocional adaptativas se relacionan con mejores niveles de calidad de vida asociada a la salud en población infantil. Las variables de personalidad extraversión y amabilidad mantienen relaciones positivas con las estrategias adaptativas de regulación emocional en niños y la variable inestabilidad emocional mantiene relaciones positivas con las estrategias desadaptativas. Por último, los resultados muestran una relación significativa entre la regulación emocional de los padres y la de los hijos, pero sólo en las estrategias desadaptativas, no hallándose relación alguna entre las estrategias adaptativas en ambas muestras. Estos resultados tienen importantes implicaciones prácticas en la educación y salud de los niños. Una adecuada competencia emocional debe incorporar la adquisición de estrategias de regulación emocional para mejorar la calidad de vida y bienestar infantil. Igualmente, los estilos de regulación emocional materna/paterna mantienen importantes relaciones con la regulación infantil, relacionándose incluso con el propio bienestar de los niños, por lo que parece

fundamental trabajar en la promoción de estrategias de regulación adaptativas en el núcleo familiar.

**Palabras clave:** *regulación emocional; calidad de vida; niños; padres; personalidad.*



## INTRODUCCIÓN

El estudio de las emociones y de la regulación emocional ha estado presente desde tiempos remotos, pero ha sido en las dos últimas décadas cuando el interés sobre la regulación de las emociones ha despertado mayor interés (Gross, 2007, 2010; Frank et al., 2014).

Thompson (1994) y Westen (1994) están de acuerdo en plantear que la regulación emocional sirve para evitar, desplazar, transformar, minimizar, inhibir o intensificar las emociones. Por tanto se define la regulación emocional como “los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson, 1994).

En este sentido, las estrategias cognitivas de afrontamiento entendidas como estrategias de regulación emocional (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001) se definen como aquellas estrategias para la regulación cognitiva de las emociones y la regulación de la respuesta emocional ante eventos que han causado un perjuicio emocional al individuo (Thompson, 1991).

Aunque los estudios de regulación emocional se han centrado principalmente en adultos (Garnefski et al., 2001; Gross, 2002; Sheppes, Suri, & Gross, 2015), en población infantil también encontramos investigaciones al respecto. Los bebés intentan modificar su entorno de una manera simple y primitiva, pero a medida que van creciendo se observa un cambio de repertorio de estrategias de regulación emocional, inicialmente más externas, basadas en conductas, y posteriormente más internas, basadas en aspectos más cognitivos (Garnefski & Kraaij, 2007). A la edad de ocho o nueve años, los niños han aprendido a regular sus emociones por medio de cogniciones o pensamientos acerca de sí mismos (Saarni, 1999; Stegge, Terwogt, Reijntjes, & Van Tijen, 2004).

El estudio de la regulación emocional en la infancia adquiere una especial relevancia ya que está íntimamente relacionada con los procesos de salud mental (Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995), de socialización (Eisenberg, Fabes, & Losoya, 1997) o de rendimiento académico (Graziano, Reavis, Keane, & Calkins, 2007) entre otros, aspectos clave en el día a día del niño. Debemos destacar que la mayor parte de la investigación sobre regulación emocional en la infancia se ha centrado en procesos patológicos (Catanzaro & Greenwood, 1994; Duncombe, Havighurst, Holland, & Frankling, 2013; Eisenberg & Sulik, 2012; Garnefski, Rieffe, Jellesma, Terwogt, & Kraaij, 2007; Legerstee et al., 2010; Sheppes et al., 2015). Sin embargo, aunque la investigación sobre modelos de bienestar y salud vinculados a la regulación emocional ha sido muy abundante en adultos (Cheung, Gardner, & Anderson, 2015; De Castella et al., 2013; Houben, Van Den Noortgate, & Kuppens, 2015; Nyklicek, Vingerhoets, & Zeelenberg, 2011; Singh & Mishra, 2011), no ha sido tan notoria en población infantil, aunque en los últimos años empieza a tener mayor presencia (Da Silva & Tuleski, 2014; Eisenberg & Fabes, 2006; Eisenberg & Sulik, 2012; Onchwari & Keengwe; 2011).

Conviene señalar que diferentes autores (De Castella et al., 2013; Houben et. al., 2015) ponen de manifiesto que en población adulta, tanto las emociones positivas como los factores psicológicos positivos (o procesos afectivos que impliquen la regulación de las emociones positivas) pueden tener una relación tan fuerte con la salud como las negativas. Así, por ejemplo, la capacidad para mantenerse optimista, aunque sea de forma poco realista (Reed, Kemeny, Taylor, & Visscher, 1999) y la capacidad de encontrar un significado ante la adversidad (Bower, Kemeny, Taylor, & Fahey, 1998) parecen ser factores protectores de la salud.

En este sentido, y de acuerdo con la literatura, la calidad de vida relacionada con la salud ha sido estudiada ampliamente en adultos enfermos y sanos, pero menos en los niños y adolescentes, aunque debe considerarse que ya se cuenta con estudios relacionados con el tema. Al igual que ocurre con los estudios desarrollados con

muestras de adultos, la calidad de vida se ha estudiado de manera más significativa en niños enfermos crónicos más que en niños sanos, siendo éstos últimos empleados únicamente como grupo control o para la validación o adaptación de pruebas (Clarke & Eiser, 2004; Verdugo & Sabeh, 2002).

Según se ha podido observar (Houben et al., 2015; De Castella et al., 2013), la influencia de la regulación emocional en los niveles de calidad de vida y bienestar parece clara, aunque prácticamente todas las investigaciones se centran en población adulta, al igual que los estudios que tratan la relación entre estos factores y la aparición de trastornos mentales y físicos (Nyklicek et al., 2011; Singh et al., 2011).

Por otro lado, también se conoce que las emociones son un claro indicador de la personalidad de los individuos y diversos autores han desarrollado diferentes teorías explicativas (Ekman, 1992; Lazarus, 1991). En este sentido, Moiola (2008) indica que todas las personas tienen una dimensión afectiva, pues ésta se encuentra en la base de la personalidad y refleja la forma en que el ser humano se relaciona consigo mismo y con su entorno.

La estructura de la personalidad infantil ha sido, al igual que en los adultos, ampliamente estudiada, sobre todo desde el marco teórico del modelo de los Cinco Grandes, derivado de la aproximación factorial léxica (Cattell, 1943; Mac Dougall, 1932, 1936). Este modelo cuenta con un amplio consenso entre multitud de autores, considerándose uno de los más acertados para describir y comprender la personalidad humana (Caprara et al., 1998).

Rusting y Larsen (1998), en población adulta, ya pusieron de manifiesto que los rasgos de extraversión y neuroticismo podrían estar modulando la susceptibilidad a experimentar diferentes emociones. En este sentido, se sabe que el neuroticismo se asocia con afectos negativos y la extraversión con afectos positivos (Rusting & Larsen, 1998). El neuroticismo y la extraversión son los dos rasgos de personalidad más significativos ya que se relacionan con muchos de los trastornos de personalidad

y la mayor parte de la investigación sobre afrontamiento y personalidad se centra también en estos dos factores (Hewitt & Flett, 1996; Lee, Preece, & DeLongis, 2005).

Por otro lado, las dimensiones de neuroticismo y extraversión parecen estar íntimamente relacionadas con la percepción subjetiva de bienestar (DeNeve & Cooper, 1998). Este dato es sobradamente conocido en población adulta (DeNeve & Cooper, 1998; Erbas, Ceulemans, Lee Pe, Koval, & Kuppens, 2014; Smith & Petty, 1995), pero todavía hay mucha escasez de estudios en población infantil que avalen esta cuestión. Algunos trabajos han mostrado que existen asociaciones entre los rasgos de personalidad y el bienestar y calidad de vida de los niños (McKnight, Huebner, & Suldo, 2002; Slobodskaya & Akhmetova, 2012).

En cuanto a las estrategias de regulación emocional, Wang, Shi y Li (2009) aportaron datos en adultos sobre la relación que la extraversión y el neuroticismo presentan con el afecto positivo y el afecto negativo a través de la mediación de la estrategia reevaluación cognitiva. En población preadolescente con síntomas de rechazo escolar, los estudios de Hughes, Gullone, Dudley y Tonge (2010) analizaron el papel de las estrategias de reevaluación cognitiva y supresión emocional. Sus resultados mostraron que los niños del grupo clínico informaron utilizar en menor medida la reevaluación cognitiva y por el contrario, indicaban un mayor uso de la supresión emocional que el grupo control. Además, Gullone y Taffe (2011) mostraron que la extraversión se asoció positivamente con estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional y negativamente con estrategias desadaptativas y por el contrario el neuroticismo se relacionó negativamente con estrategias adaptativas y positivamente con las desadaptativas. En este sentido, encontramos menos investigaciones que se hayan centrado en la infancia (Garnefski et al., 2007) donde se hayan explorado las relaciones entre estas estrategias e indicadores de calidad de vida.

Diferentes estudios (Houben et al., 2015; Hu, Zhang, Wang, Mistry, Ran, & Wang, 2014; Nyklicek et al., 2011; Singh & Mishra, 2011) ponen de manifiesto que en población adulta parece haber una relación importante entre el nivel de bienestar subjetivo y los rasgos de personalidad neuroticismo y extraversión que, por otro lado, también están vinculados a una regulación afectiva eficaz (DeNeve & Cooper, 1998; Erbas et al., 2014). En resumen, posiblemente los mecanismos de regulación efectivos son una vía por la cual los más estables emocionalmente y más extrovertidos sean más felices que los neuróticos e introvertidos tanto para la disminución de las emociones negativas como para el aumento o mantenimiento de las positivas (Hervás, 2011).

Otros trabajos realizados con niños y adolescentes también han mostrado que la extraversión se asocia con estrategias de regulación emocional adaptativas y que ésta posee a su vez relación con variables relacionadas con la salud mental, como por ejemplo la depresión (Garnefski et al., 2001; Garnefski, Boon, & Kraaij, 2003; Garnefski, Kraaij, & van Etten, 2005; Garnefski et al., 2007; Hasking et al., 2010; Legerstee et al., 2010; Gullone & Taffe, 2011).

Los datos aportados en la literatura revelan que los rasgos de personalidad se presentan como formas estables a lo largo del tiempo y poco modificables y además se consideran buenos predictores de la calidad de vida y bienestar (Contrada, Leventhal, & O'Leary, 1990). Este hecho nos lleva a analizar si la relación entre ambos se ve influida por estrategias cognitivas de regulación emocional, que sí son entrenables y modificables (Baumeister, Gailliot, DeWall, & Oaten, 2006) y por tanto, podría suponer el planteamiento de nuevos programas de intervención tanto en el ámbito educativo como en el de salud (Garnefski et al., 2007).

En relación a los padres, la influencia de la socialización en el desarrollo de la regulación emocional en los niños sucede en un contexto relacional que obedece a la intervención temprana y a la relación de los padres con los hijos, tal y como indican

Cassidy (1994) y Thompson (1994). Estos autores también enfatizan la relevancia del desarrollo de la regulación emocional en dependencia con los lazos de seguridad entre padres e hijos, e insisten en que los niños que tienen relaciones de apego seguras, también tienen madres sensibles que aceptan tanto las emociones negativas como positivas y que están abiertas a hablar de los sentimientos con sus hijos. Aquellos niños con vínculos inseguros tendrán más limitadas sus capacidades en la comprensión de las emociones y se verán más afectados a nivel emocional ante situaciones estresantes.

A pesar de lo relevante de esta relación, cuesta encontrar estudios que demuestren la influencia de la regulación emocional de los padres sobre la de los hijos. Las actuales líneas de investigación se sitúan en analizar la regulación emocional basada en las relaciones de apego seguras y las conversaciones entre los padres-niños como forma de comprobar el nivel de influencia de las relaciones tempranas sobre el desarrollo emocional. En ellas se observa que el estilo seguro se caracteriza por estrategias centradas, por un lado, en la búsqueda de apoyo y proximidad, y por otro, en la expresión de las emociones que sienten, ya sean positivas o negativas. Estas estrategias de regulación son consideradas como positivas y protectoras de la salud de las personas, especialmente el apoyo social y la expresión emocional (Pennebaker, 1997; Pennebaker & Seagal, 1999; Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000). Aunque las intervenciones parentales disminuyen a medida que el niño adquiere estrategias, parece establecido que las intervenciones directas en la temprana infancia se mantienen como una importante fuente de influencia extrínseca en la regulación emocional que se verá complementada por otras influencias sociales (Salovey et al., 2000).

Por tanto, el objetivo de este estudio es analizar las relaciones existentes entre la personalidad, la regulación cognitiva de las emociones y la calidad de vida de los niños, planteándonos la posibilidad de que dichas estrategias adaptativas de

regulación emocional actúen como mediadoras de la relación entre la personalidad y el bienestar y calidad de vida de los niños, contribuyendo positivamente en su desarrollo, y por el contrario, las estrategias desadaptativas de regulación emocional actúen como mediadoras, pero limitando el bienestar y calidad de vida de los niños. Por último, analizaremos la influencia de la regulación emocional paterna en este proceso emocional de los niños.

## MÉTODO

### Participantes

Este estudio contó con la participación de tres centros educativos resultando una muestra final de 265 niños que presentaban edades comprendidas entre los 8 y los 12 años, con una media de 9.7 y una desviación típica de 1.22. De los 265 niños, 122 son varones (46.03%) y 143 son mujeres (53.96%). La distribución por cursos escolares fue la siguiente: un 23% pertenecía a 3º de Educación Primaria, un 28% a 4º curso, un 24% a 5º curso y un 23% a 6º curso. Por otro lado, contamos con la colaboración de 265 padres (padre o madre como principal figura de cuidado de los niños), un 13.6% varones (36 sujetos) y un 86.4% mujeres (229 sujetos). La franja de edad de los padres estaba comprendida entre los 28 y los 64 años, con una media de 41.3 y una desviación típica de 4.78. En todos los casos, se obtuvo el correspondiente consentimiento por parte de los padres.

### Instrumentos

Las variables sociodemográficas se obtuvieron a través de un cuestionario ad-hoc y las variables de estudio a través de los instrumentos de evaluación que pasamos a detallar.

## ***Para los padres:***

### *Regulación emocional*

La versión utilizada en este estudio es una adaptación del cuestionario original, elaborada por Domínguez- Sánchez, Lasa- Arístu, Amor y Holgado- Tello (2011). El cuestionario original de adultos denominado Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) ha sido desarrollado por Garnefski y su equipo (Garnefski et al., 2001; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2002). Este cuestionario está orientado a la valoración de las estrategias cognitivas de regulación emocional que utilizan las personas en respuesta a eventos estresantes o negativos en su vida, por tanto, mide los aspectos cognitivos, no los conductuales. Las estrategias de afrontamiento cognitivo que evalúa esta prueba se agrupan en las siguientes subescalas: a) autculpa; b) aceptación; c) rumiación; d) reorientación positiva; e) planificación; f) reevaluación positiva; g) puesta en perspectiva; h) catastrofismo y; i) culpa de otros. Garnefski et al. (2001) y Jermann, Vander Linden, d'Acremont y Zermatten (2006) indican que estas nueve estrategias, a su vez, pueden agruparse en dos categorías. Por un lado las estrategias adaptativas (aceptación, planificación, reorientación positiva, reevaluación positiva y puesta en perspectiva) y estrategias desadaptativas (autculpa, culpa de otros, rumiación y catastrofismo). Este cuestionario puede ser administrado a población clínica y no clínica a partir de 12 años. Consta de 36 ítems y cada una de las dimensiones de esta prueba contiene 4 ítems. Las respuestas se organizan en una escala tipo Likert de 5 alternativas. Los estudios de las diferentes versiones realizadas sobre este cuestionario han reflejado unos índices de fiabilidad y validez adecuados, mostrando en todas sus adaptaciones la misma estructura factorial (Jermann et al., 2006; Zhu et al., 2008). Los resultados de fiabilidad de esta escala encontrados en nuestro estudio para población adulta a través del alpha de Cronbach han sido entre .55 (autculpa) y .86 (reorientación positiva). La escala globalmente, ha obtenido un valor de .84.



## *Para los niños*

### *Regulación emocional*

La versión infantil del CERQ es de los autores Garnefski et al. (2007) y se denomina CERQ- k. En este caso, a diferencia de su versión para adultos, la escala para niños no había sido traducida ni validada al español en el momento de la realización de este estudio, por lo que se procedió a su adaptación para la muestra infantil española. El CERQ-k ha sido adaptado de su versión de adultos (CERQ), y al igual que en este cuestionario, se valoran los diferentes estilos cognitivos de afrontamiento ante eventos estresantes o negativos en la vida. Las edades para las que está destinada la prueba son los 9, 10 y 11 años, aunque tal y como informan los propios autores, podría cumplimentarse desde los 8 años. Se trata de un cuestionario de autoinforme que valora los mismos 9 procesos de afrontamiento que su versión de adultos, también a través de 36 ítems y con 5 alternativas de respuesta. Los estudios psicométricos realizados sobre este cuestionario, han reflejado unos índices de fiabilidad y validez adecuados (Garnefski et al., 2007). Los resultados de fiabilidad de esta escala encontrados en nuestro estudio para población infantil a través del alpha de Cronbach han sido entre .41 (aceptación) y .78 (culpa a otros). La escala globalmente, ha obtenido un valor de .82.

### *Personalidad*

La prueba escogida es el cuestionario “Big Five” (BFQ- NA) de personalidad para niños y adolescentes. El BFQ-NA es un instrumento que representa la adaptación del modelo de los Cinco Grandes de la personalidad para niños y adolescentes. Este instrumento procede del BFQ diseñado para adultos, pero, como indican sus

autores (Barbaranelli, Caprara, Rabasca, & Pastorelli, 2003), no se trata de una mera adaptación a la población infantil, sino de un diseño específico que incorpora peculiaridades evolutivas de los Cinco Factores de Personalidad de la población infantil. Está indicado para edades de entre 8 y 15 años e incluye 65 ítems valorados a través de una escala tipo likert de cinco alternativas. Todos estos elementos están clasificados en 5 dimensiones de personalidad descritas por el modelo de los Cinco Grandes (Barbaranelli, Caprara, & Rabasca, 1998; Barbaranelli et al., 2003): a) conciencia; b) apertura; c) extraversión; d) amabilidad y; e) inestabilidad emocional. Los estudios realizados sobre la versión española de este cuestionario han mostrado unas adecuadas propiedades de fiabilidad y validez (Del Barrio, Carrasco, & Holgado, 2006; Ortiz, Tello, & Del Barrio, 2005). Los resultados de fiabilidad de esta escala encontrados en nuestro estudio a través del alpha de Cronbach han sido: conciencia,  $\alpha = .84$ ; apertura,  $\alpha = .77$ ; extraversión,  $\alpha = .70$ ; amabilidad,  $\alpha = .75$ ; inestabilidad emocional,  $\alpha = .81$ .

#### *Calidad de vida y bienestar*

Para medir la calidad de vida de los niños, se ha empleado el cuestionario KIDSCREEN (Ravens-Sieberer et al., and the European KIDSCREEN Group, 2005). Se trata de una prueba que ha tenido un desarrollo simultáneo en varios países, entre ellos España. Valora la calidad de vida de los niños y adolescentes de entre 8 y 18 años en los aspectos físico, mental y social, y permite identificar a la población infantil-juvenil en riesgo en términos de su salud subjetiva. La versión empleada en este estudio es la más extensa y contiene 52 ítems con 5 opciones de respuesta. Este cuestionario de autoinforme, está organizado en 10 dimensiones: a) bienestar físico; b) bienestar psicológico; c) estado de ánimo; d) autopercepción; e) autonomía; f) relación parental y vida en el hogar; g) recursos económicos; h) apoyo social y de iguales; i) entorno escolar y; j) aceptación social (bullying). La versión en

español de este instrumento presenta una fiabilidad y una validez de constructo aceptables. Una limitación que indican los autores es la falta de comprobación de la fiabilidad test-retest, así como de la validez estructural, convergente y discriminante (Ravens-Sieberer et al., 2005). En el presente estudio encontramos valores alpha de Cronbach de entre .62 (autopercepción) y .89 (relación parental y vida en el hogar). La escala globalmente, ha obtenido un alpha de Cronbach de .86.

## **Procedimiento**

Teniendo en cuenta la población objeto de estudio, se acudió a los centros educativos que impartían enseñanzas de Educación Primaria para solicitar su colaboración en el proyecto. Se mantuvo una entrevista inicial con los orientadores, jefes de estudio y directores donde se explicó la línea de investigación y los pasos a seguir. Posteriormente se informó a las familias sobre el estudio y la confidencialidad, y se les solicitó su consentimiento para participar. También en ese momento, el padre o madre del niño procedió a cumplimentar sus cuestionarios (datos sociodemográficos y CERQ versión adultos).

El cuestionario Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Kids (CERQ- k) tuvo que ser traducido y validado al castellano, ya que no se contaba actualmente con esta versión. La adaptación realizada a la muestra española cumple las directrices de la International Test Commission (Hambleton et al., 2005). Este proceso fue llevado a cabo por dos personas bilingües español- inglés, que establecieron consenso en sus interpretaciones. Posteriormente se realizó un grupo de discusión que analizó la formulación de los ítems traducidos y se reformularon aquellos que resultaron poco adecuados. A continuación se procedió a un estudio piloto con un grupo de 4 niños de edades entre los 8 y los 12 años para comprobar las dificultades de los vocablos y la adecuación de la formulación de cada uno de los elementos del instrumento.

Recogidas las autorizaciones de los padres, se procedió a la aplicación de los cuestionarios a los niños (datos sociodemográficos, CERQ-k, BFQ- Na y KIDSCREEN) en el aula por personal cualificado.

Por último, se llevaron a cabo diferentes estrategias para intentar favorecer la motivación de los centros, de los alumnos, de los padres y de los profesores y agradecer su participación, ofreciéndoles a los profesores un dossier de actividades de inteligencia emocional y un taller formativo, al centro un informe con los resultados generales de sus alumnos, y a las familias un informe con los resultados de cada niño.

### **Análisis de datos**

Los análisis estadísticos realizados en este estudio se han basado en técnicas de estadística descriptiva e inferencial y se han llevado a cabo a través de la versión 17.0 del Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) y la macro Process para SPSS v2.12. Se ha descrito la media y desviación típica para todas las subescalas, y la relación entre las variables sociodemográficas (edad y sexo) y las variables objeto de estudio (personalidad, regulación emocional y calidad de vida) han sido exploradas a través de la prueba t de Student y del coeficiente de correlación de Pearson. Las diferencias fueron consideradas significativas con un nivel de  $p < .05$ . Por otro lado, se han propuesto tres modelos mediacionales en los que las estrategias de regulación emocional se verían implicadas en el cambio de las puntuaciones obtenidas entre la personalidad y la calidad de vida en los niños. En este sentido, se estimaron tanto los efectos directos como los indirectos utilizando la macro Process para SPSS v2.12, para poder contrastar las hipótesis de los modelos. Para establecer conclusiones sobre los niveles de significación se generó un bootstrapping (escogiendo con reemplazamiento submuestras de tamaño igual a la dada en los datos) estimando el efecto indirecto en cada remuestreo. Este proceso se llevó a cabo durante 10,000

muestreos para construir los intervalos de confianza de los efectos indirectos. Diversos autores (Hayes, 2009; MacKinnon, Krull, & Lockwood, 2000; Shrout & Bolger, 2002; Zhao, Lynch, & Chen, 2010) han propuesto valorar los efectos indirectos del proceso de la mediación, ya que no es necesario asumir un efecto directo antes de examinar los efectos indirectos de los mediadores. En este sentido, se plantean tres modelos con la calidad de vida y bienestar en los niños como variable dependiente, la personalidad como variable independiente y las estrategias de regulación emocional en niños como variables mediadoras. La estrategia de regulación emocional del padre incluida en el estudio (catastrofismo) se presenta como covariable controlada en el mediador en uno de los modelos.

## RESULTADOS

### **Análisis descriptivo y preliminar**

#### *Información descriptiva*

La tabla 14 muestra los estadísticos descriptivos de todas las variables evaluadas en niños. En relación a las variables de personalidad, la extraversión fue aquella que presentó una media más elevada y la inestabilidad emocional la media más baja. En cuanto a las variables de regulación emocional, la que obtuvo mayor media fue planificación y por el contrario culpa a otros obtiene la media más baja. Observamos que la media de bienestar total es 4.06, es decir, una puntuación muy elevada ya que el rango de respuesta se sitúa entre 1 y 5 puntos.

Por otro lado, la tabla 15 muestra los estadísticos descriptivos de la regulación emocional de los padres. Destacamos en este caso la media obtenida por los padres en la variable planificación, ya que ha sido la más elevada de todas las estrategias de

regulación emocional, y por el contrario, el catastrofismo es aquella que obtiene menor media en el grupo de los padres.

Tanto en adultos como en niños, la frecuencia de empleo es mayor para las estrategias adaptativas que para las desadaptativas.

#### *Control de variables*

Se observa un efecto significativo del sexo en la muestra infantil para tres de las variables objeto de estudio. Estas variables son la extraversión ( $p = .005$ ) con valores mayores para los niños ( $M= 4.12$ ,  $DT= .52$ ) que para las niñas ( $M= 3.94$ ,  $DT= .53$ ), la puesta en perspectiva ( $p = .007$ ) con índices mayores para los niños ( $M= 13.43$ ,  $DT= 4.12$ ) que para las niñas ( $M= 12.16$ ,  $DT= 3.76$ ) y la culpa a otros ( $p= .001$ ) con valores mayores para los niños ( $M= 8.77$ ,  $DT= 3.91$ ) que para las niñas ( $M= 7.22$ ,  $DT= 3.60$ ).

En relación a la edad, tan solo se encontraron efectos significativos para la variable puesta en perspectiva ( $r^2=.15$ ,  $p = .01$ ) y para la medida general de calidad de vida ( $r^2=.12$ ,  $p = .04$ ).

Por último, se analizaron los posibles efectos significativos en relación al tipo de centro educativo (público o privado) en el que estaban escolarizados los alumnos, no encontrándose resultados significativos para ninguna de las variables de estudio.

#### **Análisis de correlaciones**

La tabla 14 muestra las correlaciones de todas las variables evaluadas en niños y la tabla 15 muestra las correlaciones entre la regulación emocional de los padres y la regulación emocional de los hijos.

La variable de personalidad inestabilidad emocional presenta correlaciones significativas prácticamente con la totalidad de las variables de regulación emocional (a excepción de puesta en perspectiva) y con la medida de calidad de vida general. De las nueve estrategias de regulación emocional valoradas, encontramos que tan solo cuatro de ellas (autoculpa, aceptación, rumiación y culpa a otros) no presentan relación con ninguna de las variables de personalidad, a excepción de la inestabilidad emocional. Como podemos observar, estas cuatro variables son estrategias de regulación emocional desadaptativas (a excepción de la aceptación). Las relaciones de la inestabilidad emocional con dichas estrategias de afrontamiento se establecen de manera positiva. La extraversión y la amabilidad, presentan correlaciones sólo con estrategias adaptativas de regulación emocional, y sin embargo, conciencia y apertura, presentan correlaciones significativas tanto con estrategias adaptativas de regulación emocional (con signo positivo) como con estrategias desadaptativas de regulación emocional (con signo negativo). Todas las variables de personalidad presentan correlaciones significativas con la medida general de bienestar.

En cuanto a las estrategias de regulación emocional de los niños, la rumiación, la reorientación positiva, la planificación, la reevaluación positiva y el catastrofismo se relacionan con la medida general de calidad de vida y bienestar. Asimismo, la reorientación positiva, la planificación y la reevaluación positiva se relacionan con todas las subescalas de personalidad.

Por último, en relación a las estrategias de regulación emocional de los padres, aceptación, planificación y puesta en perspectiva no se relacionan con ninguna de las estrategias de regulación emocional de los niños. Por otro lado, el catastrofismo es aquella que más relaciones presenta con las estrategias de los niños, siendo todas ellas en sentido positivo, tanto con estrategias consideradas adaptativas (reorientación positiva, planificación y puesta en perspectiva en niños) como con estrategias desadaptativas (rumiación y catastrofismo en niños). Por último

destacamos que la autculpa y la rumiación de los padres mantienen ambas relaciones con la rumiación y catastrofismo de los niños.

### **Modelos explicativos**

Se han propuesto tres modelos explicativos: los dos primeros vinculados con procesos adaptativos de salud (M1 y M2) y el tercero con procesos desadaptativos de salud (M3).

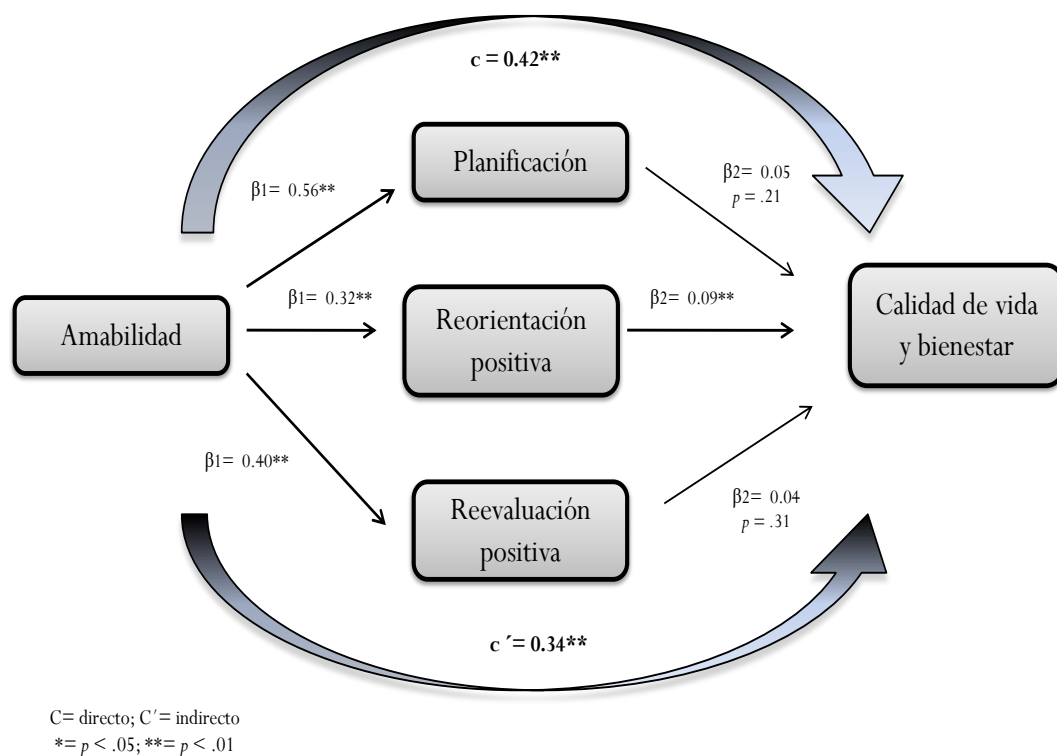
Con respecto al primer modelo M1, tal y como puede observarse en la Figura 2, se han incluido las siguientes variables: amabilidad como variable de personalidad, reorientación positiva, planificación y reevaluación positiva como variables de regulación emocional en niños, y finalmente una medida global de calidad de vida. En relación al modelo M2 (Figura 3) se han incluido las siguientes variables: extraversión como variable de personalidad, reorientación positiva, planificación y reevaluación positiva como variables de regulación emocional en niños, y finalmente una medida global de calidad de vida.

Las variables de personalidad extraversión y amabilidad son aquellas que presentan correlaciones solamente con estrategias adaptativas de regulación emocional, no encontrándose relación alguna con estrategias desadaptativas, ni con signo positivo ni con negativo. Sin embargo las variables de personalidad conciencia y apertura, presentan correlaciones con estrategias adaptativas, pero también con desadaptativas, concretamente con el catastrofismo. Por tanto, en los modelos adaptativos de salud que planteamos, con el objetivo de delimitar claramente nuestra propuesta, hemos incluido aquellas variables de personalidad que están orientadas a procesos que fomentan la calidad de vida y bienestar, es decir, la extraversión y la amabilidad, y no hemos incluido aquellas variables que pueden prevenir procesos patológicos, es decir, conciencia y apertura.



Tanto en el M1 como en el M2, de las 5 subescalas del cuestionario de regulación emocional para niños (CERQ- k) consideradas adaptativas por los autores originales (Garnefski et al., 2007), no hemos incluido aceptación y puesta en perspectiva, ya que no presentan correlación significativa con la medida general de calidad de vida. No se han incluido tampoco estrategias adaptativas de regulación emocional en los padres, ya que no correlacionan significativamente con ninguna de las estrategias de los niños.

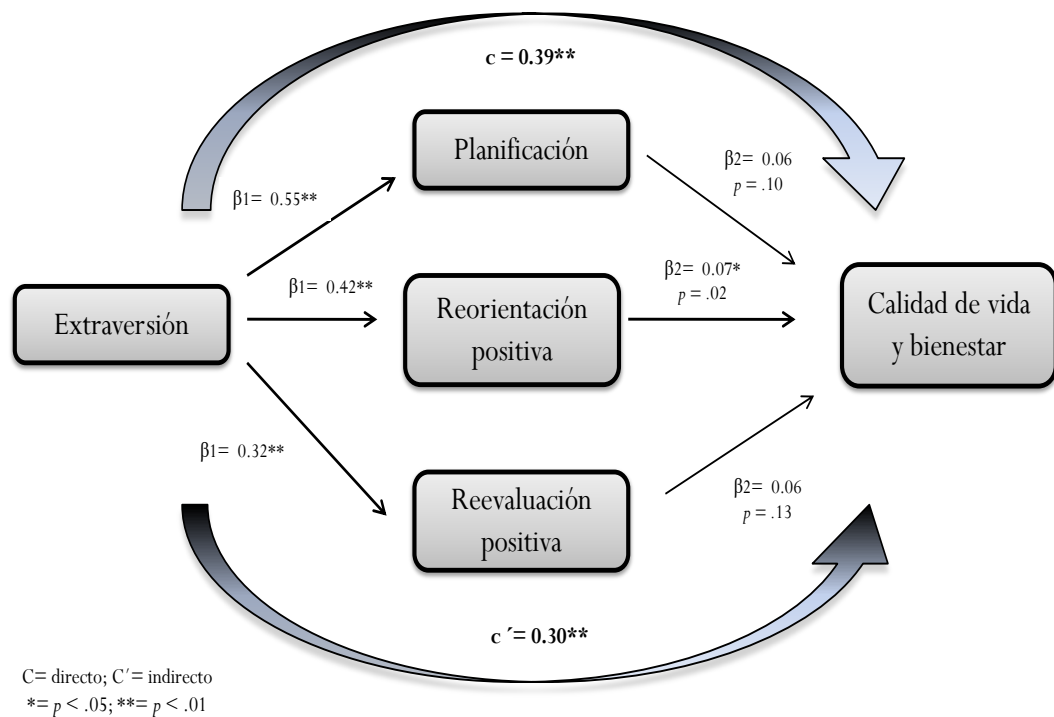
Figura 2. Modelo adaptativo de regulación emocional y amabilidad en niños (M1)



Con respecto al modelo M1, los efectos indirectos al primer mediador son todos significativos y son aquellos que parten de la variable de personalidad amabilidad

hacia las estrategias de regulación emocional en niños: planificación ( $\beta_1 = .5602; p = .0001$ ); reorientación positiva ( $\beta_1 = .3248; p = .0016$  y; reevaluación positiva ( $\beta_1 = .4070; p = .0001$ ). La regresión de las estrategias de regulación emocional sobre la calidad de vida en niños aporta los siguientes coeficientes: planificación ( $\beta_2 = .0528; p = .2029$ ); reorientación positiva ( $\beta_2 = .0909; p = .0076$  y; reevaluación positiva ( $\beta_2 = .0407; p = .3144$ ), siendo significativa solamente la relación entre reorientación positiva y calidad de vida. Observamos una mediación parcial del efecto directo:  $c = .4210 p = .0001$ ;  $c' = .3454 p = .0001$ .

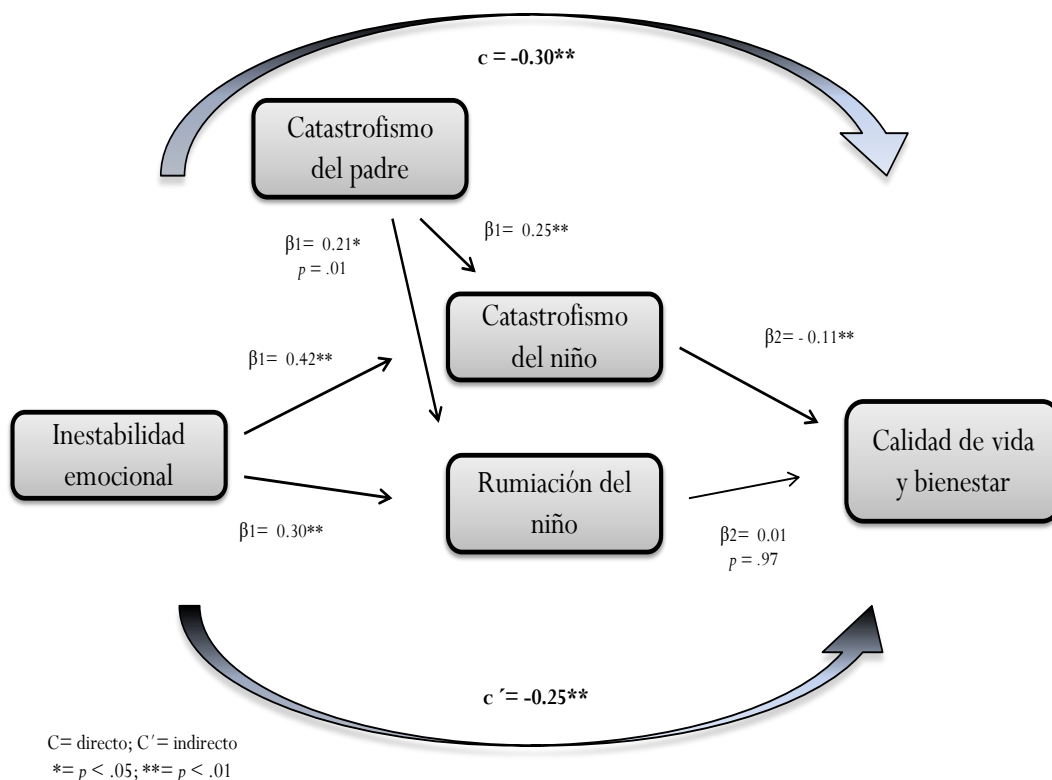
Figura 3. Modelo adaptativo de regulación emocional y extraversión en niños (M2)



Si analizamos la Figura 3 (modelo M2), observamos que presenta un patrón similar al modelo M1. Los efectos indirectos al primer mediador son todos significativos y son aquellos que parten de la variable de personalidad extraversión hacia las estrategias de regulación emocional en niños: planificación ( $\beta_1 = .5556$ ;  $p = .0001$ ); reorientación positiva ( $\beta_1 = .4215$ ;  $p = .0002$  y; reevaluación positiva ( $\beta_1 = .3252$ ;  $p = .0014$ ). Los coeficientes de regresión de las estrategias de regulación emocional hacia la calidad de vida en niños son los siguientes: planificación ( $\beta_2 = .0685$ ;  $p = .1059$ ); reorientación positiva ( $\beta_2 = .0778$ ;  $p = .0262$  y; reevaluación positiva ( $\beta_2 = .0626$ ;  $p = .1308$ ), siendo significativa solamente la relación entre reorientación positiva y calidad de vida. Observamos una mediación parcial del efecto directo:  $c = .3950$   $p = .0001$ ;  $c' = .3038$   $p = .0001$ .

Por último, con respecto al modelo M3, hemos incluido aquellas variables que a través de los análisis previos han mostrado formar parte de un proceso emocional desadaptativo con respecto a la salud en niños. Las variables incluidas en dicho modelo están reflejadas en la Figura 4. Éstas son la inestabilidad emocional como medida de personalidad, el catastrofismo (tanto en niños como en adultos) y la rumiación (sólo en niños) como estrategias de regulación emocional, y por último, una medida general de calidad de vida. De las 4 subescalas del cuestionario de regulación emocional para niños (CERQ- k) consideradas desadaptativas por los autores originales (Garnefski et al., 2007), no hemos incluido la autculpa por no presentar correlación significativa con la medida general de calidad de vida, ni la culpa a otros, por presentar una correlación significativa, pero débil con la medida de calidad de vida. Tampoco hemos incluido las subescalas rumiación, autculpa y culpa a otros en adultos ya que o bien no presentan correlaciones con las estrategias de regulación emocional de los niños o bien, sí presentan correlaciones, pero no son variables predictoras de las estrategias de los niños.

Figura 4. Modelo desadaptativo de regulación emocional en niños (M3)



Con respecto al modelo M3, los efectos indirectos al primer mediador son todos significativos y son aquellos que parten de la variable de personalidad inestabilidad emocional hacia las estrategias de regulación emocional en niños: catastrofismo niño ( $\beta_1 = .4222$ ;  $p = .0001$ ) y rumiación niño ( $\beta_1 = .3090$ ;  $p = .0001$ ). La regresión de las estrategias de regulación emocional de los niños hacia la calidad de vida en niños aporta los siguientes coeficientes: catastrofismo ( $\beta_2 = -.1165$ ;  $p = .0014$ ) y; rumiación ( $\beta_2 = .0013$ ;  $p = .9715$ ), siendo significativa solamente la relación entre catastrofismo del niño y calidad de vida. Además, observamos que los índices de regresión del catastrofismo del padre sobre las variables de regulación emocional del niño son: catastrofismo niño ( $\beta_1 = .2503$ ;  $p = .0057$ ) y; rumiación niño ( $\beta_1 = .2103$ ;  $p = .0158$ ). Observamos una mediación parcial del efecto directo:  $c = -$

.3085,  $p = .0001$ ;  $c' = -.2539, p = .0001$ . En dicha mediación, debemos considerar que el catastrofismo del padre se introduce como covariable controlada en el mediador.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio ha sido conocer por un lado, la relación entre las estrategias de regulación emocional de los niños, su personalidad y su calidad de vida, y por otro, determinar si la regulación emocional de los padres influye en dicho proceso. Para ello nuestra propuesta incluye analizar los datos descriptivos sobre las variables de estudio, y además, diseñar y validar tres modelos, los cuales intentan aportar luz sobre el proceso emocional en población infantil.

En relación a las estrategias de regulación emocional, la frecuencia de empleo por parte de los niños, en nuestro estudio, es mayor para las adaptativas que para las desadaptativas. Estos resultados están en la misma línea que los encontrados por Garnefski et al. (2001) tanto para muestra infantil como para adolescentes y adultos. En relación a la edad y el género, hemos encontrado hallazgos en población adolescente que indican que, en general, éstos utilizan estrategias cognitivas más adaptativas, pero que hay diferencias de edad y de género, en el sentido de que los estudiantes más jóvenes y mujeres informaron estrategias cognitivas más adaptativas (Luo, Wang, Zhang, & Shen, 2010). Los resultados de nuestro estudio no plantean datos concluyentes en este sentido. Por otro lado, no hemos hallado ninguna diferencia significativa respecto a la titularidad del centro educativo, mostrándose resultados homogéneos en los colegios públicos y en los privados.

La estrategia de regulación emocional aceptación es considerada adaptativa (Garnefski et al., 2007), pero en nuestro estudio se observa que presenta correlaciones significativas positivas con las estrategias de autoculpa, rumiación,

catastrofismo y culpa a otros. Todas ellas están consideradas como estrategias desadaptativas. Este hecho también se ve reflejado en los estudios con niños realizados por Garnefski et al. (2007), y en las muestras de adultos (Abdi, Taban, & Ghaemian, 2012; Domínguez-Sánchez et al., 2011; Perte & Miclea, 2011; Zhu et al., 2008), que también encuentran unos resultados similares. Este hecho, podría ser explicado porque los ítems de esta variable incluyen pensamientos de aceptación y resignación mezclados en este factor. Tal vez por ello, igualmente, este factor tiene índices de fiabilidad bajos.

En relación a las estrategias de regulación emocional y la personalidad, éstas presentan múltiples interacciones que ponen de manifiesto la estrecha vinculación entre estos dos ámbitos de estudio en la infancia. Más concretamente, la reorientación positiva, la planificación y la reevaluación positiva correlacionan con todas las variables de personalidad de manera positiva, excepto con inestabilidad emocional, que como cabría esperar, correlaciona con el signo contrario. Esta relación entre estrategias de afrontamiento y personalidad está muy establecida en adultos (Kato & Pedersen, 2005), pero todavía hay mucha escasez de estudios en población infantil. En población adulta, Rusting y Larsen (1998) indican que, concretamente, los rasgos de extraversión y el neuroticismo (inestabilidad emocional en niños) podrían estar modulando la susceptibilidad a experimentar diferentes emociones. La mayor parte de la investigación sobre afrontamiento y personalidad se centra también en estos dos factores (Hewitt & Flett, 1996; Lee et al., 2005). Efectivamente, en el presente trabajo también encontramos estas relaciones, pero no hemos encontrado estudios que analicen esta relación con el factor amabilidad incluido en nuestro estudio. La inestabilidad emocional es aquella variable en niños que mayor número de conexiones presenta con las variables de regulación emocional, pero en segundo lugar, no es la extraversión, sino la variable conciencia, la que establece correlaciones en mayor medida con las variables emocionales. Este hecho puede ser debido a que la valoración de conciencia tiene un

componente importante en el que se mide el nivel de autorregulación (Del Barrio et al., 2006). Desde este punto de vista, y teniendo en cuenta que la valoración de las dimensiones emocionales se enfocan hacia la regulación emocional, podría tener sentido que la variable conciencia, y no la extraversión, estuviera presente en mayor medida junto a la inestabilidad emocional, en su relación con la regulación emocional.

En el caso del neuroticismo, éste ha permitido predecir la respuesta emocional ante problemas cotidianos, e incluso, algunos datos apuntan a que las reacciones negativas duran más tiempo en estos sujetos (Hemenover, 2003; Suls, Green, & Hills, 1998). En particular, el neuroticismo se ha mostrado en varios estudios como precursor de las respuestas rumiativas (Nolan, Roberts, & Gotlib, 1998; Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998).

Por otro lado, los resultados encontrados en nuestro estudio corroboran la línea general de los estudios sobre emociones y bienestar en población infantil (Houben et al., 2015; Singh & Mishra, 2011). Como era de esperar, las estrategias desadaptativas de rumiación y catastrofismo correlacionan con un menor bienestar general y con peor calidad de vida. Los estudios con adolescentes han permitido a Garnefski y su equipo (Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2002) aportar datos sobre la existencia de la relación entre la regulación cognitiva de las emociones y la patología física y psicológica (Garnefski et al., 2005; Garnefski, Koopman, Kraaij, & ten Cate, 2009), pero a través de la revisión de la literatura, no hemos encontrado estudios en los que se analicen estos componentes emocionales en población infantil desde un modelo de salud.

Al explorar población clínica, los estudios que han analizado las estrategias cognitivas de afrontamiento y algunos procesos psicopatológicos en niños, adolescentes y adultos, muestran la relación entre la psicopatología y el empleo de estrategias menos adaptativas como la rumiación, el catastrofismo o la autocolpa

(Garnefski & Kraaij, 2007; Garnefski et al., 2001; Nolen-Hoeksema & Kartub, 2000). De manera inversa, estos estudios también han establecido que las estrategias de reevaluación positiva y reorientación positiva se relacionaron negativamente con medidas de psicopatología (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Garnefski & Kraaij, 2007; Garnefski et al., 2001). A pesar de que hay un amplio consenso acerca de la relación entre la regulación cognitiva de las emociones y la salud mental de los niños, no se conoce exactamente cómo los pensamientos regulan las emociones y cómo esto puede afectar al curso de su desarrollo emocional. Tal y como se observa en los estudios de Garnefski et al. (2007), un porcentaje considerable de la varianza en la sintomatología de depresión y miedos de los niños podría ser explicado por el uso de determinadas estrategias cognitivas de regulación emocional.

Estudios previos han demostrado que la rumiación y la autculpa predicen en mayor medida puntuaciones altas de depresión (Garnefski et al., 2001, 2002; Jermann et al., 2006; Tuna & Bozo, 2012). Por otro lado, estos mismos autores también identificaron la reevaluación positiva y el catastrofismo como predictores relacionados con las puntuaciones de depresión. El hallazgo de las relaciones positivas encontradas en nuestro estudio entre reorientación positiva, planificación y reevaluación positiva, con la calidad de vida hace resaltar el diferente papel predictivo de la regulación emocional en las variables de enfermedad y salud. Esto indica que el uso de estrategias como la rumiación o el catastrofismo hacen a las personas más vulnerables a desarrollar sintomatología psicopatológica en respuesta a eventos negativos, en mayor medida que otras personas. Los resultados también indican que las personas pueden tolerar con mayor facilidad o dominar las experiencias negativas de la vida empleando otro tipo de estilo cognitivo más adaptativo.

Al analizar en conjunto la personalidad, la regulación emocional y la calidad de vida encontramos estudios como el de Fogle, Huebner y Laughlin (2002), que analizan las interrelaciones entre el temperamento, la competencia social y la satisfacción



vital en niños y adolescentes de entre 10 y 15 años. En este caso, los resultados presentan a la extraversión y el neuroticismo como las principales variables de personalidad relacionadas con la satisfacción vital, y además, comprobaron que la competencia social mediaba la relación entre extraversión y satisfacción vital. En este sentido, los datos obtenidos en nuestros modelos M1 y M2 muestran como tanto la extraversión como la amabilidad presentan patrones muy similares con respecto a las estrategias de regulación emocional de los niños y su bienestar. En ambos casos, la relación entre estos rasgos de personalidad y la calidad de vida y bienestar, ha sido mediada parcialmente por estrategias cognitivas de regulación emocional adaptativas.

Algunos trabajos realizados con niños y adolescentes también han mostrado que la extraversión se relaciona con estrategias cognitivas de regulación emocional y éstas a su vez con índices de depresión (Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2003; Garnefski et al., 2007; Gullone & Taffe, 2011; Legerstee et al., 2010). Nuestro trabajo corrobora esta relación con aspectos de calidad de vida y bienestar, pero desde un enfoque adaptativo de salud en la infancia.

Otros estudios analizan también la función del neuroticismo como predictor de calidad de vida y bienestar. Los estudios de Huebner (1991) analizaron la satisfacción global con la vida y la personalidad en niños de 10 a 12 años y comprobaron que los niños que percibían mayores niveles de satisfacción vital también informaban mayores puntuaciones en extraversión, y menores puntuaciones en ansiedad y neuroticismo. Tampoco encontramos aquí datos relevantes sobre la influencia de la amabilidad como variable de personalidad.

En relación a nuestro modelo M3, observamos cómo la relación entre la inestabilidad emocional y la calidad de vida en los niños ha sido mediada parcialmente por el catastrofismo del niño y la rumiación del niño. En este sentido, se han realizado varios estudios que analizan las relaciones entre neuroticismo y

depresión. Kendler, Gardner y Prescott (2002, 2006) mostraron que las diferencias individuales en neuroticismo mantenían una estrecha relación con la calidad de las interacciones personales y la exposición a situaciones de vida estresantes. Otros autores, hallaron que el apoyo social mediaba parcialmente la relación entre el neuroticismo y la depresión (Finch & Graziano, 2001; Kendler, Gardner, & Prescott, 2002, 2006). Yoon, Maltby y Joormann (2013) encontraron que la rumiación, junto a otras estrategias desadaptativas de regulación emocional, mediaba la relación del neuroticismo con la depresión. Finalmente, un estudio reciente (Andrés, Richaud de Minzi, Castañeiras, Canet- Juric, & Rodríguez Carvajal, 2016) revela como en los niños de 9 a 12 años, las estrategias cognitivas de regulación emocional desadaptativas median la relación entre el neuroticismo y la depresión, mientras que las estrategias adaptativas se relacionan negativamente con la depresión, pero no muestran un efecto mediador de esta relación.

En nuestro estudio además, se muestra como el catastrofismo del padre ejerce influencia en las dos variables de regulación emocional del niño, la rumiación y el catastrofismo. Los estudios previos al respecto inciden en que las competencias de regulación emocional son fuertemente influenciadas por la calidad de las interacciones sociales de los niños con sus padres y cuidadores y continúan desarrollándose incluso hasta la vejez (Carstensen, Fung, & Charles, 2003; Terraciano, Costa, & McCrae, 2005). Concretamente, el catastrofismo de los padres que perciben los hijos podría estar influyendo en cómo los hijos deciden aplicar determinadas estrategias adaptativas en la regulación de las emociones. La rumiación del padre fue incluida en un primer momento al modelo como covariable en las mediadoras (rumiación y catastrofismo del niño), pero al no obtenerse relaciones significativas con las variables de regulación emocional de los niños, finalmente fue excluida con el objetivo de plantear un modelo más definido.

Por último, se hace necesario destacar en relación a las estrategias de regulación emocional entre padres e hijos, que en nuestro estudio se ha encontrado que las

estrategias de regulación emocional desadaptativas sí se relacionan con estrategias desadaptativas de los niños, pero no ocurre lo mismo con las estrategias adaptativas. Resultados similares se han encontrado en el estudio de Bariola, Hughes y Gullone (2012) donde se analizaron las relaciones entre las estrategias de regulación emocional de los padres y las de los hijos de 9 a 19 años. Se encontró que la supresión emocional de los padres fue predictiva de la supresión emocional de los hijos y sin embargo la reevaluación cognitiva de los padres no predijo la de sus hijos. Asimismo, el estudio de Laurent (2014) analiza el origen de la regulación o desregulación emocional dentro de la familia, e indica que la desregulación emocional de los padres puede determinar la forma de afrontamiento del estrés por parte de los hijos a través de aspectos heredados, pero también a través de aspectos ambientales y por tanto, menoscaba la regulación emocional de los hijos. Estos resultados alertan sobre la influencia en el modelado por parte de los padres en procesos emocionales desadaptativos, no presentándose dicho modelado en procesos más adaptativos.

Debemos considerar varias limitaciones encontradas en este estudio. Dado que el trabajo ha sido transversal, no podemos hacer inferencias acerca de la causalidad. Con el fin de determinar si las estrategias de regulación cognitiva de las emociones influyen en el bienestar y calidad de vida de los niños, o si los rasgos de personalidad preceden a los indicadores de bienestar, se necesitan estudios longitudinales. Por otro lado, las variables se analizaron en base a evaluaciones de autoinforme, lo que puede haber causado un cierto sesgo. Sería recomendable que los futuros investigadores utilizaran otras medidas como entrevistas estructuradas, valoraciones de compañeros o familiares y evaluaciones conductuales directas. En relación a los aspectos metodológicos, en el caso de los niños existen limitaciones para estudiar estos fenómenos, como una menor capacidad de expresión o aspectos de la personalidad que aún no están totalmente definidos (Eisenberg, Damon, & Lerner, 2006), por lo que sus respuestas pueden estar influidas por las reacciones de los

adultos, así como por la constante evolución de los procesos de desarrollo. Otra de las limitaciones que encontramos se refiere a la muestra no clínica de niños españoles, ya que puede no ser representativa de los niños dentro de una sociedad, lo que afecta a la generalización de nuestros resultados. Como aportación a estudios futuros, consideramos interesante el estudio pormenorizado de la relación entre las estrategias desadaptativas de los padres (en particular el catastrofismo) y las estrategias adaptativas de los hijos.

Lo anteriormente expuesto permite entender que la calidad de vida en los niños se puede explicar por el efecto de las variables de personalidad, concretamente de la extraversión, la amabilidad (ambas en sentido positivo) y la inestabilidad emocional (en sentido negativo), y que esta relación se produce a través de estrategias de regulación emocional que mediarían dicha relación. Concretamente, la planificación, la reorientación positiva y la reevaluación positiva mediarían un proceso adaptativo de salud y el catastrofismo y la rumiación mediarían el proceso desadaptativo de salud. Además, un dato relevante que añade este estudio es la influencia significativa del catastrofismo del padre en el proceso desadaptativo de salud sobre las variables mediadoras de los niños (rumiación y catastrofismo).

Por tanto, los estudios indican que la relación entre diferentes estrategias cognitivas de regulación emocional y consecuencias psicológicas es un área importante de investigación de cara a la posible intervención en el ámbito clínico y sobre todo, de cara a la prevención. Así, la adquisición de estas destrezas puede ayudar a ofrecer una respuesta a las demandas actuales de la sociedad que requieren que los niños posean habilidades adicionales que les permitan llevar una vida adulta de manera exitosa. Es cada vez más evidente que el éxito general y el bienestar en la etapa adulta puede ser una consecuencia del aprendizaje temprano en la utilización de estas habilidades sociales y emocionales para afrontar de manera productiva los cambios vitales, ya que reducen el riesgo de padecer problemas de salud mental

(Humphrey, Curran, Morris, Farrell, & Woods, 2007) y mejoran el bienestar psicológico (Bisquerra, 2008; Fernández-Berrocal & Ruiz, 2008).

Tal y como indican Gross y John (2003), uno de los objetivos principales de la regulación emocional es disminuir el impacto emocional negativo de los eventos adversos. Por tanto, es esperable que la adquisición y empleo efectivo de estrategias adaptativas pueda ayudar a reducir las experiencias emocionales asociadas a la ansiedad y la depresión, así como promover mayor calidad de vida y bienestar. La regulación emocional juega un papel imprescindible en la vida de los niños y de los adultos (Koole, McCullough, Kuhl, & Roelofsma, 2010), y además sabemos que tenemos la oportunidad de mejorar estas habilidades a través de su entrenamiento (Baumeister, et al., 2006; MacLeod, Koster, & Fox, 2009). Entrenar para mejorar las habilidades de regulación emocional en población infantil, puede aumentar la presencia de emociones positivas y la calidad de vida y bienestar en los niños. Además, la adquisición de estas habilidades a su vez conlleva beneficios para la resolución adaptativa de problemas interpersonales (Greco & Ison, 2011), para la mejor tolerancia al fracaso y el manejo de conductas disruptivas en el contexto escolar (Oros, Manucci, & Richaud de Minzi, 2011) o para promover una mayor salud mental infantil (Greco, 2010).

Tabla 14. Media, desviación típica (DT) y coeficientes de correlación de Pearson para cada una de las variables evaluadas en niños

	Media (DT)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Conciencia	3.76 (0.56)	.79**	.56**	.69**	-.17**	.06	-.02	-.04	.20**	.32**	.29**	.08	-.16**	-.08	.48**
2. Apertura	3.71 (0.67)	-	.44**	.52**	-.22**	.01	-.05	-.09	.15*	.27**	.25**	.11	-.14*	-.04	.44**
3. Extraversión	4.03 (0.53)		-	.57**	.01	.07	-.01	.01	.22**	.33**	.19**	.13*	-.02	.04	.38**
4. Amabilidad	3.78 (0.58)			-	-.14*	.05	-.01	-.02	.19**	.36**	.26**	.13*	-.07	-.08	.44**
5. Inestabilidad emocional	2.34 (0.74)				-	.23**	.17**	.28**	-.17**	-.14*	-.23**	.05	.36**	.22**	-.42**
6. Autoculpa	9.10 (3.57)					-	.20**	.37**	-.04	.19**	.01	.15*	.36**	-.14*	-.07
7. Aceptación	11.37 (3.22)						-	.25**	.09	.02	.01	.13*	.21**	.13*	-.09
8. Rumiación	12.32 (3.72)							-	.07	.23**	.10	.21**	.48**	.17**	-.19**
9. Reorientación positiva	13.35 (3.98)								-	.39**	.45**	.29**	-.04	.10	.30**
10. Planificación	13.98 (3.56)									-	.53**	.40**	.01	.01	.32**
11. Reevaluación positiva	12.39 (3.63)										-	.40**	-.10	.03	.28**
12. Puesta en perspectiva	12.74 (3.90)											-	.09	.10	.09
13. Catastrofismo	9.79 (3.96)												-	.19**	-.32**
14. Culpa a otros	7.92 (3.71)													-	-.12
15. Bienestar general	4.06 (0.55)														-

\*p<0.05; \*\*p<0.01

Tabla 15. Media, desviación típica (DT) y coeficientes de correlación de Pearson de regulación emocional de niños y padres

	Media (DT)	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. Autoculpa niño	9.10 (3.57)	.20**	.37**	-.04	.19**	-.01	.15*	.36**	-.14*	.09	-.03	.10	-.01	.01	-.02	.04	.09	.16**	
2. Aceptación niño	11.37 (3.22)	-	.25**	.09	.02	.01	.13*	.21**	.13*	.04	.06	.12*	-.04	-.06	-.08	.01	.05	.04	
3. Rumiación niño	12.32 (3.72)		-	.07	.23**	.10	.21**	.48**	.17**	.18**	.05	.18**	-.03	.01	-.04	.06	.21**	.13*	
4. Reorientación positiva niño	13.35 (3.98)			-	.39**	.45**	.29**	-.04	.10	.07	-.01	.05	.02	.03	-.03	.01	.14*	-.04	
5. Planificación niño	13.98 (3.56)					.53**	.40**	.01	.01	.06	.06	.08	.11	-.06	.01	.05	.13*	.17**	
6. Reevaluación positiva niño	12.39 (3.63)						-.40**	-.10	.03	.05	.07	.11	.09	-.08	.01	.04	.08	.01	
7. Puesta en perspectiva niño	12.74 (3.90)							-	.09	.10	.05	.09	.07	.11	.05	.07	.13	.13*	.02
8. Catastrofismo niño	9.79 (3.96)								-.19**	.15*	-.02	.15**	-.05	-.01	-.09	.01	.24**	.09	
9. Culpa a otros niño	7.92 (3.71)									-	.08	.05	.06	-.16**	.01	-.12*	-.07	.10	-.06
10. Autoculpa padre	10.08 (2.56)										-	.13*	.46**	-.12*	.18**	.10	.04	.24**	.10
11. Aceptación padre	13.20 (3.28)											-	.28**	.17**	.21**	.26**	.24**	.17**	.07
12. Rumiación padre	12.04 (3.64)												-	-.05	.12*	.02	.05	.37**	.26**
13. Reorientación positiva padre	10.92 (4.20)													-	.31**	.50**	.42**	-.12*	.05
14. Planificación padre	15.88 (3.32)														-	.58**	.39**	-.09	.06
15. Reevaluación positiva padre	14.88 (4.04)															-	.51**	-.20**	-.05
16. Puesta en perspectiva padre	13.56 (3.92)																-	.01	-.00
17. Catastrofismo padre	6.96 (2.64)																	-	.27**
18. Culpa a otros padre	7.20 (2.39)																		-

\*p<0.05; \*\*p<0.01





## V. Discusión y conclusiones



## 7. DISCUSIÓN

Una vez presentados los cuatro estudios que componen esta tesis doctoral, procederemos a continuación a analizar y reflexionar sobre los hallazgos más importantes encontrados en los mismos para obtener una visión de conjunto. Para ello, compararemos nuestros resultados con la revisión de la literatura y estudios previos al respecto, para proceder con posterioridad a la verificación o falsación de las hipótesis planteadas en función de nuestros objetivos. De esta manera, podremos obtener las conclusiones más relevantes de esta tesis y así contribuir con nuestra investigación al campo de estudio de la regulación emocional y alexitimia en la infancia.

La discusión incluye los aspectos reflejados en los objetivos de cada uno de los estudios expuestos. Así, destacamos, en general, que los elementos fundamentales de discusión recogen las dos validaciones en población infantil de los cuestionarios de regulación emocional y alexitimia respectivamente, las relaciones entre la regulación emocional, personalidad, bienestar y calidad de vida de los niños, las relaciones entre alexitimia, bienestar y calidad de vida en niños y por último la vinculación entre padres e hijos con respecto a la regulación emocional y la alexitimia.

La validación que presentamos de la versión original de 36 ítems del “Cognitive Emotion Regulation Questionnaire” (CERQ-k) para niños ha sido, bajo nuestro conocimiento, la primera realizada en muestra española. Los resultados encontrados indican que es una medida con una adecuada fiabilidad y validez para la regulación emocional a través de estrategias cognitivas de afrontamiento.

El análisis factorial de la muestra española del CERQ- k revela un modelo de ocho factores, en vez de nueve como en la versión infantil original de Garnefski et al.

(2007), ya que dos de ellos se superponen en uno solo: reevaluación positiva y planificación. Esta estructura también obtuvo índices de fiabilidad adecuados en el análisis confirmatorio. Nuestros resultados no son distintos a los hallados por Garnefski y su equipo, ya que en muestras de niños, adolescentes y adultos (Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2002; Garnefski & Kraaij, 2007), también identificaron estas dos estrategias en conjunto, como una única estrategia de regulación emocional (Garnefski et al., 2002).

En cuanto a la fiabilidad de las subescalas, los bajos índices de consistencia interna de las estrategias de puesta en perspectiva, rumiación y aceptación, sobre todo de ésta última, también han sido similares en los estudios con niños realizados por Garnefski et al. (2007), y en las muestras de adultos (Abdi et al., 2012; Domínguez-Sánchez et al., 2011; Perte & Miclea, 2011; Zhu et al., 2008). De hecho, en nuestro estudio, la aceptación no predice el bienestar y la calidad de vida y mantiene una correlación positiva (de baja a moderada), tanto con estrategias menos adaptativas como con estrategias adaptativas y con auto-eficacia. Una posible explicación a este respecto puede plantearse en el hecho de que la estrategia de aceptación contiene ítems relacionados con los pensamientos de aceptación y resignación, que se mezclarían dentro de este factor. Nuestros datos son consistentes con el carácter contradictorio que esta estrategia ha demostrado en estudios anteriores (por ejemplo Kraaij, Garnefski, & Vlietstra, 2008; Kraaij, Pruyboom, & Garnefski, 2002; Martin & Dahlen, 2005).

En cuanto a la validez de criterio, se procedió a aplicar una medida de la calidad de vida en lugar de una medición más desadaptativa y los resultados han sido satisfactorios. Los estudios previos encontrados están centrados en la valoración de la psicopatología como medida de validez de criterio, sobre todo con la depresión (Garnefski et al., 2001, 2002; Jermann et al., 2006; Tuna & Bozo, 2012). En cuanto a la validez de constructo (valorada a través de medidas de autoeficacia general), merece destacarse como mejora a los estudios precedentes, que el estudio

original de Garnefski et al. (2007) en niños, plantea como una limitación que los datos no dieron la oportunidad de estudiar esta validez de constructo. En línea con nuestras expectativas, las estrategias adaptativas de regulación emocional presentan relaciones positivas con la autoeficacia general. La autoeficacia solo tiene correlación significativa en el sentido esperado con las estrategias que implican un ajuste y una visión positiva de la situación, una característica estrechamente relacionada con el concepto de autoeficacia.

Por tanto, según estos hallazgos, podemos considerar que la versión española del CERQ-k facilitará la investigación sobre estrategias de afrontamiento cognitivo en los niños españoles, que a nuestro entender no se ha estudiado en esta población específica con la profundidad necesaria. La versión española de 33 ítems confiere al cuestionario un gran valor para el estudio de los procesos de regulación emocional a través de estrategias cognitivas de afrontamiento, así como para la investigación sobre la funcionalidad adaptativa (desde el punto de vista del bienestar y calidad de vida) o patológica ante eventos estresantes en situaciones de la vida diaria. Los hallazgos de este estudio pueden ser utilizados para desarrollar intervenciones efectivas que se centren en el uso de estrategias de afrontamiento cognitivo más adaptativas, sobre todo de cara a la prevención y promoción de la salud en población infantil.

En cuanto a la validación del cuestionario Alexithymia Questionnaire for Children (AQC), denominado TAS- 20 para niños, debemos destacar que los estudios realizados en muestras de niños son mucho más escasos que los realizados con muestra de adultos (Grabe et al., 2004; Taylor & Bagby, 2004).

A través de los datos encontrados en este estudio y de acuerdo a la literatura revisada, se proponen dos modelos para la validación española del instrumento en niños. El primero de ellos (M1) de tres factores, toma como referente los resultados de la primera adaptación del cuestionario para niños, hallados por Rieffe et al.

(2006) y Loa et al. (2010), y el segundo de ellos (M2) de cuatro factores, basado en los resultados encontrados por Di Trani et al. (2009).

La primera adaptación del cuestionario TAS-20 para niños (Alexithymia Questionnaire for Children AQC; Rieffe et al., 2006) identificó una estructura de tres factores de alexitimia: dificultad en la identificación de emociones (DIF), dificultad en la expresión emocional (DDF) y pensamiento concreto (EOT). Al igual que ocurre en la muestra de adultos, los factores DIF y DDF muestran buenas propiedades psicométricas, pero sin embargo, el factor EOT parece ser más débil.

De acuerdo con los resultados encontrados en nuestra validación para niños en muestra española, se pueden identificar las características propias de la alexitimia, aunque con algunas limitaciones. El modelo de tres factores (M1) ha mostrado varias diferencias con respecto al encontrado en el estudio original de Rieffe et al. (2006) y respecto a la validación francesa (Loas et al., 2010), ya que los dos primeros factores de la versión original se muestran como un solo factor en nuestro estudio al que denominamos “dificultad para identificar y expresar emociones”. No obstante, este resultado conjunto también fue encontrado por Rieffe et al. (2010). Por otro lado, algunos estudios corroboran que los primeros dos factores de este cuestionario (DIF y DDF) muestran una correlación relativamente alta entre ellos (Kooiman et al., 2002). Estos autores también señalaron que esta medida de alexitimia como un único factor tiene una buena validez en relación con los estados de ánimo y los síntomas emocionales (Rieffe et al., 2010). En nuestro caso, la carga factorial de los ítems de este factor único fue adecuada. Concluimos con estos hallazgos que la correlación significativa encontrada entre los dos factores (DIF y DDF) se explica, sobre todo en los niños, por la estrecha relación entre la identificación y la comunicación emocional. Por último, el tercer factor (EOT) encontrado en el modelo de Rieffe et al. (2006) se presenta en nuestro caso como dos factores, pero en ambos casos, la fiabilidad y la validez fueron bajas.

En relación al modelo M2, nuestros resultados son similares a los resultados de Di Trani et al. (2009) quienes encontraron una solución de cuatro factores: dificultad para identificar emociones (DIF), dificultad para expresar emociones (DDF), sensaciones físicas (CPS) y pensamiento concreto (EOT). La solución factorial de Di Trani et al. (2009) en relación al factor de pensamiento concreto era la misma que encontramos en nuestro estudio exploratorio, aunque el factor sensaciones físicas fue algo diferente en nuestra solución. Así, mientras que en el caso de Di Trani et al. (2009) se refiere a la confusión sobre los signos fisiológicos emocionales, en nuestro caso se refiere a una actitud positiva centrándose en la emoción. En nuestro análisis exploratorio, por tanto, aparece el factor llamado actitud emocional positiva (PEA) que no apareció en validaciones previas. A juzgar por los datos de validez concurrente (relaciones positivas con las variables de bienestar y calidad de vida), este factor podría alejarse del concepto de alexitimia.

Debemos indicar que varios factores en el M1 y especialmente en el M2 presentaban una baja fiabilidad ( $\alpha = 0,51$  o  $0,36$ ). Se recomienda realizar análisis adicionales con el fin de tratar de ajustar estos factores al concepto de la alexitimia.

En resumen, la estructura factorial del constructo alexitimia ha mostrado diferencias significativas en cuanto a su aplicación en varias muestras con diferentes edades (adolescentes y niños). En general, las propiedades psicométricas han sido aceptables en el primer y segundo factor, DIF y DDF (Bagdy et al., 1994; Rieffe et al., 2006), mientras que el tercer factor ha mostrado baja validez y fiabilidad. Además, algunos autores han identificado una solución con cuatro factores, de nuevo con alta validez y fiabilidad para los dos primeros factores (DIF y DDF) pero con bajos alphas de Cronbach y baja validez para el resto de los factores. En este sentido, los datos han demostrado que los dos primeros factores son los mejores indicadores del concepto de alexitimia, ya sea los dos juntos o por separado, especialmente en lo que respecta a su relación con enfermedades y con dimensiones de calidad de vida positiva y negativa. Aunque son necesarias más investigaciones,

este hecho podría utilizarse para plantear el uso de cuestionarios más cortos en niños. La baja capacidad predictiva y la baja consistencia interna del factor “pensamiento concreto” pueden ser explicados por la posibilidad de que este factor no sea unidimensional e incluya otras dimensiones.

Una vez realizada la discusión general sobre las validaciones de los cuestionarios, procederemos a analizar las relaciones encontradas entre las variables objeto de estudio. Para ello, debemos tener en cuenta que el tercer estudio está basado en un modelo psicopatológico tomando como referencia la alexitimia, aunque recordamos que los elementos que integran este concepto pueden estar presentes en población sana. En él se analiza la relación de esta variable entre padres e hijos y cómo influye en el bienestar y calidad de vida de los niños. Sin embargo, en el cuarto estudio se plantean tres modelos diferentes. Los dos primeros (M1 y M2) se desarrollan desde la perspectiva del proceso adaptativo de salud y el tercero (M3) desde un proceso desadaptativo de salud, ya que el objetivo es analizar qué estrategias de regulación emocional (adaptativas y desadaptativas) contribuyen en mayor y menor medida al bienestar y calidad de vida de los niños, cómo se relacionan con aspectos de la personalidad y qué vinculación se establece con las estrategias de regulación emocional de los padres.

En relación a los resultados sobre la alexitimia y calidad de vida, debemos tener en cuenta que uno de los hallazgos observados en la literatura con muestras de adultos es una relación directa de alexitimia y síntomas de internalización (Bagby et al., 1994). Sin embargo, la literatura sobre la alexitimia en infancia no es tan abundante. Los pocos estudios que apoyan la relación entre la alexitimia y somatización en niños se han llevado a cabo en niños con patología física y mental en comparación con los niños sanos (Dal Zotto et al., 2011; Hosseinzadeh et al., 2013; Loas et al., 2012; Mishra et al., 2012).



Con los datos disponibles en niños sanos, no parece que podamos confirmar la hipótesis de que existe una relación entre la alexitimia y somatización (Rieffe et al., 2010). Aunque los resultados no son concluyentes, la mayoría de los estudios realizados en niños sanos (Jellesma et al., 2009; Nasiri et al., 2009) consideran que hay un papel decisivo de los estados de ánimo negativos (depresión, ansiedad) como variables mediadoras entre la alexitimia y las quejas somáticas (Allen et al., 2011). Esta ausencia de relación directa entre los síntomas físicos y alexitimia en los niños sanos que encontramos en otros trabajos, se ve confirmada en los resultados de nuestro estudio.

Nuestros resultados muestran la relación de dos de las variables de alexitimia, en concreto la dificultad en la identificación de emociones y la dificultad en la expresión emocional, con todas las dimensiones de bienestar y calidad de vida, excepto con bienestar físico. La alexitimia se presenta con el mayor valor predictivo para la dimensión de calidad de vida y bienestar “Estado de ánimo”, apoyando así el hecho de que la relación que se encuentra frecuentemente entre la alexitimia y los síntomas de internalización esta en realidad mediada por los estados de ánimo. Por otra parte, de acuerdo con los resultados, el papel predictivo del pensamiento concreto es prácticamente nulo en la calidad de vida de los niños. De hecho, el pensamiento concreto es la variable de alexitimia de las tres analizadas que menos interacción ha obtenido con el resto de las variables de este estudio. Este hecho va en la misma línea de lo observado por otros autores (Bucci, 1997; Rieffe et al., 2006; Rieffe et al., 2007; Scherer, 2000).

El estudio de estas variables es relevante en el sentido señalado en los estudios de Halberstadr, Denham y Dunsmore(2001). Estos autores sugieren que los niños que son más conscientes de sus expresiones emocionales tienden a ser mejores negociadores y se desenvuelven mejor en las situaciones que implican intercambios emocionales. Igualmente se obtienen estos resultados si se considera la capacidad del niño para identificar adecuadamente las expresiones de los demás. Este hecho

no indica la estrecha conexión entre la comprensión emocional y el desarrollo de comportamientos saludables desde el punto de vista intelectual, comportamental y social (Halberstadr et al., 2001).

Por otro lado, hemos encontrado una relación muy estrecha entre la personalidad y las variables de regulación emocional. En este sentido, Garnefski et al. (2001) han demostrado en población adulta correlaciones entre regulación emocional y medidas de personalidad en el sentido esperado, y en la misma línea, nuestros resultados ponen de manifiesto que éstas también tienen lugar en población infantil. En nuestro estudio observamos que la variable inestabilidad emocional establece relaciones significativas prácticamente con todas las estrategias de regulación emocional, adaptativas (en sentido negativo) y desadaptativas (en sentido positivo). El resto de variables de personalidad establecen relaciones sobre todo con estrategias adaptativas de regulación emocional y no tanto con estrategias desadaptativas.

Además, nuestros resultados también muestran la importancia de la personalidad sobre el bienestar y calidad de vida de los niños. En este sentido, autores como Bisquerra (2003) destacan la importancia de la educación emocional, ya que potencia el desarrollo integral de la personalidad del individuo, dotándole de herramientas y estrategias que le permitan afrontar los retos que le plantea la vida cotidiana. Este hallazgo es relevante en el sentido de que a partir de estos conocimientos sobre la base de la personalidad, ésta puede ser entrenada por los educadores con el objetivo de facilitar la adquisición de habilidades y estrategias emocionales beneficiosas para el desarrollo integral del niño (Hernández, 2005).

Parece por tanto interesante tener en cuenta las variables de personalidad a la hora de establecer programas ajustados sobre regulación emocional, ya que parecen estar íntimamente relacionados ambos aspectos en la formación y desarrollo infantil,

sabiendo además que estas dimensiones de personalidad se relacionan con muchos trastornos conductuales y emocionales (Costa et al., 1996; Garnefski et al., 2001; Slobodskaya & Akhmetova, 2012).

En relación a las estrategias de regulación emocional en niños, los estudios con adolescentes han permitido a Garnefski y su equipo aportar datos sobre la existencia de la relación entre la regulación cognitiva de las emociones y la patología física y psicológica (Garnefski, Kraaij, & van Etten, 2005; Garnefski, Koopman, Kraaij, & ten Cate, 2009), pero a través de la revisión de la literatura, no hemos encontrado estudios en los que se analicen estos componentes emocionales en población infantil desde un modelo de salud.

Al explorar población clínica, los estudios que han analizado las estrategias cognitivas de afrontamiento y algunos procesos psicopatológicos en niños, adolescentes y adultos, muestran la relación entre la psicopatología y el empleo de estrategias poco adaptativas (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999). De manera inversa, estos estudios también han establecido que las estrategias más adaptativas se relacionaron negativamente con medidas de psicopatología (Carver, & Scheier, 1998; Garnefski, & Kraaij, 2006; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). A pesar de que hay un amplio consenso acerca de la relación entre la regulación cognitiva de las emociones y la salud mental de los niños, no se conoce exactamente como los pensamientos regulan las emociones y cómo esto puede afectar al curso de su desarrollo emocional. Tal y como se observa en los estudios de Garnefski et al. (2006), un porcentaje considerable de la varianza en la sintomatología de depresión y miedos de los niños podía ser explicado por el uso de determinadas estrategias cognitivas de regulación emocional.

En este sentido, los resultados encontrados en nuestro estudio corroboran la línea general de los estudios sobre emociones y bienestar en población infantil (Houben

et al., 2015; Singh & Mishra, 2011) y además añaden otros hallazgos interesantes. Como era de esperar, las estrategias desadaptativas (sobre todo rumiación y catastrofismo) correlacionan con una menor calidad de vida. Por otro lado, la reorientación positiva, la planificación y la reevaluación positiva, consideradas estrategias más adaptativas, correlacionan de manera positiva con todos los aspectos de calidad de vida. Por tanto, según los hallazgos de nuestro estudio, las estrategias adaptativas de regulación emocional actuarían como factores protectores de salud y las estrategias desadaptativas de regulación emocional actuarían como factores de riesgo en la salud para la población infantil.

Sabemos que el desarrollo emocional del niño tiene una estrecha relación con el bienestar y la calidad de vida, pero en el presente estudio queríamos averiguar cuál era el papel concreto de las estrategias cognitivas de regulación emocional y la alexitimia en ese bienestar. En términos generales, los resultados encontrados en el presente trabajo muestran que, en relación a nuestros modelos, podemos concluir que en población infantil, tanto las estrategias de regulación emocional como las variables de alexitimia, predicen en buena medida su bienestar y calidad de vida.

Por tanto, podemos afirmar que las variables de regulación emocional y alexitimia presentadas en este estudio se relacionan entre sí de una manera coherente con la literatura encontrada al respecto (Halberstadr et al., 2001). En este sentido se evidencia que aspectos como identificar, regular y expresar las emociones están relacionadas entre sí implicando además mayores niveles de bienestar y salud (Stanton et al., 1994).

Debemos resaltar que el problema de la calidad de vida en la infancia ha girado alrededor de aspectos técnicos y decisiones políticas. Los aspectos técnicos implican la baja confiabilidad de las respuestas de los niños a los ítems en algunos instrumentos, la falta de estudios longitudinales, la falta de adaptación cultural de algunos instrumentos o los cambios de sentido de los valores de acuerdo a la

maduración del niño. Se hace entonces necesario llevar a cabo estudios donde se consideren los cambios de salud general percibidos en los niños a lo largo de su ciclo vital, así como crear políticas sanitarias en calidad de vida infantil donde el protagonista de la salud sea el propio niño (Ravens-Sieberer et al., 2001).

Finalmente, al analizar la vinculación paterna en este proceso emocional de los niños y después de revisar la literatura, hemos encontrado pocos estudios que analicen la relación entre variables de alexitimia en los padres y en los hijos sanos (Luminet & Lenoir, 2006), u otros miembros de la familia (Mahler et al., 2009), ya que la mayoría de los estudios se centra en la relación entre la alexitimia, la patología y la somatización (Guttman & Laporte, 2002; Mishra et al., 2012; Szatmari et al., 2008). Lo mismo ocurre en el caso de las estrategias de regulación emocional.

Nuestros datos muestran una clara relación entre la alexitimia de los padres y la alexitimia de los niños. El papel mediador de la alexitimia de los padres entre la alexitimia de los niños y el bienestar y calidad de vida de los niños, apenas se ha explorado. Nuestros datos sugieren que la alexitimia en los padres, especialmente la dificultad en la expresión de las emociones, es un mediador fundamental en la relación tanto de la dificultad en la identificación de emociones como en la dificultad en la expresión de emociones de los niños y las dimensiones de la calidad de vida, concretamente en las variables de autopercepción y recursos económicos.

Por tanto, en niños sanos, la relación entre la alexitimia de los padres y la alexitimia de los niños parece clara, e incluso pudiendo la alexitimia de los padres influir en la relación de la alexitimia de los niños con respecto a su bienestar y calidad de vida. También, debemos reiterar que de manera contraria a estudios anteriores, hemos elegido indicadores de salud en lugar de los síntomas patológicos, al igual que el estudio de Nasiri et al. (2009).

En lo que respecta al papel de los padres en las estrategias de regulación emocional, nuestros datos revelan que la influencia paterna es clara, sobre todo en procesos

menos adaptativos (Bariola et al., 2012; Laurent, 2014), ya que las estrategias de regulación emocional desadaptativas de los padres parecen estar más vinculadas con los procesos emocionales desadaptativos de los hijos que las estrategias adaptativas. Los resultados encontrados ofrecen posibles hipótesis que podrían ser objeto de estudio en futuros trabajos acerca de la importancia que tiene la evaluación e interpretación que realizan los padres sobre las emociones de sus hijos, el tipo de apoyo que les ofrecen en situaciones estresantes de la vida diaria y cómo, dependiendo de las evaluaciones hechas, los niños pueden desarrollar una mayor o menor destreza emocional. La respuesta de los demás frente a las emociones de los niños podría producirles mayor malestar o hacerles sentir mejor.

En cualquier caso, parece por tanto fundamentada la necesidad de establecer un patrón adecuado de interacción entre padres e hijos con respecto a las emociones, ya que éste parece tener un papel relevante en nuestro día a día. Podemos concluir que la familia influye en el desarrollo socioafectivo del niño y en su calidad de vida. Aunque son numerosos los factores que afectan al desarrollo de los niños, es importante identificar la influencia de la familia y de los estilos y pautas de crianza en el desarrollo socioafectivo, además de identificar factores de riesgo y problemas de salud física y mental en la infancia, tales como la depresión infantil, agresividad, baja autoestima, problemas en conductas adaptativas, entre otras (Carstensen et al., 2003; Terracciano et al., 2005).

Con el fin de tener una visión más amplia de cómo se producen los procesos de evaluación de los sucesos estresantes y el afrontamiento, así como del modo en que inciden en el desarrollo, se requerirán estudios longitudinales más amplios que cubran a su vez otros aspectos del medio que pudieran afectar a la percepción del estrés y el afrontamiento. De esta forma, el estudio de los aspectos emocionales puede establecer un puente para tener una adecuada comprensión de cómo surgen las diferencias individuales con respecto al proceso emocional a lo largo del desarrollo infantil y adolescente.

## **Limitaciones**

Debemos considerar varias limitaciones encontradas en este estudio. Dado que el trabajo ha sido transversal, no podemos hacer inferencias acerca de la causalidad. Con el fin de determinar si las estrategias de regulación cognitiva de las emociones o la alexitimia influyen en el bienestar y calidad de vida de los niños, se necesitan estudios longitudinales. Además, se encuentra relativamente establecido en otros estudios que los rasgos de personalidad preceden a los indicadores de bienestar (Yoon et al., 2013; Wang et al., 2009), y por tanto, sería adecuado realizar estudios longitudinales para determinar mejor las posibles relaciones causales entre estos dos parámetros. Al igual que ocurre en el estudio de Garnefski et al. (2007), el diseño transversal no nos permite calcular los coeficientes de fiabilidad test-retest. Investigaciones anteriores sobre correlaciones test-retest en muestras de adultos (CERQ) sugieren que las estrategias cognitivas de regulación emocional eran estrategias relativamente estables, incluso después de un período de seguimiento de un año, aunque no son tan estables como las características de personalidad (Garnefski et al., 2002).

Por otro lado, la traducción del cuestionario original CERQ-k y TAS-20 para niños al español se debería haber llevado a cabo a través de la traducción simultánea de varios investigadores y posterior análisis de la convergencia entre ellos, y no a través de un proceso de traducción inversa de expertos nativos. Sin embargo, cabe señalar que la redacción y la sintaxis de los elementos originales, así como el vocabulario utilizado, son muy simples y de fácil comprensión, lo que puede reducir en gran medida los posibles sesgos en la adaptación española creada a través de este procedimiento.

Una limitación del diseño reside en el método de evaluación empleado para la recogida de las variables. Algunos autores como Salovey y Mayer (1990) conciben la

inteligencia emocional como una inteligencia genuina y consideran deficiente una evaluación exclusivamente basada en cuestionarios de papel y lápiz. Estos autores indican que los cuestionarios de Inteligencia Emocional pueden verse afectados por los propios sesgos perceptivos de la persona y, además, también es posible la tendencia a falsar la respuesta para crear una imagen más positiva. En nuestro estudio, las variables se analizaron en base a evaluaciones de autoinforme, y pueden haber causado un cierto sesgo. Sería recomendable que los futuros investigadores utilizaran medidas más sofisticadas tales como entrevistas estructuradas, valoraciones de compañeros o familiares y evaluaciones conductuales directas.

Es importante mencionar en relación a los aspectos metodológicos, que en el caso de los niños existen limitaciones para estudiar estos fenómenos, como una menor capacidad de expresión o aspectos de la personalidad que aún no están totalmente definidos (Eisenberg et al., 2006), por lo que sus respuestas pueden estar influidas por las reacciones de los adultos, así como por la constante evolución de los procesos de desarrollo.

A pesar de ello, es indiscutible la utilidad de las medidas de autoinforme en el terreno emocional, sobre todo para proporcionar información sobre las habilidades intrapersonales y comportamientos autoinformados de los niños. Puesto que el mundo emocional es interior, uno de los métodos más eficaces para conocer al propio niño o adulto, a pesar de sus sesgos, es preguntándole sobre cómo se siente, qué piensa, o cómo le afectan determinados eventos que ocurren en su día a día. La evaluación de determinados aspectos de las emociones a través de cuestionarios es muy útil en aquellos casos en los que el evaluador quiere obtener un índice del ajuste emocional de los niños y obtener un perfil de las carencias afectivas en determinadas áreas cuya única forma de evaluar sea a través de la propia introspección del niño.



Por otro lado, también debemos tener en cuenta que los cuestionarios empleados en este estudio que miden regulación emocional y alexitimia en niños, son versiones infantiles a partir de la versión de adultos y puede que el constructo teórico no sea exactamente el mismo para ambas poblaciones, por las particularidades concretas de la población infantil. Por tanto, podrían considerarse para estudios futuros, aunque en población infantil su valoración puede resultar muy dificultosa.

Otra de las limitaciones que encontramos se refiere a la muestra no clínica de niños españoles. Dicha muestra puede no ser representativa de los niños dentro de una sociedad, lo que afecta a la generalización de nuestros resultados. Las investigaciones futuras deberían continuar examinando estas variables en muestras más representativas de la población general infantil. Se hace necesario, además, el desarrollo de estudios epidemiológicos a gran escala y con muestras representativas de la población infantil desde una perspectiva multiétnica y de estratificación social.

Como aportación a estudios futuros, podría ser interesante realizar un estudio con una muestra de niños que han experimentado un estresor específico o un evento negativo concreto, ya que la muestra empleada en el estudio actual es una muestra normativa y se les pregunta por eventos estresantes en general.

Para finalizar, cabe apuntar que puesto que esta línea de investigación es relativamente joven, es necesario seguir trabajando en aspectos relacionados con la definición y la operatividad, tanto del concepto de regulación emocional como el de alexitimia, y realizar estudios con muestras más amplias y de tipo transcultural, de manera que puedan extraerse conclusiones suficientemente sólidas sobre el concepto y sobre las ventajas reales que presenta su aplicación en el ámbito infantil.

## 8. CONCLUSIONES, VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS E IMPLICACIONES PRÁCTICAS

De acuerdo a los objetivos propuestos en esta tesis doctoral, procedemos a continuación a verificar las hipótesis planteadas inicialmente y a enumerar las principales conclusiones que se derivan de los resultados y la discusión previamente expuestos. Finalmente reflexionaremos sobre las implicaciones prácticas que tiene este estudio sobre la población infantil.

1. La validación del cuestionario de alexitimia en niños presenta dos modelos de estructura factorial, uno de tres factores y otro de cuatro factores, presentando ambos un ajuste aceptable.

<i>Hipótesis</i>	<i>Contraste de hipótesis</i>
<i>Hipótesis 1:</i> Se espera encontrar una estructura factorial de 3 factores al igual que en la versión original	Aceptada parcialmente (Se encuentran igualmente índices de ajuste aceptables para un modelo de 4 factores)

2. Los resultados de la validación del cuestionario de alexitimia en niños muestra una adecuada fiabilidad y validez.

<i>Hipótesis</i>	<i>Contraste de hipótesis</i>
<i>Hipótesis 2:</i> Se espera encontrar una adecuada consistencia interna como medida de fiabilidad para la alexitimia en niños	Aceptada
<i>Hipótesis 3:</i> Se espera encontrar una adecuada validez de criterio a través de medidas de bienestar y calidad de vida en niños	Aceptada

3. El análisis factorial confirmatorio del cuestionario CERQ-k mostró la presencia de ocho estrategias de regulación emocional.

<i>Hipótesis</i>	<i>Contraste de hipótesis</i>
<i>Hipótesis 4:</i> Se espera encontrar una estructura factorial de 9 factores al igual que en la versión original	Rechazada (Se encuentran 8 factores)

4. Los resultados de la validación del cuestionario de regulación emocional en niños muestran una adecuada fiabilidad y validez.

<i>Hipótesis</i>	<i>Contraste de hipótesis</i>
<i>Hipótesis 5:</i> Se espera encontrar una adecuada consistencia interna como medida de fiabilidad para la regulación emocional a través de estrategias cognitivas de afrontamiento	Aceptada
<i>Hipótesis 6:</i> Se espera encontrar una adecuada validez de criterio a través de medidas de bienestar psicológico, estado de ánimo, autoeficacia y medida general de bienestar	Aceptada
<i>Hipótesis 7:</i> Se espera encontrar una adecuada validez de constructo a través de medidas de autoeficacia general	Aceptada

5. Se observan relaciones significativas y negativas de dos de las variables de alexitimia, en concreto la dificultad en la identificación de emociones y la dificultad en la expresión emocional, con todas las dimensiones de bienestar y calidad de vida, excepto el bienestar físico. Por otra parte, de acuerdo con los resultados, el papel predictivo del pensamiento concreto es prácticamente nulo en la calidad de vida de los niños.

<i>Hipótesis</i>	<i>Contraste de hipótesis</i>
<i>Hipótesis 8:</i> Se espera que mayores niveles de alexitimia se relacionen con menores niveles de bienestar y calidad de vida en los niños	Aceptada parcialmente (a excepción de la dimensión de pensamiento concreto y del bienestar físico)

6. La alexitimia en los padres, especialmente la dificultad en la expresión de las emociones, es un mediador fundamental en la relación tanto de la dificultad en la identificación de emociones como en la dificultad en la expresión de emociones de los niños y las dimensiones de la calidad de vida, concretamente en las variables de autopercepción y recursos económicos.

<i>Hipótesis</i>	<i>Contraste de hipótesis</i>
<i>Hipótesis 9:</i> Se espera que las variables de alexitimia de padres e hijos correlacionen entre sí	Aceptada parcialmente (a excepción de la dimensión de pensamiento concreto)
<i>Hipótesis 10:</i> Se espera que la alexitimia de los padres actúe como mediadora de la relación entre la alexitimia de los niños y su bienestar y calidad de vida	Aceptada parcialmente (a excepción de la dimensión de pensamiento concreto)

7. Se obtienen relaciones significativas y positivas entre las variables de personalidad extraversión y amabilidad, las estrategias de regulación emocional adaptativas y la medida general de calidad de vida y bienestar. Por el contrario, los resultados muestran relaciones significativas y positivas entre la variable de personalidad inestabilidad emocional y las estrategias de regulación emocional desadaptativas, contribuyendo ambas a disminuir la medida general de calidad de vida y bienestar.

<i>Hipótesis</i>	<i>Contraste de hipótesis</i>
<i>Hipótesis 11:</i> Se espera que las estrategias adaptativas de regulación emocional se relacionen con mayores niveles de bienestar y calidad de vida en los niños	Aceptada
<i>Hipótesis 12:</i> Se espera que las estrategias desadaptativas de regulación emocional se relacionen con menores niveles de bienestar y calidad de vida en los niños	Aceptada
<i>Hipótesis 13:</i> Se espera que la variable de personalidad inestabilidad emocional presente correlaciones significativas y positivas con las estrategias de regulación emocional desadaptativas y negativas con las adaptativas	Aceptada
<i>Hipótesis 14:</i> Se espera que las variables de personalidad conciencia, amabilidad, extraversión y apertura presenten correlaciones significativas y positivas con las estrategias de regulación emocional adaptativas y negativas con las desadaptativas	Aceptada parcialmente (extraversión y amabilidad sólo correlacionan positivamente con estrategias adaptativas)
<i>Hipótesis 15:</i> Se espera que las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional actúen como mediadoras entre la inestabilidad emocional y el bienestar y calidad de vida en niños.	Aceptada
<i>Hipótesis 16:</i> Se espera que las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional actúen como mediadoras entre las variables de personalidad amabilidad y extraversión, y el bienestar y calidad de vida en niños	Aceptada

8. El catastrofismo del padre parece ejercer influencia en el catastrofismo y la rumiación del hijo, siendo ambas a su vez, mediadoras de la relación entre la inestabilidad emocional y la calidad de vida en los niños. Sin embargo, no se observa influencia paterna en procesos adaptativos de regulación emocional de los hijos.

<i>Hipótesis</i>	<i>Contraste de hipótesis</i>
<i>Hipótesis 17:</i> Se esperan correlaciones significativas y positivas entre las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional de los niños y las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional de sus padres	Rechazada

<i>Hipótesis 18:</i> Se esperan correlaciones significativas y positivas entre las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional de los niños y las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional de sus padres	Aceptada
<i>Hipótesis 19:</i> Se espera que las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional de los padres, actúen como mediadoras en la relación entre las estrategias cognitivas adaptativas de regulación emocional de los niños y su bienestar y calidad de vida	Rechazada
<i>Hipótesis 20:</i> Se espera que las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional de los padres, actúen como mediadoras en la relación entre las estrategias cognitivas desadaptativas de regulación emocional de los niños y su bienestar y calidad de vida	Aceptada

### **Implicaciones prácticas**

En la sociedad actual se percibe una falta de conocimiento sobre lo que nos puede aportar un adecuado desarrollo emocional que se manifiesta de múltiples formas: violencia, ansiedad, estrés, depresión, consumo de drogas, anorexia, suicidios, etc. Es por ello que se requiere una educación que prepare para la vida, es decir, que atienda, también de manera imprescindible, al desarrollo emocional.

En población infantil son notorios los índices elevados de fracaso escolar, estrés ante los exámenes, niveles altos de violencia, inestabilidad emocional por la falta de estrategias en la toma de decisiones, entre otros. Estos hechos a menudo provocan estados emocionales negativos, que a su vez, pueden estar mermando la salud de las personas desde edades muy tempranas. Desde nuestra contribución en esta tesis doctoral queremos plantear la necesidad de abrir vías de intervención para paliar estas deficiencias en la madurez y el equilibrio emocional y que reclaman una atención desde edades tempranas.

Sabemos además, que las investigaciones realizadas en la materia expresan que la inteligencia emocional es responsable de, por lo menos, el 80% del éxito en la vida (Ibarrola, 2005). Por tanto, dentro de un sistema educativo, que debe adaptarse a los nuevos tiempos y en el que cada vez se otorga una mayor relevancia a las competencias en todos los ámbitos de desarrollo, parece importante ampliar la información científica y técnica de los niños en torno a las competencias emocionales a fin de prepararlos para la vida. Así, consideramos necesaria la presencia de programas dedicados por un lado a la educación emocional de los padres, donde se aborden aspectos en primer lugar sobre ellos mismos, y en segundo lugar sobre las formas de afrontar determinadas situaciones socio-emocionales de sus hijos, y por otro lado a la educación emocional de los niños en todas las franjas de edad, ya que esta formación podría resultar especialmente enriquecedora.

Finalmente, es de vital importancia que más profesionales de la salud se involucren en el estudio del bienestar y calidad de vida infantil, ya que está suficientemente evidenciado que las evaluaciones en edades tempranas o las medidas de screening en la infancia pueden ayudar a predecir muchos aspectos del desarrollo y evolución durante la adolescencia y la edad adulta. A través de estos estudios se puede intervenir a tiempo, ayudar al clínico a concretar el proceso de diagnóstico y, por tanto, llevar a cabo una intervención más clara y precisa al observar las dimensiones de calidad de vida más vulnerables del niño y los factores que las están determinando (Matsuda et. al, 2006; Ravens-Sieberer et.al., 2001). En estudios como el de Verdugo y Sabeh (2002) se puede observar que la edad desempeña un importante papel en la percepción de calidad de vida en los niños a medida que crecen.

Nuestra sociedad está en constante evolución y como consecuencia de ello, los valores, expectativas y metas que plantea, así como las necesidades de los niños, cambian continuamente. Por ello, desde los ámbitos de la investigación básica y la

psicología aplicada, se debe seguir realizando el máximo esfuerzo en desarrollar programas para fomentar mayor bienestar, aquellos que consigan paliar la presencia de trastornos emocionales en la población infantil y aquellos que consigan prevenir trastornos en la edad adulta.



## VI. Referencias bibliográficas



- Abdi, S., Taban, S., & Ghaemian, A. (2012). Cognitive emotion regulation questionnaire: Validity and reliability of Persian translation of CERQ-36 item. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 32, 2–7.
- Abuckle, J.L., & Wothke, W. (1999). *Amos 4.0 users guide*. Chicago: Small waters.
- Ajuriaguerra, J. (1968). The theoretical bases of psychomotor disturbances and psychomotor rehabilitation of children. *Journal Of Learning Disabilities*, 1(1), 42-52.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237
- Allen, L. B., Lu, Q., 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.
- Allen, M. S., Jones, M. V., & Sheffield, D. (2010). The influence of positive reflection on attributions, emotions, and self-efficacy. *The Sport Psychologist*, 24(2), 211-226.
- Allport, G. W. (1937). *Personality; a psychological interpretation*. New York: H. Holt and Company.
- Andrés, M. L., Richaud de Minzi, M. C., Castañeiras, C., Canet-Juric, L., & Rodríguez-Carvajal, R. (2016). Neuroticism and depression in children: The role of cognitive emotion regulation strategies. *The Journal Of Genetic Psychology: Research And Theory On Human Development*, 177(2), 55-71.
- Arnold, M. B. (1960). *Emotions and Personality* (2 vols.). New York: Columbia University Press.
- Arvelo, L. (2003). Función paterna, pautas de crianza y desarrollo psicológico en adolescentes: implicaciones psicoeducativas. *Acción Pedagógica*, 12(1), 20-30.
- Asendorpf, J.B., & van Aken, M.A.G. (1999). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled, personality prototypes in childhood: Replicability, predictive power, and the trait-type issue. *Journal of Personality and Social psychology*, 77, 815-832
- Ato, E., González, C., & Carranza, J.A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20(1), 69- 79.
- Aust, S., Hartwig, E. A., Heuser, I., & Bajbouj, M. (2013). The role of early emotional neglect in alexithymia. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(3), 225-232.
- Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U., & Rajmil, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. [Development KIDSCREEN Spanish version, a questionnaire of quality of life for children and adolescents]. *Gaceta Sanitaria*, 19, 93-102.

- Ayoub, C. C., Bartlett, J. D., & Swartz, M. I. (2014). Parenting and early intervention: The impact on children's social and emotional skill development. En S. H. Landry, C. L. Cooper, S. H. Landry, C. L. Cooper (Eds.), *Wellbeing in children and families (Vol. 1)* (pp. 179-210). Wiley-Blackwell.
- Bach, M., Bach, D., & de Zwaan, M. (1996). Independency of alexithymia and somatisation. A factor analytic study. *Psychosomatics*, *37*, 451–458.
- 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., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II, Convergent, discriminat, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, *38* (1), 33-40.
- Bandura, A. (1990). *Multidimensional scales of perceived self-efficacy*. Stanford University, Stanford, C.A.
- Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., & Regalia, C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*, 125-135.
- Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G.V. (1999). Selfefficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(2), 258-269.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G.V., & Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, *67*, 1206- 1222
- Barbaranelli, C., Caprara, G.V., & Rabasca, A. (1998). *Manuale del BFQ- C. Big Five Questionnaire Children*. O. S. Organizzazioni Speciali: Florencia.
- Barbaranelli, C., Caprara, G.V., Rabasca, A., & Pastorelli, C. (2003). A questionnaire for measuring the Big Five in late childhood. *Personality and Individual Differences*, *34*, 645-664.
- Bariola, E., Hughes, E. K., & Gullone, E. (2012). Relationships between parent and child emotion regulation strategy use: A brief report. *Journal Of Child And Family Studies*, *21*(3), 443-448.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Barr, L. K., Kahn, J. H., & Schneider, W. J. (2008). Individual differences in emotion expression: hierarchical structure and relations with psychological distress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *27*(10), 1045- 1077.
- Barret, L.F., & Gross, J.J. (2001). Emotional Intelligence. A process model of emotion representation and regulation. En T. J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.). *Emotions. Current issues and future directions*. New York: The Guilford Press

- 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 and Emotion*, 15, 713-724.
- Baumeister, R. F., Gailliot, M., DeWall, C. N., & Oaten, M. (2006). Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *Journal of Personality*, 74, 1773–1801
- Bentler. P.M. (1990). Comparative fit indices in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bentler. P.M., & Bonett. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulleting*, 88, 588-606.
- Berk, L.E. (2001): *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid. Prentice Hall.
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., & Devins, G.(2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230–241.
- Bisquerra, R (2008). *Educación emocional para la convivencia: las competencias emocionales*. En Ministerio de Educación , Policía Social y Deporte. Educación emocional y convivencia en el aula. Madrid: Secretaría General Técnica.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis
- Bisquerra, R. (2003). Educación Emocional y Competencias para la Vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.
- Bisquerra, R. (2005). La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 95-114.
- Bisquerra, R. (2006). *Orientación psicopedagógica y educación emocional*. Servicios de publicaciones de la Universidad de Navarra. Estudios sobre educación.
- Bisquerra, R. (2007). *Competencias emocionales*. Barcelona. Educación XXI. 61-82
- Bisquerra, R. (2009). *Psicopedagogía de las emociones*. Síntesis: Madrid.
- Bisquerra, R., & Pérez, N. (2007) Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Bonano, G.A. (2001). Emotion self-regulation. En T. J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.). *Emotions. Current issues and future directions*. New York: The Guilford Press
- Bouchard, G. (2003). Cognitive appraisals, neuroticism, and openness as correlates of coping strategies: An integrative model of adptation to marital difficulties. *Canadian Journal Of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 35(1), 1-12.

- Bower, G.H., & Forgas, J.P. (2001). Mood and social memory. En: J.P. Forgas (Ed.). *Handbook of affect and social cognition*. (pp. 95-120). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bower, J. E., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 979-986.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol. I*. London: Hogarth press.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent- child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bradley, S. J. (1990). Affect regulation and psychopathology: Bridging the mind-body gap. *Canadian Journal of Psychiatry, 35*(6), 540-547.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Brenner, E. M., & Salovey, P. (1997). Emotion regulation during childhood: Developmental, interpersonal, and individual considerations. En P. Salovey y D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 168-192). Nueva York: Basic Books.
- Bridges, L. J., & Grolnick, W. S. (1995). The development of emotional self regulation in infancy and early childhood. En N. Eisenberg (Ed.), *Review of personality and psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Brown, W. H., & Conroy, M. A. (2011). Social-emotional competence in young children with developmental delays: Our reflection and vision for the future. *Journal Of Early Intervention, 33*(4), 310-320.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry, 17*, 151-172.
- Buffa, E. (1997). Infarto miocardico e alexitimia: una ricerca clinico-statistica. *Medicina Psicosomatica, 42* (2), 79-89.
- Buhle, J. T., Silvers, J. A., Wager, T. D., Lopez, R., Onyemekwu, C., Kober, H., & Ochsner, K. N. (2014). Cognitive reappraisal of emotion: A meta-analysis of human neuroimaging studies. *Cerebral Cortex, 24*(11), 2981-2990.
- Bullinger, A. H., Roessler, A., & Mueller-Spahn, F. (1998). From toy to tool: The development of immersive virtual reality environments for psychotherapy of specific phobias. En G. Riva, B. K. Wiederhold, E. Molinari, G. Riva, B. K. Wiederhold, E. Molinari (Eds.), *Virtual environments in clinical psychology and neuroscience: Methods and techniques in advanced patient-therapist interaction* (pp. 103-111). Amsterdam, Netherlands: IOS Press.

- Butler, E. A., & Gross, J. J. (2004). Hiding feelings in social contexts: Out of sight is not out of mind. En P. Philipott y R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 101-126). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 3(1), 48-67.
- Cabrera, V., Guevara, I., & Barrera, F. (2006). Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (2), 115-126.
- Campos, J., Campos, R., & Barrett, K. (1989). Emergent themes in the study of emotional development and emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25, 394-402
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. = Coping and emotional regulation of stress events. A meta-analysis of 13 studies. *Boletín De Psicología (Spain)*, 8, 225-44.
- Cappadocia, M. C., Desrocher, M., Pepler, D., & Schroeder, J. H. (2009). Contextualizing the neurobiology of conduct disorder in an emotion dysregulation framework. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 506-518.
- Caprara, G.V., & Pastorelli, C. (1993). Early emotional instability, prosocial behaviour and aggression: some methodological aspects. *European Journal of Personality*, 7, 19-36.
- Caprara, V., Scabini, E., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., Regalia, C., & Bandura, A. (1998). Impact of Adolescents' perceived self-regulatory efficacy on familial communication and antisocial conduct. *European Psychologist*, 3, 125-132.
- Carrasco, M. A., & del Barrio, M. V. (2002): Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14 (2), 323- 332.
- Carrasco, M. A., & Del Barrio, M. V. (2006). Study on the relations between temperament, aggression, and anger in children. *Aggressive Behavior*, 32, 207- 215.
- Carstensen, L. L., Fung, H., & Charles, S. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the Self-Regulation of Behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Cassidy, J. (1994). Emotion regulation: Influences of attachment relationships. En N. Fox (Ed.), *Emotion regulation: Behavioral and biological considerations. Monographs of the society for research in child development*, 59, Serial No. 240, 228-249.
- Cassidy, J., Parke, R. D., Butkovsky, L., & Braungart, J. M. (1992). Family-peer connections: The roles of emotional expressiveness within the family and children's understanding of emotions. *Child Development*, 63, 603-618.

- Catanzaro, S. J., & Greenwood, G. (1994). Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. *Journal of Counselling Psychology, 41*, 34-44.
- Catanzaro, S. J., Wasch, H. H., Kirsch, I., & Mearns, J. (2000). Coping-related expectancies and dispositions as prospective predictors of coping responses and symptoms. *Journal of Personality, 68*, 757-788.
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 38*(4), 476-506
- Cheung, E. O., Gardner, W. L., & Anderson, J. F. (2015). Emotionships: Examining people's emotion-regulation relationships and their consequences for well-being. *Social Psychological And Personality Science, 6*(4), 407-414.
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y.C., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences, 28*, 539-561.
- Cicchetti, D., Ackerman, B., & Izard, C. (1995) Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 7*, 1-10
- Clarke, S.A., & Eiser, C. (2004). The measurement of health-related quality of life (QOL) in paediatric clinical trials: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes, 2*, 1-5.
- Cobos, P. (1995). *El desarrollo psicomotor y sus alteraciones. Manual práctico para evaluarlo y favorecerlo*. Madrid. Pirámide
- Coffey, E., Berenbaum, H., & Kerns, J. G. (2003). The dimensions of emotional intelligence, alexithymia, and mood awareness: Associations with personality and performance on an emotional stroop task. *Cognition and Emotion, 17*, 671-679.
- Cohen, K., Auld, F., & Brooker, H. (1994). Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *Journal of Psychosomatic Research, 38*(2), 119-127
- 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*, 317-333
- Cole, P. M., Michel, M. K., & O'Donnell, L. (1994). The development of emotion, regulation and dysregulation: A clinical perspective. En N.A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation. Biological and behavioral considerations* (pp. 73-100). Chicago: The Chicago University Press.
- Commons, M.J., & Erber, R. (1997). Mood regulation in anticipation of social interaction: The case of strangers vs. romantic partners. *Paper presented at the 69th annual meeting of the Midwestern Psychological Association*. Chicago, Illinois.
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence, 16*, 331-349.
- Comrey, A. L. (1973). *A first course in factor analysis*. Nueva York: Academic Press.



- Contrada, R. J., Leventhal, H., & O'Leary, A. (1990). Personality and Health. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality* (pp. 638-670), Nueva York: The Guilford Press.
- Córdoba, A.I., Descals, A., & Gil, M.D. (2006): *Psicología del desarrollo en la edad escolar*. Madrid. Pirámide.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992a). Four Ways Five Factors are Basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653-665.
- Costa, P. T., & McCrae, R.R. (1992b). Nonnal Personality Assessment in Clinical Practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5-13.
- Costa, P., Sommerfield, M. R., & McCrae, R. (1996). Personality and coping: a reconceptualization. En M. Zeidner & N. S. Endler (eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 44- 61). New York, NY: Wiley & Sons
- Creasey, G., & Ladd, A. (2004). Negative mood regulation expectancies and conflict behaviors in late adolescent college student romantic relationships: The moderating role of generalized attachment representations. *Journal of Research on Adolescence*, 14, 235-255.
- Cromheeke, S., & Mueller, S. C. (2014). Probing emotional influences on cognitive control: An ALE meta-analysis of cognition emotion interactions. *Brain Structure & Function*, 219(3), 995-1008.
- Cummins, R.A., & Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69
- Cupani, M., & Ruarte, M. (2008). Propiedades psicométricas del Cuestionario de los Cinco Factores para Niños (BFQ-C) en una muestra de adolescentes argentinos. = Psychometric properties of the Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C) in an Argentine sample of young adolescents. *Estudios De Psicología*, 29(3), 351-364.
- Da Silva, R., & Tuleski, S. C. (2014). La actividad infantil y el desarrollo emocional en la infancia. = Child activity and emotional development in childhood. *Revista Intercontinental De Psicología Y Educación*, 16(2), 9-30.
- d'Acremont, M., & Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Adolescence*, 30, 271-282.
- Dal Zotto, L., Toldo, I., Sartori, S., & Battistella, P. A. (2011). Alexithymia in juvenile primary headache sufferers: A pilot study. *The Journal of Headache and Pain*, 12, 71-80.
- Dalgleish, T., & Power, M. (1999). *Handbook of cognition and emotion*. West Sussex, UK: Wiley.

- Darwin, Ch. (1873): *The expression of emotions in animals and man*. N.Y.: Appleton. Traducción al castellano en Madrid: Alianza, 1984.
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Dweck, C. S., & Gross, J. J. (2013). Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Basic And Applied Social Psychology*, 35(6), 497-505.
- De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 425-434.
- De Rick, A., & Vanheule, S. (2006). The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1265-1270.
- Del Barrio, V., Carrasco, M. Á., & Holgado, F. P. (2006). Factor structure invariance in the Children's Big Five Questionnaire. *European Journal Of Psychological Assessment*, 22(3), 158-167.
- Del Barrio, V., Carrasco, M. A., & Holgado, F.P. (2006). *Manual del cuestionario "Big Five" de personalidad para niños y adolescentes*. TEA Ediciones. Madrid
- DeNeve, K., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Denham, S., Blair, K., DeMulder, J., Levites, J., Sawyer, K., Averbach-Major, S., & Queenan, P. (2003). Preschool competence: Pathway to social competence? *Child Development*, 74, 238-256.
- Denham, S.A., McKinley, M., Couchoud, E.A., & Holt, R. (1990). Emotional and behavioral predictors of peer status in young preschoolers. *Child Development*, 61, 1145–1152.
- Derryberry, D., & Rothbart, M.K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and Psychopathology*, 9, 633-652.
- Deutsch, F. (1959). *On the Mysterious Leap from the Mind to the Body*. New York: International Universities Press.
- Dewaraja, R. (1997). Decreased cytotoxic lymphocyte counts in alexithymic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(2), 83-86.
- Di Trani, M., Tomassetti, N., Bonadies, M., Capozzi, F., De Gennaro, L., Presaghi, F., & Solano, L. (2009). An Italian alexithymia questionnaire for children: factor structure and reliability. *Psicologia della Salute*, 2, 131-143.
- Dial Ward, M. D. (2002). Parental affective expressiveness and patterns of alexithymia in men and women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(11-B), 5369.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? *Social Indicators Research*, 57, 119–169.

- Diener, E., Larsen, R. J., Levine, S., & Emmons, R. A. (1985). Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(5), 1253-1265.
- Diener, M. L., & Mangelsdorf, S. C. (1999). Behavioral strategies for emotion regulation in toddlers: Associations with maternal involvement and emotional expressions. *Infant Behavior and Development*, 22, 569-583.
- Dise-Lewis, J. E. (1988). The life events and coping inventory: An assessment of stress in children. *Psychosomatic Medicine*, 50, 484-499.
- Dodge, K. A. (1989). Coordinating responses to aversive stimuli: Introduction to special section on the development of emotion regulation. *Developmental Psychology*, 25(3), 339-342.
- Dodge, K. A., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. En J. Garber y K. A. Dodge (Eds.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (pp. 3-11). Cambridge: Cambridge University Press.
- Doll, B., & Lyon, M.A. (1998). Risk and resilience: Implications for the delivery of educational and mental health services in schools. *School Psychology Review*, 27, 348-363.
- Domínguez- Sánchez, F.J., Lasa- Aristu, A., Amor, P. J., & Holgado- Tello, F. P.(2013). Psychometric properties of the Spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, 20, 253-261.
- Dryfoos, J.G. (1997). The prevalence of problem behaviors: Implications for programs. En R.P. Weissberg, T.P. Gullota, R.L., Hampton, B.A. Ryan, & G.R. Adams. (Eds.), *Healthy children 2010: Enhancing children's wellnes* (pp. 1746). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Duncombe, M., Havighurst, S. S., Holland, K. A., & Frankling, E. J. (2013). Relations of emotional competence and effortful control to child disruptive behavior problems. *Early Education and Development*, 24(5), 599-615.
- Durlak, J. A. (1998). Why program implementation is important. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 17, 5-18.
- Dwyer, K. M. (2005). The meaning and measurement of attachment in middle and late childhood. *Human Development*, 48, 155-182.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress. The roles of regulation and development. En I. N. Sandler, & S. A. Wolchik (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 41-70). Nueva York: Plenum Press
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1992). Emotion, regulation and the development of social competence. En M. S. Clark (Ed.), *Review of personality and social psychology: Vol 14. Emotion and social behavior*. Newbury Park, CA: Sage.

- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (2006). Emotion Regulation and Children's Socioemotional Competence. In L. Balter, C. S. Tamis-LeMonda, L. Balter, C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *Child psychology: A handbook of contemporary issues (2nd ed.)* (pp. 357-381). New York, NY, US: Psychology Press.
- Eisenberg, N., & Sulik, M. J. (2012). Emotion-related self-regulation in children. *Teaching Of Psychology, 39*(1), 77-83.
- Eisenberg, N., Damon, W., & Lerner, R. M. (2006). *Handbook of child psychology: Vol. 3, Social, emotional, and personality development (6th ed.)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Losoya, S. (1997). Emotional responding: Regulation, social correlates, and socialization. En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 129-163). Nueva York: Basic Books.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development, 67*, 2227-2247.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., & Reiser, M. (2002). The role of emotionality and regulation children's social competence and adjustment. En L. Pulkinnen y A. Caspi (Eds.), *Paths to successful development: Personality in the life course*, (pp. 46-70). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N., Spinrad, T.L., & Smith, C.L. (2004). Emotion-Related regulation: Its conceptualization, relations to social functioning and Socialization and Socialization En: P. Philippot y R.S. Feldman (Eds.). *The regulation of emotion*. New Jersey. Lawrence Erlbaum Ass.
- Eisenberg, N., Spinrad, T.L., Fabes, R., Reiser, M. Cumberland, A, Shepard, S. Valiente, C., Losoya, S., Guthrie, I., & Thompson, M. (2004). The Relations of Effortful Control and Impulsivity to Children's Resiliency and Adjustment. *Child Development, 75*, 25-46.
- Eiser, C., & Morse, R. (2001). Quality of life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technology Assessment, 5*, 30-32.
- Ekman, P. (1992): Are there basic emotions? *Psychological Review, 99*, 550- 553.
- Ekman, P., Campos, J. J., Davidson, R. J., & de Waal, F. M. (2003). *Emotions inside out: 130 years after Darwin's: The expression of the emotions in man and animals*. New York, NY, US: New York Academy of Sciences.
- Ekman, P., Roper, G., & Hager, J.C. (1980). Deliberate facial movement. *Child Development, 51*, 886-891.
- Enesco, I. (coord.) (2003). *El desarrollo del bebé. Cognición, emoción y afectividad*. Madrid: Alianza editorial

- Erbas, Y., Ceulemans, E., Lee Pe, M., Koval, P., & Kuppens, P. (2014). Negative emotion differentiation: Its personality and well-being correlates and a comparison of different assessment methods. *Cognition and Emotion*, 28(7), 1196-1213.
- Erber, R., & Erber, M. W. (1994). Beyond mood and social judgment: mood incongruent recall and mood regulation. *European Journal of Social Psychology*, 24, 79-88.
- Erber, R., & Erber, M.W. (2000). The self-regulation of moods: Second thoughts on the importance of happiness in everyday life. *Psychological Inquiry*, 11, 142-148.
- Erber, R., Wegner, D. M., & Therriault, N. (1996). On being and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 757-766.
- Erdley, C.A., & Asher, S.R. (1996). Children's social goals and self-efficacy perceptions as influences on their responses to ambiguous provocation. *Child Development*, 67, 1.329-1.344.
- Etxebarria, I. (2002). La regulación de las emociones. En P. Fernández y N.Ramos (Eds.), *Corazones inteligentes* (pp. 449-476). Barcelona:Kairós.
- Evans, G. (1995). *Manual de escalas de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA.
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Ozcelik, B., & Oncu, F. (2009). Childhood abuse and neglect as a risk factor for alexithymia in adult male substance dependent inpatients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 41(1), 85-92.
- Extremera, N., & Fernández- Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Ezpeleta, L. (2005). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Masson.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., & Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Fernández Abascal EG (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En EG Fernández Abascal, F Palmero, M Chóliz y F Martínez: *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción* (pp. 189- 206). Madrid: Pirámide
- Fernández- Berrocal, P., & Ruiz, D. (2008). La educación de la inteligencia emocional desde el modelo de Mayer y Salovey. En Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. *Educación emocional y convivencia en el aula*. Madrid: Secretaría General Técnica
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2005). La inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93.

- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006) Emotional Intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18, 7-18.
- Ferrando, M., Ferrándiz, C., Prieto, M. D., Bermejo, M. R., & Sáinz, M. (2008). Creativity in Gifted & Talented Children. *The International Journal of Creativity and Problem Solving*, 18, 35-47.
- Feuerstein, F.; Labbé, E.E., & Kuczmierczyk, F. (1986). *Health Psychology: A psychological perspective*. New York: Plenum
- Finch, J. F., & Graziano, W. G. (2001). Predicting depression from temperament, personality, and patterns of social relations. *Journal of Personality*, 69(1): 27-55
- Fogle, L. M., Huebner, S. E., & Laughlin, J. E. (2002). The relationship between temperament and life satisfaction in early adolescence: Cognitive and behavioral mediation models. *Journal of Happiness Studies*, 3, 373–392
- Folkman, S., & Lazarus, R. A. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466- 475.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Forgas, J. P. (1995). Mood and judgment: The affect infusion model (AIM). *Psychological Bulletin*, 117, 39-66.
- Forgas, J. P. (2000). Managing moods: Toward a dual-process theory of spontaneous mood regulation. *Psychological Inquire*, 11, 172-177.
- Forgas, J. P., & Ciarrochi, J. V. (2002). On managing moods: Evidence for the role of homeostatic cognitive strategies in affect regulation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 336-345.
- Frank, D. W., Dewitt, M., Hudgens-Haney, M., Schaeffer, D. J., Ball, B. H., Schwarz, N. F., & Sabatinelli, D. (2014). Emotion regulation: Quantitative meta-analysis of functional activation and deactivation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 45, 202-211.
- Freud, S. (1958). *A general introduction to psychoanalysis*. New York: Washington Square Press.
- Freud, S. (1959). *Inhibitions, symptoms, anxiety* (A. Strachey, Trans. and J. Strachey, Ed.). New York: Norton. (Original work published 1926)
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 180-190.
- Frijda, N. (1988). Las leyes de la emoción. En M. D. Avia y M. L. Sánchez Bemardos (Comps.) (1995), *La Personalidad. Aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide

- Frijda, N. (1996). Passions: Emotion and socially consequential behavior. En R. D. Kavanaugh, B. Zimmerberg & S. Fein (Comps.), *Emotions. Interdisciplinary Perspectives*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum
- Frijda, N. H. (1991). Moods, emotion episodes, and emotions. En M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 381–403). New York: Guilford Press.
- Frijda, N. H. (1993). Moods, emotion episodes, and emotions. En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 381-403). Nueva York: The Guilford Press.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1990). How adolescents cope with different concerns: The development of the adolescent coping checklist (ACC). *Psychological Test Bulletin*, 3, 63-73
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescent coping. The different ways. *Journal of Adolescent*, 14, 119-133.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1997). *ACS Escalas de afrontamiento para adolescentes. Adaptación española de J. Pereña y N. Seisdedos*. Madrid: TEA (Trabajo original publicado en 1993).
- Fukunishi, I., Tsuruta, T., Hirabayashi, N., & Asukai, N. (2001). Association of alexithymic characteristics and posttraumatic stress responses following medical treatment for children with refractory hematological diseases. *Psychological Reports*, 89(3), 527-534.
- Furnham, A., & Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality*, 31, 815-824.
- Garaigordobil, M., & Peña-Sarrionandia, A. (2015). Effects of an emotional intelligence program in variables related to the prevention of violence. *Frontiers in Psychology*, 6: 743.
- Garnefsi, N., Rieffe, C., Jellesma, F. Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11 years old children. The development of an instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6(1), 1-9.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659–1669
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 23, 141-149.
- 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., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002) *CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. The Netherlands: Datec, Leiderdorp.

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28, 619-631.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., & Somsen, G. A. (2008). Post-traumatic growth after a myocardial infarction: A matter of personality, psychological health, or cognitive coping? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(4), 270-277.
- Gerharz, E.W. (1997). Quality of life research in children: fashion or future? *Dialogues in Pediatric Urology*, 20, 1-2.
- Gewirtz, A., Forgatch, M., & Wieling, E. (2008). Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(2), 177-192.
- Gil, F. P., Scheidt, C. E., Hoeger, D., & Nickel, M. (2008). Relationship between attachment style, parental bonding and alexithymia in adults with somatoform disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(4), 437-451.
- Girdano, D. & Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension*. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Gohm, C. L., & Clore, G. L. (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and attributional style. *Cognition and Emotion*, 16, 495-518.
- Goldstein, M. J. (1959). The relationship between coping and avoiding behaviour and response to fear-arousing propaganda. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 247-252.
- Goldwurm, G.F., Baruffi, M., & Colombo, F. (2004). *Qualità della vita e benessere psicologico*. Milano: McGraw-Hill.
- Goodwin, R. D., & Friedman, H. S. (2006). Health status and the five-factor personality traits in a nationally representative sample. *Journal of Health Psychology*, 11, 643-654.
- Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2004). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1299-1301.
- Graczyk, P. A., Weissberg, R. P., Payton, J. W., Elias, M. J., Greenberg, M. T., & Zins, J. E. (2000). Criteria for Evaluating the Quality of School-Based Social and Emotional Learning Programs. En R. Bar-On y J. D. A. Parker, *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplace* (pp. 391-410). San Francisco, Ca: Jossey-Bass



- Grant, S., & Langan, J. (2006). Occupational stress, coping and strain: the combined/ interactive effect of the Big Five traits. *Personality and Individual Differences*, 41, 719- 732.
- Gratz, K. (2003). Risk factors and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192–205.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford University Press
- Gray, J. A. (1994). Framework for a taxonomy of psychiatric disorder. In S. H. M. van Goozen, N. E. van de Poll, y J. Sergeant (Eds.), *Emotions: Essays on emotion theory* (pp. 29-59). Hillsdale, N. J.: Erlbaum Lawrence Associates
- Graziano, P. A., Reavis, R. D., Keane, S. P., & Calkins, S. D. (2007). The role of emotion regulation in children's early academic success. *Journal Of School Psychology*, 45(1), 3-19.
- Greco, C. (2010) Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16(1), 81–93.
- Greco, C., & Ison, M.S (2011). Emociones positivas y solución de problemas interpersonales: su importancia en el desarrollo de competencias sociales en la mediana infancia. *Perspectivas en Psicología*, 8(Noviembre), 20–29.
- Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J. J. (2010). The future's so bright, I gotta wear shades. *Emotion Review*, 2, 212–216
- Gross, J. J., & John, O. P. (1995). Facets of emotional expressivity: Three self-report factors and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 19(4), 555-568.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. En L. F. Barrett y P. Salovey (Eds.) *The wisdom in feeling: Psychological process in emotional intelligence* (pp. 297-319). New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970-986.
- 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., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Gross, J., & Thompson, R. (2007) Emotion regulation: Conceptual foundations. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Gross, J., Richards, J., & John, O. (2006). Emotion regulation in everyday life. En D. Snyder, J. Simpson & J. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gross, J.J. (1999). Emotion and emotion regulation. En L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 525-552). New York: Guilford.
- Gullone, E., & Taffe, J. (2011). The Emotion Regulation Questionnaire for Children and Adolescents (ERQ-CA): a psychometric evaluation. *Psychological Assessment*, 24(2), 409-417
- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455.
- Halberstadt, A. G., Denham, S. A., & Dunsmore, J. (2001). Affective social competence. *Social Development*, 10, 79-119.
- Hambleton, R.K., Merenda, P., & Spielberger, C. (Eds.) (2005). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Hampson, S., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., & Dubanoski, J. P. (2006). Teachers assessment of childrens personality traits predict self- reported health behaviours and outcomes al midlife. *Health Psychology*, 25, 57- 64.
- Harris, P. L., Olthof, T., & Meerum Terwogt, M. (1981). Children's knowledge of emotion. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 22, 247-261.
- Harris, P.L. (1985). What children know about the situations that provoke emotion. En M. Lewia y C. Saami (Eds.). *The socialization of emotion*. New York: Plenum Press.
- Harris, P.L. (1989). *Children and emotion: the development of psychological understanding*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Harter, S., & Buddin, B. J. (1987). Children's understanding of the simultaneity of two emotions: A five-stage developmental acquisition sequence. *Developmental Psychology*, 23, 388-399.
- Hartup, W. W. (1983). Peer relations. En P. H. Mussen (ed.), *Handbook of child psychology. Vol 4*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Hasking, P., Coric, S., Swannell, S., Martin, G., Thompson, H. , & Frost, A. (2010). Emotion regulation and coping as moderators in the relationship between personality and self-injury. *Journal of Adolescence*, 33(5), 767-773

- Hayes, A. F. (2009). *Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millenium*. *Communication Monographs*, 76, 408–420
- Headey, B., & Wearing, A. (1992). *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman.
- Heiberg, A. (1977). Alexithymia and inherithed trait? *Psychother Psychosom*, 28, 221-225.
- Heiberg, A. (1978): A possible genetic contribution to the alexithymia trait. *Psychother Psychosom*, 30, 205-210.
- Hemenover, S. H. (2003). Individual differences in rate of affect change: Studies in affect chronometry. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 121-131.
- Hernández, P. (2005). ¿Puede la Inteligencia Emocional predecir el rendimiento? Potencial predictor de los moldes mentales. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 45-62.
- Herrera, F., Ramírez, M. I., & Roa J. M. (2004). El desarrollo emocional, social y moral en la educación primaria (6-12 años). En Trianes, M. V. y Gallardo, J. A. (Coord.): *Psicología de la educación y del desarrollo en contextos escolares* (pp. 259-286). Madrid: Pirámide.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel del déficit emocional en los trastornos clínicos. *Psicología conductual*, 10-11
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1996). Personality traits and the coping process. En M. Zeidner & N. S. Endler (eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications* (pp. 410- 433). New York, NY: Wiley & Sons
- Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences*, 35, 1261-1270.
- Hidalgo, V., & Palacios, J. (1999). Desarrollo de la personalidad entre los 2 y los 6 años. En Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. *Desarrollo psicológico y educación. 1. Psicología evolutiva*. (257-282). Madrid: Alianza.
- Higgins, E.T., Grant, H., & Shah, J. (1999). Seft Regulation and quality of life: Emotional and non-emotional life experiences. En Kahneman, Diener y Schwarz (Eds.). *Well-being : the foundations of hedonic psychology*. New York : Russell Sage Foundation
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaeffer, J. A. (1996). Coping, stress resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. En: M. Zeidner & N.S. Endler (Eds). *Handbook of coping*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: Examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 599-610.

- Hosseinzadeh, A. A., Hooman, H. A., Salehi, M., & Kooshki, S. (2013). Maternal bonding and vulnerability related to eating: The mediational role of eating disorder beliefs and alexithymia. *Journal of Iranian Psychologists*, 9(34), 129-142.
- Houben, M., Van Den Noortgate, W., & Kuppens, P. (2015). The relation between short-term emotion dynamics and psychological well-being: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 901-930.
- Hu, T., Zhang, D., Wang, J., Mistry, R., Ran, G., & Wang, X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analysis review. *Psychological Reports*, 114(2), 341-362.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation Modeling*, 6, 1-55.
- Huebner, E. S. (1991) Correlates of life satisfaction in children. *School Psychology Quarterly*, 6, 103-113
- Hughes, E.K., Gullone, E., Dudley, A., & Tonge, B. (2010) A Case-Control Study of Emotion Regulation and School Refusal in Children and Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 30(5), 691-706
- Humphrey, N., Curran, A., Morris, E., Farrell, P., & Woods, K. (2007). Emotional intelligence and education: A critical review. *Educational Psychology*, 27(2), 235-254
- Hurrelmann, K., (1997). Prevención en la adolescencia. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos, L., y T. J. Carrasco, *Psicología preventiva* (pp. 105-116). Madrid: Pirámide.
- Ibarrola, B. (2005). *Sentir y pensar. Programa de inteligencia Emocional para niños y niñas de 3 a 5 años*. Madrid: SM.
- Izard, C. E. (1972). *Patterns of emotions*. Nueva York: Academic Press.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. Nueva York: Plenum Press.
- Izard, C.E. (1991): *The psychology of emotions*. N.Y.: Plenum Press.
- Izard, C.E. (1992): Basic emotions, relations among emotions, and emotion cognition relations. *Psychological Review*, 99, 561-565.
- Jellesma, F. C., Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Westenberg, M. (2009). Do I feel sadness, fear or both? comparing self-reported alexithymia and emotional task-performance in children with many or few somatic complaints. *Psychology & Health*, 24(8), 881-893.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analyses and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment*, 22, 126-131.
- Johnson-Laird, P. N., & Oatley, K. (1989). The language of emotions: An analysis of a semantic field. *Cognition and Emotion*, 3, 81-123

- Jöreskog, K.G., & Sörbom, D. (1979). *Advanced in factor analysis and structural equation models*. Cambridge, M.A. Abl.
- Joukamaa, M., Kokkonen, P., Veijola, J., Laksy, K., Karvonen, J. T., Jokelainen, J., & Jarvelin, M. (2003). Social situation of expectant mothers and alexithymia 31 years later in their offspring: A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 307-312.
- Joukamaa, M., Luutonen, S., Von Reventlow, H., Patterson, P., Karlsson, H., & Salokangas, R. R. (2008). Alexithymia and childhood abuse among patients attending primary and psychiatric care: Results of the RADEP Study. *Psychosomatics: Journal Of Consultation And Liaison Psychiatry*, 49(4), 317-325.
- Joukamaa, M., Taanila, A., Miettunen, J., Karvonen, J. T., Koskinen, M., & Veijola, J. (2007). Epidemiology of alexithymia among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 373-376.
- Karwowski, C.A., Keljo, D., & Szigethy, E. (2009). Strategies to improve quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, 15 (11), 1755–1764.
- Kato, K., & Pedersen, N. L. (2005). Personality and coping: a study of twins reared apart and twins reared together. *Behaviour Genetics*, 35, 147- 158
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2002). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *The American journal of psychiatry*, 159(7), 1133-1145.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2006). Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *American Journal of Psychiatry*, 163, 115-124
- Keskin, G., & Bilge, A. (2009). The evaluation of depression, social anxiety, alexithymia on children and adolescent with chronic renal failure. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(4), 318-324.
- Knoche, L., Givens, J., & Sheridan, S. (2007). Risk and protective factors for children of adolescents: maternal depression and parental sense of competence. *Journal child family study*, 16, 684-695.
- Kooiman, C. G., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia. A critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1083–1090.
- Kooiman, C.G. (1998). The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Comparative Psychiatry*, 39, 152-159.
- Koole, S. L., McCullough, M., Kuhl, J., & Roelofsma, P. (2010). Why religion's burdens are light: From religiosity to implicit self-regulation. *Personality and Social Psychology Review*, 14, 95-107

- Kozak, B., Strelau, J., & Miles, J. N. (2005). Genetic determinants of individual differences in coping styles. *Anxiety, Stress and Coping, 18*, 1- 15
- Kraaij, V., Garnefski, N., & Vlietstra, A. (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 29*, 9–16.
- Kraaij, V., Pruymboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging & Mental Health, 6*, 275–281.
- Krystal, J.H., Giller, E.L., & Cicchetti, D.V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine, 48*, 84-94
- LaFrenière, P.J., & Dumas, J. (1996). Social competence and Behavior Evaluation in children aged three to six: the short form (SCBE-30). *Psychological Assessment, 8*, 369-377.
- Lang, J. L. (1968). Notes on early psychotic states. *The International Journal Of Psychoanalysis, 49*(2-3), 286-289.
- Lang, J. L., & Le Strat, M. (1971). Evaluation of the clinical effects of sulphiride in medical-educational day school and day hospital for children. *Revue De Neuropsychiatrie Infantile Et D'hygiene Mentale De L'enfance, 19*(12), 759-772
- Lang, P. J. (1995). The emotion probe. *Studies of Motivation and Attention. American Psychologist, 50*, 372- 379
- Lang, P. J. (2010). Emotion and motivation: Towards consensus definitions and a common research purpose. *Emotion Review, 2*, 229–233.
- Lang, P. J., & Lazovik, A. D. (1963). Experimental desensitization of phobia. *The Journal Of Abnormal And Social Psychology, 66*(6), 519-525.
- Lange, C. G., & James, W. (1922). *The emotions, Vol. 1*. Baltimore, MD, US: Williams & Wilkins Co.
- Larsen, R. L. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquire, 11*, 129-141.
- Laurent, H. K. (2014). Clarifying the contours of emotion regulation: Insights from parent–child stress research. *Child Development Perspectives, 8*(1), 30-35.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. NuevaYork: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. NuevaYork: Springer.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, D., Preece, M., & DeLongis, A. (2005). Coping with interpersonal stress: role of the Big Five traits. *Journal of Personality, 73*, 1141- 1180
- Legerstee, J. S., Garnefski, N., Jellesma, F. C., Verhulst, F. C., & Utens, E. W. J. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19*, 143-150.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., & Barrett, L. F. (2008). *Handbook of emotions* (3<sup>rd</sup> ed.). Nueva York: The Guilford Press.
- Liben, L. S., Müller, U., & Lerner, R. M. (2015). *Handbook of child psychology and developmental science, Vol. 2: Cognitive processes (7th ed.)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Loas, G., Dugré-Lebigre, C., Fremaux, D., Verrier, A., Wallier, J., Berthoz, S., & Corcos, M. (2010). The Alexithymia Questionnaire for Children (AQC): French translation and validation study in a convenience sample of 80 children. *L'Encéphale, 26*, 302-306.
- Loas, G., Speranza, M., PhamScottetz, A., Pérez Díaz, F., & Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 72*(2), 147-152.
- Loch, N., Hiller, W., & Witthoft, M. (2011). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Psychometric evaluation of a German adaptation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis, 40*, 94-106.
- Lopes, P. N., Salovey, P., Co<sup>^</sup>te', S., & Beers, M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion, 5*, 113–118
- Lu, W., McKyer, E. J., Lee, C., Ory, M. G., Goodson, P., & Wang, S. (2015). Children's active commuting to school: An interplay of self-efficacy, social economic disadvantage, and environmental characteristics. *The International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity, 12*
- Luminet, O., & Lenoir, V. (2006). Parents' alexithymia and their 3-5 years-old children's emotional abilities. *Enfance, 58*(4), 335-356.
- Lumley, M. A., Asselin, L. A., & Norman, S. (1997). Alexithymia in chronic pain patients. *Comprehensive Psychiatry, 38*(3), 160-165.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F., & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research, 41*, 519–530.

- Luo, F., Wang, X., Zhang, S., & Shen, D. (2010). Characteristics of cognitive emotion regulation strategies in adolescents. *Chinese Journal of Clinical Psychology, 18*, 93-96.
- Lykken, D., & Tellegen, A. (1996). Happiness is a stochastic phenomenon. *Psychological Science, 7*, 186-189.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology, 9*, 111-131.
- MacKinnon, D. P., Krull, J. L., & Lockwood, C. M. (2000). Equivalence of the mediation, confounding, and suppression effect. *Prevention Science, 1*, 173-181.
- MacLeod, C., Koster, E. H. W., & Fox, E. (2009). Whither cognitive bias modification research? *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 89-99.
- Mahler, J., Barnow, S., Freyberger, H. J., Spitzer, C., & Grabe, H. J. (2009). Familial transmission of alexithymia. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum Der Tiefenpsychologisch Fundierten Psychotherapie, 8*(1), 3-11.
- Mangelsdorf, S. C., Shapiro, J. R., & Marzolf, D. (1995). Developmental and temperamental differences in emotion regulation in infancy. *Child Development, 66*, 1817-1828.
- Marcos Becerro, J.F. (1989). *El niño y el deporte*. Madrid: Santonja Gómez.
- Martín, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation and the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences, 39*, 1249-1260.
- Martin, J. B., & Pihl, R.O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics, 43*, 169-176
- Martínez-Sánchez F (1996). Adaptación española de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud, 7*(1): 19-32.
- Martínez-Sánchez, F., Ato, M., Córcoles, E., Huedo, T., & Selva, J. (1998). Stability in the alexitimia levels: a longitudinal analysis of temporary series on various emotional answers. *Personality and Individual Differences, 24*(6), 767-772.
- Martínez-Sánchez, F., Montero, J., & de la Cerra, J. (2002). Sesgos cognitivos en el reconocimiento de expresiones emocionales de voz sintética en la alexitimia. *Psicothema, 14*(2), 344-349.
- Marty, P., & de M'Uzan, M. (1963). La «pensée opératoire». *Revue Française de Psychanalyse, 27*, 1.345-1.356
- Matsuda, T., Noguchi, M., Ameno, Y., & Kato, N. (2006). QOL research in child health. Present state and issues. *Japanese Journal of Public Health, 53*, 805-817.



- Matthews, G., & Zeidner, M. (2000). Emotional intelligence, adaptation to stressful encounters, and health outcomes. En R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence*. (pp. 459-89). New York: Jossey-Bass.
- Mattila, A., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J., Koivisto, A.M, Mielonen, R.L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic Medicine*, 70, 716-722.
- Mattila, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*. 61(5), 629-35.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (eds.), *Emotional development and emotional intelligences: implications for educators*. New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., & Stevens, A. A. (1994). An emerging understanding of the reflective (Meta-) experience of mood. *Journal of Research in Personality*, 28, 351-373.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence (Chap 18). En, R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence*, Cambridge University Press
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, 1, 232-242
- Mayer, J.D. (2001). A field guide to emotional intelligence. En Ciarrochi, J., Forgas, J.P. y Mayer, J.D. (2001). *Emotional Intelligence in Everyday Life*. Philadelphia: Psychology Press.
- Mayer, J.D., Caruso, D., & Salovey, P. (1999). Emotional Intelligence metes traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267- 298.
- McKnight, C. G., Huebner, E. S., & Suldo, S. (2002). Relationships among stressful life events, temperament, problem behavior, and global life satisfaction in adolescents. *Psychology in the Schools*, 39, 677-687
- McNally, A. M., Palfai T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28, 1115-1127.
- Meerum- Terwogt, M., & Stegge, H. (1995). Children's understanding of the strategic control of negative emotions. En J. A. Russell, J. Fernandez-Dols, A. S. R. Manstead, y J. C. Wellenkamp (Eds.), *Everyday conceptions of emotion: An introduction to the psychology, anthropology and linguistics of emotion*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

- Mendelson, G. (1982). Alexithymia and chronic pain: prevalence, correlates and treatment results. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 37, 154-164.
- Mennin, D. S., Turk, C. L., Fresco, d. M., & Heimberg, R. G. (2000, November). *Deficits in the regulation of emotion: A new direction for understanding generalized anxiety disorder*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Miklosi, M., Martos, M., Kocsis-Bogar, K., & Perczel Forintos, D. (2011). Psychometric properties of the Hungarian version of the Cognitive Emotion Regulation. *Psychiatria Hungarica*, 26, 102-111.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Oxford, England: Harvard U Press.
- Mishra, V. S., Maudgal, S., Theunissen, S. C. P. M., & Rieffe, C. (2012). Alexithymia in children with cancer and their siblings. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 266-268.
- Mistry, R., Stevens, G., Sareen, H., De Vogli, R. & Halfo, N. (2007). Parenting-Related Stressors and Self-Reported Mental Health of Mothers With young children. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1261-1268.
- Monat, A., & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: an anthology*. New York: Columbia University Press.
- Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En L. Goldberger, & S. Bresnitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). Nueva York: The Free Press, A Division of Macmillan Inc.
- Moos, R. H., & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and Contextual Perspectives on Coping: Toward an Integrative Framework. *Journal Of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403.
- Moos, R., Cronkite, R., Billings, A., & Finney, J. (1986). *Health and Daily Living Form Manual. Social Ecology Laboratory, Department of Psychiatry and Behavioral Science*. Palo Alto, CA: Veterans Administration and Stanford University Medical Center.
- Mora, J. A., & Martín, M. L. (2007) *Inteligencia Emocional y personalidad*. Libro de resúmenes del I Congreso Internacional de Inteligencia emocional (p.163). Málaga, España.
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, C., & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross-validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *In-Process & Other Non-Indexed Citations BioPsychoSocial Medicine*. 1, 7.
- Morris, W. N., & Reilly, N. P. (1987). Toward the self-regulation of mood: Theory and research. *Motivation and Emotion*, 11, 215-249.
- Muñoz, A. (2010). *Psicología del desarrollo en la etapa de educación primaria*. Madrid. Pirámide.

- Murris, P., Meesters, C., & Diederens, R. (2005). Psychometric properties of the Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C) in a Dutch Sample of young adolescents. *Personality and Individual Differences, 38*, 1757-1769.
- Nasiri, H., Latifian, M., & Rieffe, C. (2009). Alexithymia and its relationship with physical complaints and emotional competency in children and adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 15*(3), 248-257.
- Nemiah, J.C., Freyberger, H., & Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. En O. Hill (ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, (pp. 430-439). London & Boston: Butterworth.
- Ninivaggi, F. J. (2013). *Biometal child development: Perspectives on psychology and parenting*. Lanham, MD, US: Rowman & Littlefield.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E., & Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 445-455.
- Nolen-Hoeksema, S., & Kartub, C. (2000). *Age differences in the correlates of depressive symptoms*. Manuscript submitted for publication.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion, 7*, 561-570.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 1061-1072.
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A., & Zeelenberg, M. (2011). *Emotion regulation and well-being*. New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- O'Brienn, T. B., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem- emotion- and association- focused coping: the role of the Big Five personality factors. *Journal of Personality, 64*, 775-813.
- O'Driscoll, C., Laing, J., & Mason, O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*(6), 482-495.
- Olivier, M., & Herve, M. (2015). The Big Five Questionnaire for Children (BFQ-C): A French validation on 8- to 14-year-old children. *Personality and Individual Differences, 87*, 55-58.
- Onchwari, G., & Keengwe, J. (2011). Examining the relationship of children's behavior to emotion regulation ability. *Early Childhood Education Journal, 39*(4), 279-284.
- Onnis, L., & Di Genaro, A. (1987). Alexitimia: Una revisione critica. *Medicina Psicosomatica, 32*, 45-64.

- Oros, L. B., Manucci, V., & Richaud-de Minzi, M. C. (2011). Desarrollo de emociones positivas en la niñez. Lineamientos para la intervención escolar. *Educación y Educadores*, 14(3), 493-509
- Ortiz, M. C., Tello, F. H., & del Barrio Gandara, M. V. (2005). Dimensionalidad del cuestionario de los cinco grandes (BFQ-N) en población infantil española. = Big five questionnaire dimensions in Spanish children (BFQ-C). *Psicothema*, 17(2), 286-291
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I., & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Páez, D., Velasco, C., & Gonzalez, J. L. (1999). Expressive writing and the role of alexythimia as a dispositional deficit in self-disclosure and psychological health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 630-641.
- Palmer, B.R., Donaldson, C., & Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- Pane, S., Solans, M., Gaite, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M.D., & Rajmil, L. (2006). *Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización*. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas.
- Papalia, D., & Wendkos, S. (1998). *Psicología del desarrollo* (7 ed.). Mexico: Mc Graw Hill
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Acklin, M. W. (1993). Alexithymia in panic disorder and simple phobia: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1105-1107.
- Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: Relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30(5), 434-441
- Parrot, W. G. (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. En D. M. Wegner y J. W. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 278-305). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Pastorelli, C., Barbaranelli, C., Bandura, A., & Caprara, G.V. (1996). Impact of multifaceted self-efficacy beliefs on childhood depression. En Bandura (1997). *Self-efficacy the exercise of Control*. New York: Freeman and Company.
- Pastorelli, C., Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S., & Bandura, A. (2001). The structure of children's perceived self-efficacy: a cross-national study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 87-97.
- Patterson, J. M., & McCubbin, H. I. (1987). A-COPE: Adolescent coping orientation for problem experiences. En H. I. McCubbin, & A. I. Thompson (Eds.), *Family assessment inventories for research and practice* (pp. 225-243). Madison, WI: University of Wisconsin-Madison.

- Pedrosa, F., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumuller, E., & Winkelmann, A. (2008). Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 49(2), 115-122.
- Pelechano, V. (2000). Cuestionario de Hostilidad y Malevolencia (Hostymal). = Hostility and Malevolence Questionnaire (Hostymal). *Análisis Y Modificación De Conducta*, 26(110), 779-815
- Pennebaker, J. W. (1997) Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science*, 8,162–166.
- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243-1254.
- Pérez-Escoda, N., Filella, G., Alegre, A., & Bisquerra, R. (2012). Developing the emotional competence of teachers and pupils in school contexts. *Electronic Journal Of Research In Educational Psychology*, 10(3), 1183-1207
- Perte, A., & Miclea, M. (2011). The standardization of the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) on Romanian population. *Cognition, Brain, Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 15, 111-130.
- Piaget, J. (1970). *Science of education and the psychology of the child*. Trans. D. Coltman. Oxford, England: Orion.
- Picq, L., & Vayer, P. (1977). *Educación psicomotriz y retraso mental*. Barcelona. Editorial Científico Médica
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary analysis*. Nueva York: Harper and Row.
- Power, M., & Dalgleish, T. (1997). *Cognition and Emotion. From order to disorder*. Hove, Uk: Erlbaum
- Preacher, K. J., Rucker, D. D., & Hayes, A. F. (2007). Addressing moderated mediation hypotheses: Theory, methods, and prescriptions. *Multivariate Behavioral Research*, 42, 185-227.
- Rajmil L, Estrada MD, Herdman M, Serra-Sutton R, & Alonso J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gac Sanit.*, 15 (4), 34-43.
- Rajmil, L., Alonso, J., Berra, S., Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Simeoni, M., & Auquier, P. (2006). Use of a children questionnaire of health-related quality of life (KIDSCREEN) as a measure of needs for health care services. *Journal of Adolescent Health*, 38, 511-518.
- Rajmil, L., Herdman, M., De Sanmamed, M. F., Detmar, S., Bruil, J., Ravens-Sieberer, U., & Auquier, P. (2004). Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: A qualitative analysis of content. *Journal Of Adolescent Health*, 34(1), 37-45.

- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.M., & Bruil, J. (2001). Quality of life in children and adolescents: an European public health perspective. *Soz Präventivmed*, 46, 294-302.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., Duer, W., Auquier, P., Power, M., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., Kilroe, J. and the European KIDSCREEN Group. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364.
- Ray, R., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2008). All in the mind's eye: Anger rumination and reappraisal. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 133–145
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., & Visscher, B. R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and AIDS-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV-positive gay men. *Health Psychology*, 18, 354-363.
- Reeve, J. (2001). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw- Hill, Interamericana de España.
- Reeve, J. (2005). *Understanding Motivation and Emotion*. (4ta ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Renom, A. (Coord.) (2003). *Educación emocional. Programa para educación primaria (6-12 años)*. Madrid: Praxis.
- Richaud de Minzi, M. C. (2003). Coping assessment in adolescents. *Adolescence*, 38, 321-330
- Rieffe, C., Meerum Terwogt, M., Petrides, K.V., Cowan, R., Miers, A.C., & Tolland, A. (2007). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*, 43, 95–105.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Meerum Terwogt, M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results, *Personality and Individual Differences*, 40, 123–133.
- Rieffe, C., Oosterveld, P., Meerum Terwogt, M., Novin, S., Nasiri, H., & Latifian, M. (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Personality and Individual Differences*, 48(4), 425-430.
- Roberts, J., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative response style and vulnerability to depressive episodes: Factor components, mediating processes, and episode duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 401-425.
- Romano, J. M., Jensen, M. P., & Turner, J. A. (2003). The chronic pain coping inventory- 42: reliability and validity. *Pain*, 104, 65- 73
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. En W. Damon (Series Ed.) and N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development*. New York: Wiley.

- Rothbart, M.K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. En M.E, Lamb y A.L. Brown (Eds.), *Advances in Developmental Psychology* (Vol. 1). Hillsdale, NJ; Erlbaum.
- Rude, S. S., & McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Ruesch, J. (1948). The infantile personality. *Psychosom Med*, 10, 134-144,
- Rusting, C. L., & DeHart, T. (2000). Retrieving Positive Memories to Regulate Negative Mood: Consequences for Mood-Congruent Memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 737-752.
- Rusting, C. L., & Larsen, R. J. (1998). Personality and cognitive processing of affective information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 200-213.
- Rutter, M., & Sroufe, L. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.
- Saarni, C. (1990). Emotional competence. En R.A. Thompson (ed.), *Nebraska Symposium: Socioemotional development* (pp. 115- 161). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Saarni, C. (1997). Emotional competence and self- regulation in childhood. En P. Salovey y D. J. Sluyter, *Emotional development and emotional intelligences: implications for educators*. New York: Basic Books.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Nueva York: The Guilford Press.
- Saarni, C. (2000). Emotional Competence. A Developmental Perspective. En Bar- On, R. y J. D. A. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, Development, Assessment, and Application at Home, School, and in the Workplac*. San Francisco, Ca: Jossey- Bass, 68-91.
- Saarni, C., Campos, J. J., Camras, L. A., & Witherington, D. (2006). Emotional Development: Action, Communication, and Understanding. In N. Eisenberg, W. Damon, R. M. Lerner, N. Eisenberg, W. Damon, R. M. Lerner (Eds.) , *Handbook of child psychology: Vol. 3, Social, emotional, and personality development (6th ed.)* (pp. 226-299). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Sadurní, M., & Rostán, C. (2004). La importancia de las emociones en los periodos sensibles del desarrollo. *Infancia y Aprendizaje*, 27, 105-114
- Sallquist, J. V., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Reiser, M., Hofer, C., Zhou, Q., & Eggum, N. (2009). Positive and negative emotionality: Trajectories across six years and relations with social competence. *Emotion*, 9(1), 15-28.
- Salovey, P. (2001). Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy and wise. En Ciarrochi, J., Forgas, J.P. y Mayer, J.D. (2001). *Emotional Intelligence in Everyday Life*. Philadelphia: Psychology Press.

- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En Pennebaker, J. W. (Eds.). *Emotion, disclosure, and health*. Washington: American Psychological Association.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121
- Sanson, A., & Prior, M. (1999). Temperament and behavioural precursors to oppositional defiant disorder and conduct disorder. En H. C. Quay y A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behaviour disorders*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Saxena, P., Dubey A., & Pandey, R. (2011). Role of Emotion Regulation Difficulties in Predicting Mental Health and Well-being. *SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health*, 18, 147-155.
- Scales, P.C., & Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development*. Minneapolis, MN: Search Institute.
- Schalock, R.L., & Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.
- Scherer, K. R. (2000). Emotion. En M. Hewstone & W. Stroebe (Eds.), *Introduction to social psychology: A European perspective* (pp. 151–191). Oxford: Blackwell.
- Schmidt, U., Jiwany, A., & Treasure, J. (1993). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 54-58.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Simunek, M., McKenley, J., & Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion*, 16, 769-785.
- Selman, E. L. (1981). The development of interpersonal competence: the role of understanding in conduct. *Developmental review*, 1, 404- 422
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133–161.
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 11, 379-405.
- Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7, 422–445.
- Shumaker, S. A., Ellis, S., & Naughton, M. (1997). Assessing health-related quality of life in HIV disease: Key measurement issues. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care & Rehabilitation*, 6(6), 475-480.



- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22, 255–62.
- Singh, S., & Mishra, R. C. (2011). Emotion regulation strategies and their implications for well-being. *Social Science International*, 27(2), 179-198.
- Skinner, B. F. (1977). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella
- Slobodskaya, Y. P., & Akhmetova, O. A. (2012). Personality and family factors in children's well-being. *Cultural-Historical Psychology*, 2,60-68.
- Smith, G. R. (1983). Alexithymia in medical patients referred to a consultation liaison service. *American Journal of Psychiatry*, 140(1), 99-101.
- Smith, S. M., & Petty, R. E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-esteem and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1092-1107.
- Snyder, K. P., Barry, M., & Valentino, R. J. (2015). Cognitive impact of social stress and coping strategy throughout development. *Psychopharmacology*, 232(1), 185-195.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology 1982* (pp. 290-312). Washington DC: American Sociological Association.
- Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 11, 505-514.
- Spitzer, C., Busche, W., Vogel, M., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Grabe, H. J. (2009). Parenting, childhood maltreatment and alexithymia. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum Der Tiefenpsychologisch Fundierten Psychotherapie*, 8(1), 13-22.
- Sprung, M., Münch, H. M., Harris, P. L., Ebesutani, C., & Hofmann, S. G. (2015). Children's emotion understanding: A meta-analysis of training studies. *Developmental Review*, 37, 41-65.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 350–362.
- Ștefan, C. A., & Miclea, M. (2012). Classroom effects of a hybrid universal and indicated prevention program for preschool children: A comparative analysis based on social and emotional competence screening. *Early Education And Development*, 23(3), 393-426.

- Stegge, H. Meerum- Terwogt, M. Reijntjes, A., & Van Tijen, N. (2004) Children's conception of the emotion process: consequences for emotion regulation. En: Nyklicek I, Temoshok L, Vingerhoets A (eds) *Emotional expression and health*. Routledge, Hove.
- Steiger. J.H., & Lind. C. (1980). Statistically based tests for the number of common factors. *Paper presented at the annual meeting of the Psychometric Society*. Iowa City. IA.
- Steiner, H., Erickson, S.J., Hernández, N.L., & Pavelski, R. (2002). Copingstyles as correlates of health in high school students. *Journal of Adolescent Health, 30*, 326-335.
- Stern, D.N. (1984). Affect attunement. En Call J.D., Galenson E., Tyson R.L. (Eds.), *Frontiers in Infant Psychiatry* (pp 3-14), vol 2. New York: Basic Books.
- Stone, A. A., Helder, L., & Schneider, M. S. (1988). Coping with stressful events: Coping dimensions and issues. En L. H. Coehn (Ed.), *Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues* (pp. 182-210). Newbury Park, CA: Sage.
- Suls, J. David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: three generations of research. *Journal of Personality, 64*, 711- 735
- Suls, J., Green, P., & Hillis, S. (1998). Emotional reactivity to everyday problems, affective inertia, and neuroticism. *Personality and Social Psychology Bulletin, 24*, 127-136.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A., & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect, 36*(7-8), 572-584
- Szatmari, P., Georgiades, S., Duku, E., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J., & Bennett, T. (2008). Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 38*(10), 1859-1865.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L.S. (1989). *Using multivariate statistics*, 2<sup>o</sup> ed., Northridge, California, Harper Collins Publishers.
- Taylor, G. (1999). Introduction. En G. J. Taylor, R. M. Bagby, & J. D. A. Parker (Eds.), *Disorders of affect regulation* (pp. 1–6). Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2000). An overview of the alexithymia construct. In R. Bar-On & J. D. A. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 40–67). San Francisco: Jossey-Bass.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research, 55*, 277-283.

- Taylor, G.J., & Bagdy, R.M. (2004). New Trends in Alexithymia. *Research. Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68–77.
- Taylor, G.J., Ryan, D.P., & Bagby, R.M. (1985). Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychotherapy Psychosomatic*, 44, 191-199.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L (2000) Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99-109.
- Terracciano, A. Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2005). Personality plasticity after age 30. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 999-1009
- Thayer, R. E. (1989). *The Biopsychology of Mood and Arousal*. New York: Oxford University Press
- Thomas, A., & Chess, S. (1972). Development in middle childhood. *Seminars In Psychiatry*, 4(4), 331-341.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self regulation. En R. Thompson (Ed.), *Socioemotional development*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. En N. Fox (Ed.), *Emotion regulation: Behavioral and biological considerations*. Society for Research in Child Development Monographs, 59 (Serial No. 240), 25–52.
- Thompson, R.A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3, 269 307.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2011). Parental bonding and alexithymia: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 26(3), 187-193.
- Tomkins, S.S. (1962): *Affect, imagery, consciousness. Vol 1. The positive affects*. N.Y.: Springer.
- Tuna, E., & Bozo, O. (2012). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Factor structure and psychometric properties of the Turkish version. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 564-570.
- Ullman, J. B. (1996). Structural equation modeling. En B. Tabachnick & L. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (pp. 709–812). New York: HarperCollins.
- Uskul, A. K., & Hynie, M. (2014). The role of self-aspects in emotions elicited by threats to physical health. *Psychology & Health*, 29(2), 199-217.
- Valdés, N. (2002). Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 139-149
- Van de Putte, Elise M, Engelbert, R. H. H., Kuis, W., Kimpen, J. L. L., & Uiterwaal, C. S. P. M. (2007). Alexithymia in adolescents with chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 63(4), 377-380.

- Vera, J., Grubits, S., & Rodríguez, C. (2007). Estimulación prácticas de crianza en infantes Terena del Brasil. Ra Ximhai. *Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, 3(1), 49-81.
- Verdugo, M.A., & Sabeh, E.N. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14, 86-91.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gómez, A., & Montoya, L. M. (2007) Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3, 203-211.
- Walker, Z., & Townsend, J. (1998). Promoting adolescent mental health in primary care: a review of the literature. *Journal of Adolescence*, 21, 621-634.
- Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: coping in the context of the Five- factor model. *Journal of Personality*, 64, 735- 774.
- Watts, F.N. (1992). Applications of current cognitive theories of the emotions to the conceptualization of emotional disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 153-167.
- Wei, Y., & Liu, Y. (2008). Reliability and validity of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Chinese college students. *Chinese Mental Health Journal*, 22, 281-284.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. En A. Kring & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology* (pp. 13-37). New York: Guilford Press
- Westen, D. (1994). Toward an integrative model of affect regulation: Applications to social-psychological research. *Journal of Personality*, 62(4), 641-669.
- Wiener, M., Carpenter, B., & Carpenter, J. T. (1956). Determination of defense mechanisms for conflict areas from verbal material. *Journal of Consulting Psychology*, 20(3), 215-219.
- Yoon, L. K., Maltby, J., & Joormann, J. (2013). A Pathway from Neuroticism to Depression: Examining the Role of Emotion Regulation. *Anxiety, Stress, and Coping*, 26, 558-572
- Zech, E., Rimé, B., & Nils, F. (2004). Social sharing of emotion, emotional recovery, and interpersonal aspects. En P. Philippot, R. S. Feldman, P. Philippot, R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 157-185). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Zeidner, M., & Endler, N.S. (Eds), (1996). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: Wiley.
- Zeitlin, S. B., & McNally, R. J. (1993). Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 658-660.

- Zelazo, P., & Cunningham, W. (2007) Executive function: Mechanisms underlying emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 135-158). New York: Guilford Press.
- Zhao, X., Lynch, J. G., Jr, & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37 , 197–206.
- Zhu, X., Auerbach, R. P., Yao, S., Abela, J. R. Z., Xiau, J., & Tong, X. (2008). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Chinese version. *Cognition and Emotion*, 22, 288-307.
- Zhu, X., Luo, F., Yao, S., Auerbach, R., & Abela, J. (2007). Reliability and validity of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Chinese version. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 15, 121-124.
- Zwiers, M., & Morisette, P. J. (1999). Effective interviewing of children—A comprehensive guide for counselors and human service workers



## VII. Anexos





## ANEXO 1. Carta a directores de colegios. Solicitud de colaboración

**Dña. Cecilia Peñacoba Puente**

Doctora en Psicología  
Profesora Titular de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid

Estimado Sr/Sra. Director/a:

Me dirijo a usted con el objetivo de hacer constar que Dña. Esther Castañeda López es actualmente doctoranda de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y está bajo mi dirección en su proyecto de tesis doctoral.

El equipo de investigación que lidero, tiene una larga trayectoria de investigación aplicada en los aspectos personales, emocionales, cognitivos y sociales que mejoran la salud de las personas. Igualmente, hemos desarrollado programas e iniciativas en contextos clínicos y educativos para mejorar las competencias, tanto en infancia como en jóvenes y adultos.

En este punto del desarrollo de su proyecto investigador, necesitamos su colaboración como Comunidad Educativa para la elaboración de la parte empírica de la investigación, cuyo proceso le presentará detalladamente Esther Castañeda en la entrevista que mantendrá con usted.

Agradezco de antemano su colaboración en este proyecto, pues es imprescindible para el desarrollo de nuestra investigación, y quedo a su disposición para lo que considere oportuno.

Fecha \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. Carta de presentación e información a las familias

Estimadas familias:

Me dirijo a ustedes para informarles sobre un nuevo proyecto que se va a desarrollar en el Colegio. Nuestro Centro tiene una amplia trayectoria de colaboración con varias Universidades de Madrid, para el desarrollo de proyectos de investigación e innovación educativa. Consideramos que nuestra implicación en este tipo de iniciativas fortalece el proceso de aprendizaje de los niños y contribuye a la mejora de la formación integral del alumnado. Esta vez, a través de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, se va a realizar una investigación sobre emociones en la infancia.

El trabajo de investigación tiene los objetivos de analizar diferentes aspectos de la emoción, como son la regulación emocional, la identificación de emociones o la expresión verbal de las emociones en los niños, qué relaciones existen con otras variables psicológicas, qué consecuencias puede tener para su bienestar y qué vinculación existe con estos mismos aspectos emocionales de sus padres.

Para llevar a cabo el estudio, se van a aplicar en el aula unos cuestionarios tipo test a los niños de entre 8 y 12 años, donde se le plantean preguntas en relación a las variables a estudiar. Tal y como hacemos con todas las investigaciones en las que participamos, los datos tanto de ustedes como de los alumnos serán tratados con total confidencialidad.

Al finalizar la investigación, la Universidad se ha comprometido a facilitarnos los resultados de los datos obtenidos y a aportarles a ustedes un documento individualizado de cada niño y otro de ustedes. Además, nuestros profesores contarán con un programa de actividades para desarrollar en el aula, donde se trabajará la inteligencia emocional con los niños.

Para poder comenzar con todo este proceso, les pido que rellenen los siguientes documentos:

1. “AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES LEGALES PARA LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS”. Es necesario que rellenen el documento y firmen al final de la hoja.
2. “CUESTIONARIO CERQ”- adultos.

3. “CUESTIONARIO TAS- 20”- adultos.

**Estos dos cuestionarios miden la forma de gestionar emociones por parte de los padres y por tanto, deben ser rellenados por aquel adulto (la misma persona y sólo una) que más relación tenga con el niño.**

Una vez rellenada y firmada la hoja de autorización y cumplimentados los dos cuestionarios, por favor, entréguelos a su profesor a través de la agenda del alumno.

En caso de que necesiten consultar alguna cuestión o tengan alguna duda, pueden contactar con la persona de referencia del estudio, Esther Castañeda: [esther.castaneda.lopez@gmail.com](mailto:esther.castaneda.lopez@gmail.com)

Agradezco de antemano su colaboración y quedo a su entera disposición.

El equipo directivo

### ANEXO 3. Autorización de los padres o tutores legales para la aplicación de cuestionarios

D. /Dña:

Nombre \_\_\_\_\_ 1° Apellido \_\_\_\_\_ 2° Apellido \_\_\_\_\_

Con DNI n° \_\_\_\_\_ con domicilio, a efectos de notificación en C/ \_\_\_\_\_

número y piso \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_ localidad \_\_\_\_\_

teléfono \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_

como padres/tutores legales del alumno \_\_\_\_\_

con fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

del curso 3° Ed. Primaria (EP)  4° EP  5° EP  6° EP

del Colegio \_\_\_\_\_ localidad \_\_\_\_\_

Autorizan a Esther Castañeda López a aplicar los cuestionarios necesarios para la investigación sobre su tesis doctoral con el objetivo de recabar datos para la realización del estudio y poder aportar información relevante para adoptar las medidas más adecuadas para el alumno.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

## ANEXO 4. Protocolo de evaluación a los niños

### DATOS DEL ALUMNO

- Nombre y apellidos \_\_\_\_\_
- Fecha de hoy \_\_\_\_\_
- Día, mes y año de nacimiento \_\_\_\_\_
- Señala con una cruz:                      chico                       chica
- Señala con una cruz tu curso: 3° EP  4° EP  5° EP  6° EP
- Nombre del Colegio \_\_\_\_\_
- Ciudad donde está el Colegio \_\_\_\_\_

## TAS- 20 NIÑOS

A continuación, encontrarás 20 frases cortas. Cada frase es un enunciado que indica cómo las personas pueden sentir o pensar sobre sus emociones. Elige solo una respuesta, aquella que mejor se adapte a ti. Si encuentras dificultad para contestar, elige la respuesta que se adapte a ti la mayor parte de las veces. Cada persona tiene diferentes sentimientos e ideas sobre sus emociones. Por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas, ya que se trata sólo de lo que tú piensas.

Ítems		Frecuentemente verdad	A veces verdad	No es verdad
1	A menudo estoy confuso sobre lo que estoy sintiendo por dentro			
2	Me resulta difícil decir cómo me siento por dentro			
3	Siento cosas en mi cuerpo que ni los médicos entienden			
4	Yo puedo expresar fácilmente como me siento por dentro			
5	Cuando tengo un problema, quiero saber de dónde viene y no solo hablar de ello			
6	Cuando estoy disgustado, no sé si estoy triste, asustado o enfadado			
7	A menudo estoy desconcertado por las cosas que siento en mi cuerpo			
8	Prefiero esperar y ver qué pasa, en lugar de pensar acerca de por qué suceden las cosas			
9	A veces no puedo encontrar las palabras para expresar cómo me siento por dentro			
10	Es importante entender cómo te sientes por dentro			
11	Me resulta difícil decirlo que siento por otras personas			
12	Otras personas me dicen que debo hablar más sobre cómo me siento por dentro			
13	No sé lo que está pasando dentro de mí			
14	A menudo no sé por qué estoy enfadado			
15	Yo prefiero hablar con la gente sobre las cosas cotidianas, en lugar de sobre cómo se sienten			
16	Yo prefiero ver programas de televisión divertidos, en lugar de películas que cuentan una historia acerca de los problemas de otras personas			

17	Es difícil para mí decir cómo me siento realmente por dentro, ni siquiera a mi mejor amigo			
18	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso cuando estamos sentados sin hacer ni decir nada			
19	Pensar cómo me siento, me ayuda cuando quiero hacer algo para solucionar mis problemas			
20	Cuando tengo que concentrarme en una película para entender la historia, disfruto de la película mucho menos			

**Por favor, comprueba que has contestado todas las frases. Gracias**

## BFQ- NA NIÑOS

En el siguiente cuestionario se dicen cosas que hacen, sienten o dicen las personas. Cuando leas cada una de ellas, señala con una “X” el recuadro que mejor describa con qué frecuencia eres o te comportas de ese modo. Si alguna pregunta no te describe exactamente, contesta la opción de respuesta que más se aproxime. La mejor respuesta es la que contestes sin pensar demasiado y que exprese tu primera reacción.

Ítems		Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca
1	Tengo ganas de ver a otras personas					
2	Comparto mis cosas con los demás					
3	Hago las cosas con atención y sin distraerme					
4	Me pongo nervioso por tonterías					
5	Sé muchas cosas					
6	Estoy de mal humor					
7	Trabajo mucho y con ganas					
8	Discuto acaloradamente con los demás					
9	Me gusta competir con los compañeros					
10	Tengo una gran fantasía					
11	Soy correcto y honrado con los demás					
12	Aprendo fácilmente las cosas que estudio en el colegio					
13	Me doy cuenta cuando los demás necesitan ayuda.					
14	Me gusta mucho moverme y estar activo					
15	Me enfado con facilidad					
16	Me gusta hacer regalos					
17	Me peleo con los demás					
18	Cuando el profesor pregunta, respondo bien					
19	Me gusta estar en compañía de otros					
20	Pongo mucho empeño en las cosas que hago					
21	Si alguien me hace una faena le perdono					
22	En clase me concentro en las cosas que hago					
23	Me resulta fácil decir a los demás lo que pienso					



24	Me gusta leer libros					
25	Cuando he terminado los ejercicios, los repaso muchas veces para ver si he hecho todo bien					
26	Digo lo que pienso					
27	Trato a mis compañeros afectuosamente					
28	Respeto las reglas y el orden					
29	Me ofendo fácilmente					
30	Cuando el maestro explica algo, lo entiendo enseguida					
31	Estoy triste					
32	Me comporto con los demás con mucha amabilidad					
33	Me gustan los programas de ciencias en televisión					
34	Si me comprometo a algo, lo mantengo					
35	Hago cualquier cosa para no aburrirme					
36	Me gusta ver el telediario y saber lo que ocurre en el mundo					
37	Mi habitación está ordenada					
38	Respondo a otras personas con educación					
39	Cuando quiero hacer algo, no me entretengo y lo hago rápido					
40	Me gusta hablar con los otros					
41	Tengo poca paciencia					
42	Convenzo a los demás de lo que pienso					
43	Soy capaz de inventar juegos nuevos y divertidos					
44	Cuando empiezo algo, tengo que terminarlo a toda costa					
45	Si un compañero de clase tiene dificultades, le ayudo					
46	Se me dan bien los problemas de matemáticas					
47	Me fío de los demás					
48	Me gusta tener todas las cosas del colegio muy ordenadas					
49	Pierdo la calma con facilidad					
50	Cuando hablo, los demás me escuchan y hacen lo que yo digo					
51	Trato bien incluso a las personas que me son antipáticas					

52	Me gusta conocer y aprender cosas nuevas					
53	Solo juego después de haber terminado los deberes					
54	Hago las cosas precipitadamente					
55	Me gusta hacer bromas					
56	Difícilmente me distraigo					
57	Hago amistad fácilmente					
58	Lloro					
59	Me gustaría mucho viajar y conocer el modo de vida de otros pueblos					
60	Pienso que las otras personas son buenas y honradas					
61	Me preocupan cosas sin importancia					
62	Entiendo las cosas inmediatamente					
63	Soy muy alegre y vivaz					
64	Dejo que los demás usen mis cosas					
65	Cumplo con mis obligaciones					

**Por favor, comprueba que has contestado todas las frases. Gracias**

## CERQ NIÑOS

A veces pasan cosas agradables en tu vida y a veces pueden ocurrir cosas desagradables. Cuando pasa algo desagradable, puedes pensar sobre ello durante mucho tiempo.

Cuando **te pasa algo desagradable**, ¿qué es lo que sueles pensar?

	Ítems	(Casi) nunca	A veces	Regularmente	A menudo	(Casi) siempre
1.	Creo que yo soy el culpable.	1	2	3	4	5
2.	Creo que tengo que aceptarlo.	1	2	3	4	5
3.	Una y otra vez, pienso en cómo me siento sobre lo que ha pasado.	1	2	3	4	5
4.	Pienso en cosas más agradables.	1	2	3	4	5
5.	Pienso en qué sería lo mejor que podría hacer.	1	2	3	4	5
6.	Creo que puedo aprender de ello.	1	2	3	4	5
7.	Creo que cosas peores pueden pasar.	1	2	3	4	5
8.	A menudo pienso que esto es mucho peor que lo que le ocurre a los demás.	1	2	3	4	5
9.	Creo que otros son los culpables.	1	2	3	4	5
10.	Creo que he sido estúpido.	1	2	3	4	5
11.	Ya ha ocurrido, no hay nada que yo pueda hacer al respecto.	1	2	3	4	5
12.	A menudo pienso en lo que estoy pensando y sintiendo sobre lo ocurrido.	1	2	3	4	5
13.	Pienso en cosas más agradables que no tienen nada que ver con lo ocurrido.	1	2	3	4	5
14.	Pienso en cómo puedo afrontarlo.	1	2	3	4	5
15.	Creo que esto me hace sentir “más maduro y más sabio”.	1	2	3	4	5
16.	Creo que a otros les pasan cosas peores	1	2	3	4	5
17.	Una y otra vez pienso en lo terrible que es todo lo que ha pasado.	1	2	3	4	5
18.	Creo que otros han sido estúpidos.	1	2	3	4	5
19.	Creo que es mi culpa.	1	2	3	4	5
20.	Creo que no puedo cambiarlo.	1	2	3	4	5
21.	Todo el tiempo, pienso que quiero entender por qué me siento así.	1	2	3	4	5
22.	Pienso en algo agradable y no sobre lo que ocurrió.	1	2	3	4	5
23.	Pienso en cómo puedo cambiarlo	1	2	3	4	5
24.	Creo que lo ocurrido tiene también una parte positiva.	1	2	3	4	5

25.	Creo que no es tan malo como otras cosas que podrían pasar.	1	2	3	4	5
26.	Todo el tiempo pienso que esto es lo peor que te puede pasar.	1	2	3	4	5
27.	Creo que es culpa de otros.	1	2	3	4	5
28.	Creo que todo esto es causado por mí.	1	2	3	4	5
29.	Creo que no puedo hacer nada al respecto.	1	2	3	4	5
30.	A menudo pienso en cómo me siento sobre lo que ha ocurrido.	1	2	3	4	5
31.	Pienso en las cosas agradables que me han pasado.	1	2	3	4	5
32.	Pienso en qué es lo mejor que puedo hacer.	1	2	3	4	5
33.	Creo que no todo es malo.	1	2	3	4	5
34.	Creo que hay cosas peores en el mundo.	1	2	3	4	5
35.	A menudo pienso en lo horrible que fue la situación.	1	2	3	4	5
36.	Creo que todo es causado por otros.	1	2	3	4	5

**Por favor, comprueba que has contestado todas las frases. Gracias**

## KIDSCREEN NIÑOS

¿Cómo estás? ¿Cómo te sientes? Esto es lo que queremos saber sobre ti.

Por favor, lee cada pregunta atentamente. Cuando pienses en tu respuesta, por favor intenta recordar la última semana, es decir, los últimos siete días. ¿Cuál es la respuesta que primero se te ocurre? Escoge la opción que creas mejor para ti y escribe una cruz en ella.

Recuerda: Esto no es un examen. No hay respuestas correctas o incorrectas. Pero es importante que contestes todas las preguntas que puedas y que podamos ver con claridad las cruces.

### 1. Actividad física y salud

En general, ¿cómo dirías que es tu salud?

1.

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
2. ¿Te has sentido bien y en forma?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido físicamente activo/a (por ejemplo, has corrido, trepado, ido en bici)?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
4. ¿Has podido correr bien?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
5. ¿Te has sentido lleno/a de energía?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

### 2. Tus sentimientos

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Has disfrutado de la vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido contento/a de estar vivo/a?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido satisfecho/a con tu vida?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Has estado de buen humor?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido alegre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te has divertido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

### 3. Estado de ánimo

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido la sensación de hacerlo todo mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Te has sentido triste?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido tan mal que no querías hacer nada?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Has tenido la sensación de que todo en tu vida sale mal?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te has sentido harto/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te has sentido solo/a?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
7. ¿Te has sentido bajo presión?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

### 4. Sobre ti

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has estado contento/a con tu forma de ser?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has estado contento/a con tu ropa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te ha preocupado tu aspecto?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Has tenido envidia del aspecto de otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Hay alguna parte de tu cuerpo que te gustaría cambiar?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 5. Tu tiempo libre

Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Has tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Has podido hacer las cosas que querías en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Has tenido suficientes oportunidades de estar al aire libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿Has tenido suficiente tiempo de ver a los amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿Has podido elegir qué hacer en tu tiempo libre?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 6. Tu vida familiar

Piensa en la última semana...		Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1.	¿Tus padres te han entendido?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2.	¿Te has sentido querido/a por tus padres?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
3.	¿Te has sentido feliz en casa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4.	¿Tus padres han tenido suficiente tiempo para ti?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5.	¿Tus padres te han tratado de forma justa?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6.	¿Has podido hablar con tus padres cuando has querido?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 7. Asuntos económicos

Piensa en la última semana...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1.	¿Has tenido suficiente dinero para hacer lo mismo que tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2.	¿Has tenido suficiente dinero para tus gastos?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3.	¿Tienes suficiente dinero para hacer cosas con tus amigos/as?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

## 8. Tus amigos/as

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has pasado tiempo con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Has hecho cosas con otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te has divertido con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
4. ¿Tú y tus amigos/as os habéis ayudado unos/as a otros/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Has podido hablar de todo con tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Has podido confiar en tus amigos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 9. El colegio

Piensa en la última semana...

	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo
1. ¿Te has sentido feliz en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
2. ¿Te ha ido bien en el colegio?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>
3. ¿Te has sentido satisfecho/a con tus profesores/as?	Nada <input type="radio"/>	Un poco <input type="radio"/>	Moderadamente <input type="radio"/>	Mucho <input type="radio"/>	Muchísimo <input type="radio"/>

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
4. ¿Has podido prestar atención?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
5. ¿Te ha gustado ir al colegio?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
6. ¿Te has llevado bien con tus profesores/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

## 10. Tú y los demás

Piensa en la última semana...

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. ¿Has tenido miedo de otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
2. ¿Se han reído de ti otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>
3. ¿Te han intimidado o amenazado otros chicos/as?	Nunca <input type="radio"/>	Casi nunca <input type="radio"/>	Algunas veces <input type="radio"/>	Casi siempre <input type="radio"/>	Siempre <input type="radio"/>

**Por favor, comprueba que has contestado todas las frases. Gracias**



## CPSE NIÑOS

Cuando leas cada una de las cuestiones, señala con una cruz el recuadro que mejor te describa. Si alguna pregunta no te describe exactamente, contesta la opción de respuesta que más se aproxime. No existen respuestas correctas o incorrectas, la mejor respuesta es la que contestes sin pensar demasiado y que exprese tu primera reacción.

Ítems		Fatal	No muy bien	Bien	Fenomenal	Fenomenal +
1	¿Qué tal se te dan las Matemáticas?					
2	¿Qué tal se te dan las Ciencias Sociales (Historia, Arte, Geografía, mapas, pueblos, Economía)?					
3	¿Qué tal se te dan las Ciencias (Conocimiento del Medio; Naturales, Física, Química)?					
4	¿Qué tal son tus técnicas de lectura y escritura?					
5	¿Qué tal se te da la Gramática (determinantes, verbos, ortografía)?					
6	¿Qué tal se te da aprender una lengua extranjera?					
7	¿Qué tal se te da acabar los deberes cuando tienes una fecha de entrega límite?					
8	¿Qué tal se te da estudiar cuando hay otras cosas que te gustan más hacer?					
9	¿Qué tal te concentras en las asignaturas del colegio?					
10	¿Qué tal se te da tomar apuntes en clase (copiar de la pizarra, tomar notas del/la profesor/a)?					
11	¿Cómo se te da buscar información en la biblioteca o consultar libros o enciclopedias para resolver tus deberes?					
12	¿Qué tal organizas el trabajo que has de hacer para el colegio?					
13	¿Qué tal memorizas lo que explica el profesor en clase o lo que lees en los libros de texto?					
14	¿Qué tal se te da encontrar un sitio donde poder estudiar sin distracciones?					

15	¿Qué tal te animas para hacer el trabajo escolar?					
16	¿Qué tal se te da participar en debates en clase?					
17	¿Qué tal se te dan las actividades deportivas?					
18	¿Qué tal se te da hacer gimnasia normalmente?					
19	¿Qué tal se te da formar parte de un equipo deportivo (por ejemplo, baloncesto, voleibol, fútbol...)?					
20	¿Qué tal se te da decir no cuando los compañeros te piden hacer cosas que pudieran meterte en problemas en el colegio?					
21	¿Qué tal se te da no hacer novillos cuando estás aburrido o contrariado?					
22	¿Qué tal se te da decir no cuando los compañeros insisten para que fumes tabaco?					
23	¿Qué tal se te da decir no cuando los compañeros insisten para que bebas alcohol (cerveza, vino, licores)?					
24	¿Qué tal se te da decir no cuando alguien te pide que hagas algo que no ves bien o que es poco razonable?					
25	¿Consigues estar a la altura de lo que tus padres esperan de ti?					
26	¿Consigues estar a la altura de lo que tus profesores esperan de ti?					
27	¿Consigues estar a la altura de lo que tus compañeros esperan de ti?					
28	¿Consigues estar a la altura de lo que esperas de ti mismo?					
29	¿Qué tal se te da hacer y mantener amigos del sexo opuesto (niños con niñas; niñas con niños)?					
30	¿Qué tal se te da hacer y mantener amigos de tu mismo sexo?					
31	¿Qué tal se te da mantener conversaciones con los demás?					
32	¿Qué tal se te da trabajar en grupo?					

33	¿Qué tal se te da decir tus opiniones cuando otros compañeros tienen otra opinión distinta a la tuya?					
34	¿Qué tal se te da defenderte cuando crees que te están tratando mal o injustamente?					
35	¿Qué tal resuelves las situaciones en las que otros te molestan o dañan tus sentimientos?					

**Por favor, comprueba que has contestado todas las frases. Gracias**

## ANEXO 5: Protocolo de evaluación a los padres

Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ESTOS DATOS SERÁN TRATADOS CON TOTAL CONFIDENCIALIDAD Y EN NINGÚN MOMENTO SERÁN UTILIZADOS PARA FINES EXTERNOS A LA INVESTIGACIÓN.**

### DATOS DE LOS PADRES

- Nombre y apellidos del padre/madre/otro \_\_\_\_\_
- Nombre y apellidos del niño \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento del padre/madre/otro \_\_\_\_\_
- Señala: varón  mujer
- Señala el curso de tu hijo: 3° EP  4° EP  5° EP  6° EP
- Nombre del Colegio \_\_\_\_\_
- Correo electrónico (para el envío de resultados) \_\_\_\_\_

### ACLARACIONES PREVIAS PARA PADRES

Estos dos cuestionarios deben ser cumplimentados por una sola persona (adulto), aquella que tenga mayor relación con el niño.

A continuación encontrarás una serie de preguntas sobre tu forma de pensar, ser y sentir (se trata de un cuestionario para adultos, no debes contestar sobre el niño, sino sobre ti). Por favor,

sé sincero, no hay respuestas correctas o incorrectas. No es necesario que pienses demasiado cada una de las cuestiones.

Debes responder todas las preguntas y señalar una sola respuesta, revísalo al finalizar.

Una vez cumplimentados entrégalos, junto a la hoja de autorización, a su profesor a través de la agenda del alumno.

**Gracias por tu colaboración.**

## CERQ PADRES

¿Cómo afronta usted los acontecimientos?

Todos nos enfrentamos en algún momento con acontecimientos que resultan negativos o desagradables y cada uno de nosotros responde ante ellos de un modo personal. En las siguientes frases le pedimos que indique lo que piensa usted habitualmente cuando se enfrenta a una **experiencia negativa o a acontecimientos desagradables**.

ITEMS	(Casi nunca	A veces	Regular -mente	A menudo	(Casi) siempre
1. Siento que soy el único culpable de lo que ha pasado	1	2	3	4	5
2. Creo que tengo que aceptar lo que ha pasado	1	2	3	4	5
3. Pienso a menudo en cómo me siento en relación con lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
4. Pienso en algo más agradable que lo que me ha ocurrido	1	2	3	4	5
5. Pienso en qué es lo mejor que podría hacer	1	2	3	4	5
6. Creo que puedo aprender algo de la situación	1	2	3	4	5
7. Creo que todo podría haber sido mucho peor	1	2	3	4	5
8. A menudo pienso que lo que me ha pasado es mucho peor que lo que le ha ocurrido a otras personas.	1	2	3	4	5
9. Me parece que otros son culpables de lo ocurrido	1	2	3	4	5
10. Me siento único responsable de lo ocurrido	1	2	3	4	5
11. Creo que tengo que aceptar la situación	1	2	3	4	5
12. Me preocupa lo que piense y sienta sobre lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
13. Pienso en cosas agradables que nada tienen que ver con lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
14. Pienso en cuál sería la mejor forma de enfrentarme a la situación	1	2	3	4	5
15. Creo que lo que ha pasado me puede hacer más fuerte	1	2	3	4	5
16. Creo que otras personas pasan por experiencias mucho peores	1	2	3	4	5
17. Sigo pensando en lo terrible que ha sido lo que me ha pasado	1	2	3	4	5
18. Me parece que otros son responsables de lo que ha ocurrido	1	2	3	4	5

19. Reflexiono sobre los errores que he cometido en este asunto	1	2	3	4	5
20. Creo que no puedo cambiar nada de lo ocurrido	1	2	3	4	5
21. Quiero entender por qué la experiencia que he tenido me hace sentir así	1	2	3	4	5
22. Pienso en algo agradable en vez de pensar en lo ocurrido	1	2	3	4	5
23. Pienso en cómo cambiar la situación	1	2	3	4	5
24. Creo que la situación tiene también su lado positivo	1	2	3	4	5
25. Creo que no ha sido tan malo en comparación a otras cosas	1	2	3	4	5
26. Frecuentemente pienso que lo que he sufrido es lo peor que le puede pasar a una persona	1	2	3	4	5
27. Pienso en los errores que otros han cometido en este asunto	1	2	3	4	5
28. Básicamente considero que la causa de lo que me ha ocurrido debe estar en mi mismo	1	2	3	4	5
29. Creo que debo aprender a vivir con ello	1	2	3	4	5
30. Pienso continuamente en los sentimientos que la situación ha provocado en mí	1	2	3	4	5
31. Pienso en experiencias agradables	1	2	3	4	5
32. Pienso en un plan acerca de lo mejor que podría hacer	1	2	3	4	5
33. Busco los aspectos positivos de la cuestión	1	2	3	4	5
34. Me digo que hay cosas peores en la vida	1	2	3	4	5
35. Pienso continuamente en lo horrible que ha sido la situación	1	2	3	4	5
36. Pienso que, básicamente, la culpa es de otros	1	2	3	4	5

## TAS- 20 PADRES

Te agradeceríamos respondieras a una serie de cuestiones respecto a cómo te sientes habitualmente. Elige la opción que consideres correcta o se acerque más a lo que piensas al respecto.

	ITEMS	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	No sé. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Muchas veces estoy confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
2	Me es difícil encontrar las palabras correctas para describir mis sentimientos	1	2	3	4	5
3	Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los médicos las entienden	1	2	3	4	5
4	Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad	1	2	3	4	5
5	Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos o explicarlos	1	2	3	4	5
6	Cuando me siento mal, no sé si estoy triste, asustado o enfadado	1	2	3	4	5
7	Muchas veces estoy confundido con las sensaciones que siento en mi cuerpo	1	2	3	4	5
8	Prefiero dejar que las cosas pasen por sí solas, en vez de analizar por qué han ocurrido así	1	2	3	4	5
9	Tengo sentimientos que realmente no puedo identificar	1	2	3	4	5
10	Es esencial estar en contacto con emociones o sentimientos .	1	2	3	4	5
11	Me es difícil describir o explicar lo que siento acerca de la gente	1	2	3	4	5
12	La gente me pide que explique con mis sentimientos con más detalle	1	2	3	4	5
13	No sé lo que está pasando en mi interior, dentro de mí	1	2	3	4	5
14	Muchas veces no sé por qué estoy molesto	1	2	3	4	5
15	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias, más que de sus	1	2	3	4	5



	sentimientos					
16	Cuando veo TV, prefiero ver programas superficiales de entretenimiento, en vez de complicados dramas psicológicos	1	2	3	4	5
17	Me es difícil revelar mis sentimientos más íntimos, incluso a mis amigos más cercanos	1	2	3	4	5
18	Puedo sentirme cercano a alguien, comprender sus sentimientos, incluso en momentos de silencio.	1	2	3	4	5
19	Me resulta útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales	1	2	3	4	5
20	Buscar el significado profundo de las películas distrae de la diversión que se siente de verlas simplemente	1	2	3	4	5

**Por favor, comprueba que has contestado todas las frases de ambos cuestionarios.  
Gracias.**