

**Theoretical and Review Articles // Artículos teóricos y de revisión**

- Lara Salguero Lucas Miguel Ángel Pérez Nieto 241-259 A Motivational Approach to Sexual Desire: A Model for Self-Regulation.
- Arul Muthu Amirtha Revathy 261-275 Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Anxiety, Depression, and Stress during COVID-19 Pandemic: A Narrative Review.

**Research Articles // Artículos de investigación**

- Manuel González Mario González Laureano Lorenzo Pilar Rascón 279-289 Síntomas de ansiedad y depresión en población general y clínica: contribución diferencial de las estrategias de regulación emocional. [*Symptoms of Anxiety and Depression in General and Clinical Population: Differential Contribution of Emotional Regulation Strategies.*]
- Maliheh Ahmadi Beni Razieh Izadi Atieh Mirzaamiri 291-300 Effectiveness of ACT Group Therapy, DNA-V Model on Emotion Regulation, Social and Academic Skills of Adolescents.
- Diana M. Bravo Juan C. Suárez Falcón Javier M. Bianchi Salguero Bárbara Gil Luciano Francisco J. Ruiz 301-312 Psychometric properties and measurement invariance of the Work-Related Acceptance and Action Questionnaire (WAAQ) in a Colombian sample.
- Mercedes De Weerd Aaron L. Pincus Gina Rossi 313-329 Convergence and Divergence of Grandiose and Vulnerable Narcissism with the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form.

**Brief Reports and Case Studies // Informes breves y estudios de caso**

- Paula García Vázquez Antonio Serrano García Carmen Vilella Martín Clara M. Franch Pato Rocío Gómez Martínez 333-337 Empathic Resonance: A Case of Dissociative Identity Disorder (DID)..

**Notes and Editorial Information // Avisos e información editorial**

- Editorial Office 341-342 Normas de publicación-*Instructions to Authors*.  
Editorial Office 343 Cobertura e indexación de IJP&PT. [*IJP&PT' Abstracting and Indexing.*]

ISSN 1577-7057

© 2023 Asociación de Análisis del Comportamiento, Madrid, España

# IJP&PT

## INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL THERAPY

**EDITOR**

Francisco Javier Molina Cobos  
Universidad de Almería, España

**REVIEWING EDITORS**

Mónica Hernández López  
Universidad de Jaén  
España

Francisco Ruiz Jiménez  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Colombia

**ASSOCIATE EDITORS**

Dermot Barnes-Holmes  
Ulster University, UK

J. Francisco Morales  
UNED-Madrid, España

Mauricio Papini  
Christian Texas University, USA

Miguel Ángel Vallejo Pareja  
UNED-Madrid, España

Kelly Wilson  
University of Mississippi, USA

**ASSISTANT EDITORS**

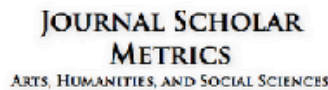
Francisco Cabello Luque  
Adolfo J. Cangas Díaz

Universidad de Murcia, España  
Universidad de Almería, España

**THE STATEMENTS, OPINIONS, AND RESULTS OF STUDIES PUBLISHED IN IJP&PT ARE THOSE OF THE AUTHORS AND DO NOT REFLECT THE POLICY OR POSITION OF THE EDITOR, THE EDITORIAL TEAM, THE IJP&PT EDITORIAL BOARD, OR THE AAC; AS TO ITS ACCURACY OR RELIABILITY, NO OTHER GUARANTEE CAN BE OFFERED THAN THAT PROVIDED BY THE AUTHORS THEMSELVES.**

**LAS DECLARACIONES, OPINIONES Y RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS PUBLICADOS EN IJP&PT PERTENECEN EN EXCLUSIVA A LOS AUTORES, Y NO REFLEJAN LA POLÍTICA O POSICIÓN DEL EDITOR, DEL EQUIPO EDITORIAL, NI DEL CONSEJO EDITORIAL DE IJP&PT, NI DE LA AAC; EN CUANTO A SU EXACTITUD O FIABILIDAD, NO PUEDE OFRECERSE NINGUNA OTRA GARANTÍA QUE NO SEA LA APORTADA POR LOS PROPIOS AUTORES.**

**IJP&PT IS INCLUDED IN THE FOLLOWING INDEXING AND DOCUMENTATION CENTERS:**



University Grants Commission  
Bahadur Shah Zafar Marg, New Delhi-110002  
Website: www.ugc.ac.in



# Síntomas de ansiedad y depresión en población general y clínica: contribución diferencial de las estrategias de regulación emocional

Manuel González\*, Mario González

Universidad de La Laguna, España

Laureano Lorenzo

Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España

Pilar Rascón

Unidad de Salud Mental de Valterra, Lanzarote, España

## ABSTRACT

**Symptoms of Anxiety and Depression in General and Clinical Population: Differential Contribution of Emotional Regulation Strategies.** Studies show that the emotional consequences of cognitive emotional regulation strategies may differ depending on the sample assessed. This paper presents a study about differences in cognitive emotion regulation between a community ( $n= 536$ ) and a clinical sample ( $n= 95$ ). Results showed that only positive reappraisal and putting into perspective were negatively related to depression in the community and clinical sample, and in the clinical sample positive reappraisal was negatively related to anxiety. Less adaptive strategies were negatively related to anxiety and depression in the community sample; however, in the clinical sample were related to depression. But catastrophizing and blaming others were related to anxiety in the clinical sample. The predictors of anxiety and depressive symptoms in both samples were catastrophizing and less positive reappraisal and positive refocusing. In the community sample the predictors were rumination and less refocus on planning, and in the clinical sample blaming others. Results showed more frequent use in participants of the clinical sample of catastrophizing (odds ratio= 1.95,  $p \leq .001$ ), blaming others (odds ratio= 1.20,  $p \leq .016$ ) and less putting into perspective (odds ratio= .86,  $p \leq .018$ ).

**Key words:** strategies of cognitive emotion, emotional cascade, catastrophizing, positive reappraisal, anxiety and depression.

**How to cite this paper:** González M, González M, Lorenzo L. & Rascón P (2023). Síntomas de ansiedad y depresión en población general y clínica: contribución diferencial de las estrategias de regulación emocional *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 23, 3, 279-289.

### Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- La investigación sobre los problemas psicológicos se ha centrado en los procesos cognitivos (evitación cognitiva y supresión de pensamientos).
- Se ha estimado que muchos de los trastornos psicológicos se caracterizan por la presencia de dificultades en la regulación de las emociones.

¿Qué añade este artículo?

- Se centra en las diferencias en las estrategias de regulación cognitiva de las emociones entre una muestra clínica y otra comunitaria.
- Los predictores compartidos en ansiedad y depresión en la muestra comunitaria han sido catastrofismo y rumiación, siendo específico en ansiedad menor aceptación y en depresión menor centrarse en la planificación.
- En la muestra clínica los predictores compartidos han sido catastrofismo y culpar a otros, siendo específico en ansiedad menor autoinculpación y en depresión menor reenfoque positivo.

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo son altamente prevalentes en la población mundial, con 4,4% para la depresión y 3,6% para la ansiedad (World Health Organization, 2017). Trastornos que muestran una elevada comorbilidad entre sí y con otros trastornos emocionales (Weber, Holbrook, Marilly & Duchemin, 2021). Estas altas prevalencia y comorbilidad hace necesaria la identificación de los procesos implicados como parte integral de los esfuerzos para mejorar las estrategias de prevención

\* Correspondencia: Manuel González, Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología. Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de La Laguna, España. Email: mgonzaro@ull.edu.es

y tratamiento para estos trastornos (Kessler & Bromet, 2013). En este sentido, se ha señalado que los déficits en la regulación de las emociones son determinantes importantes de los trastornos emocionales (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012), de manera que se han conceptualizado como factores de riesgo transdiagnóstico implicados en la aparición y mantenimiento de diversos trastornos (p.ej., Aldao, Gee, De Los Reyes & Seager, 2016; Cludius, Mennin & Ehring, 2020; Wahl *et alia*, 2019). De hecho, ha llegado a estimarse que el 75% de los trastornos incluidos en los manuales de diagnóstico se caracterizan por la presencia de dificultades relacionadas con la emoción y la regulación de las mismas (p.ej., Werner & Gross 2010).

La regulación de las emociones ha sido definida como procesos mediante los cuales podemos controlar qué emociones tenemos, cuándo y cómo las experimentamos y cómo las expresamos (Gross, 2015). Estas estrategias se refieren a estados limitados en el tiempo, ligados a la situación y con valencia positiva o negativa (McRae & Gross, 2020). Por lo tanto, la capacidad de regular deliberadamente las emociones se han entendido de crucial importancia para un funcionamiento psicosocial adecuado y el mantenimiento de la salud mental (p.ej., McRae & Gross, 2020), constituyendo esta habilidad una manera eficaz de afrontar las emociones demasiado intensas o que no se ajustan a las demandas de la situación (Sandner, Zeier, Lois & Wessa, 2021). En línea con lo anterior, la regulación exitosa de las emociones ha sido relacionada con resultados de salud mental y física a largo plazo (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010; Cludius *et alia*, 2020), mientras que el déficit en la regulación se ha relacionado con un mayor riesgo para diversos trastornos emocionales (Garofalo, Neumann, Kosson & Velotti, 2020; McRae & Gross, 2020).

Las estrategias de regulación cognitiva de las emociones han sido clasificadas (Garnefski & Kraaij, 2006) en dos categorías generales: positivas o adaptativas y negativas o menos adaptativas. Las estrategias adaptativas se refieren a la forma en que una persona altera e interpreta una situación y su capacidad para manejarla. Las estrategias menos adaptativas implican un enfoque intenso en los sentimientos y pensamientos asociados con interacciones o eventos negativos, que prolongan el afecto negativo (Kearns & Creaven, 2017). En la categoría de estrategias más adaptativas han sido incluidas (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) la aceptación (cuando la persona acepta su experiencia y lo que ha sucedido); el reenfoque positivo (pensar en cosas felices y agradables en lugar de en eventos reales); centrarse en la planificación (considerar pasos prácticos para resolver eventos negativos); la reevaluación positiva (dar un significado positivo a eventos estresantes en el aspecto del crecimiento); y poner en perspectiva (minimizar la gravedad de los hechos). Entre las menos adaptativas han sido incluidas (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) la autoinculpación (culparse a sí mismo por algo que ha pasado): la rumiación, (sentimientos y pensamientos de eventos adversos); el catastrofismo (exagerar el terror de las experiencias); y culpar a otros (de los problemas propios).

Los estudios sobre las consecuencias emocionales de las estrategias cognitivas de regulación de las emociones han indicado que la rumia, el catastrofismo, la autoinculpación y el uso menos frecuente de la reevaluación positiva predicen la aparición y el mantenimiento de la depresión y la ansiedad (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Garnefski, Van Den Kommer, Kraaij, Teerds *et alia*. 2002; Garnefski & Kraaij, 2006; Domaradzka & Fajkowska, 2018), y que esas consecuencias podrían diferir dependiendo de la muestra estudiada (clínica frente a no clínica) (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012).

En cuanto a las estrategias más adaptativas, los estudios revisados son algo divergentes, pues en relación con la aceptación se ha constatado que: 1) no muestra relaciones estadísticamente significativas con la ansiedad y la depresión en un estudio realizado en cinco países europeos, excepto una relación con ansiedad en la muestra húngara (Potthoff *et alia*, 2016); 2) otros estudios han confirmado que se relaciona positivamente con ansiedad y depresión (Feliu-Soler *et alia*, 2017; Garnefski & Kraaij, 2018); y 3) finalmente, en un estudio se encontró un coeficiente de correlación negativo con depresión (Carvajal *et alia*, 2022). En cuanto a las estrategias más adaptativas se encuentran más concordancia, pues la reevaluación positiva y el reenfoque positivo se relacionaron negativamente con ansiedad y depresión (Carvajal *et alia*, 2022; Feliu Soler *et alia*, 2017; Garnefski & Kraaij, 2018; Potthoff *et alia*, 2016) y las estrategias de centrarse en la planificación y puesta en perspectiva por lo general no revelaron relaciones estadísticamente significativas con ansiedad y depresión (Feliu-Soler *et alia*, 2017; Garnefski & Kraaij, 2018; Potthoff *et alia*, 2016).

Las estrategias de regulación cognitiva de las emociones como predictores de la ansiedad y la depresión fueron: 1) la autoinculpación, la rumiación, el catastrofismo, menor aceptación y menor reevaluación positiva (Carvajal *et alia*, 2022; Feliu-Soler *et alia*, 2017; Garnefski & Kraaij, 2018; Wang *et alia*, 2021).

Atendiendo a un grupo clínico y normal se encuentran diferencias estadísticamente significativas para los primeros en la autoinculpación, la rumiación, la catastrofización y el culpar a los demás, y para los segundas en puesta en perspectiva, pero no se encontraron diferencias en aceptación, reenfoque positivo, centrarse en la planificación y reevaluación positiva (Feliu-Soler *et alia*, 2017; Garnefski & Kraaij, 2018).

Los predictores de pertenecía al grupos clínico y no clínico fueron la autoinculpación, la catastrofización y la reevaluación positiva (Garnefski *et alia*, 2002). En otro estudio fueron la autoinculpación, culpar a otros, menor aceptación y la puesta en perspectiva (Wang *et alia*, 2021).

En los estudios revisados las cuatro estrategias menos adaptativas se relacionan con ansiedad y depresión, pero existen algunas diferencias en los coeficientes de correlación en las estrategias que hemos denominado más adaptativas. Estos resultados discordantes es plausible que sean debidos al tipo de muestra empleada, como adolescentes vs adultos, así como, a los criterios de selección de las muestras mediante puntos de corte en cuestionarios, y el empleo del cuestionario CERQ (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*) de 36 (Garnefski *et alia*, 2001) o 18 ítems (Garnefski & Kraaij, 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior, este estudio se planteó con los siguientes objetivos: 1) evaluar las relaciones entre las estrategias cognitivas de regulación emocional con los síntomas de depresión y ansiedad tanto en una muestra comunitaria como clínica; 2) conocer la existencia de diferencias en las estrategias cognitivas de regulación de las emociones entre una muestra comunitaria y otra clínica; 3) evaluar los predictores de ansiedad y depresión en cada muestra; y 4) qué estrategias específicas de regulación cognitiva de las emociones resultan diferenciales entre estas ambas muestras.

## MÉTODO

### *Participantes y Diseño*

Se empleó un diseño analítico transversal comparativo y correlacional con dos muestras, una de población general que denominaremos muestra comunitaria, y otra

formada por participantes con un diagnóstico. La primera de la población general ( $N=536$ ; 59,5% mujeres) con una media de edad de 29,9 años ( $DT=12.6$ ). Los criterios de inclusión de la muestra general fueron tener más de 18 años y acceder de forma voluntaria a contestar los cuestionarios. La muestra comunitaria fue seleccionada por 15 alumnos de Psicología que realizaban el trabajo de fin de grado a quienes se solicitó que seleccionaran, en su entorno cercano, a entre 8 y 10 adultos mayores de 18 años, mediante el efecto de bola nieve (Thomson, 2002).

Los criterios de inclusión de la muestra clínica fueron tener más de 18 años y que asistían a consulta en un centro de salud mental por problemas de ansiedad y/o depresión, excluyendo a personas con diagnóstico de trastorno bipolar o psicótico. La muestra clínica fue recogida por el tercer y cuarto autores entre usuarios de centros públicos de salud mental y estuvo compuesta por 95 participantes (Media edad= 40,3 años,  $DT=12.6$ ; 68% mujeres). Los participantes en ambas muestras cumplieron y firmaron un consentimiento informado, y se les garantizó que sus datos y puntuaciones serían considerados estrictamente confidenciales y protegidas legalmente.

### *Instrumentos*

*Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995; versión española, Bados, Solanas & Andrés, 2005). Instrumento que mide los síntomas de depresión y ansiedad. Se emplearon sólo las escalas de ansiedad y depresión. La consistencia interna de la versión española de las DASS-21 es .95 y la fiabilidad test-retest .55 (Bados *et alia*, 2005). En este estudio la consistencia interna de la escala de ansiedad fue .85 y la de la escala de depresión .90.

*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ-18; Garnefski & Kraaij, 2006). Cuestionario de 18 ítems que evalúa las mismas estrategias que la versión original de 36 ítems (Garnefski *et alia*, 2001). Las escalas son: autoinculpción ( $\alpha=.68$ ), aceptación ( $\alpha=.73$ ), rumia ( $\alpha=.79$ ), reorientación positiva ( $\alpha=.80$ ), centrarse en la planificación ( $\alpha=.79$ ), reenfoque positivo ( $\alpha=.81$ ), puesta en perspectiva ( $\alpha=.79$ ), I catastrofismo ( $\alpha=.81$ ) y culpar a los demás ( $\alpha=.77$ ) (Garnefski & Kraaij, 2007). La consistencia interna del CERQ-18 en su versión original es de .91 (Garnefski & Kraaij, 2007). El CERQ-18 fue traducido al español por el primer y segundo autores, siendo revisado por una especialista en filología inglesa de la Universidad de La Laguna. La consistencia interna en este estudio fue: autoinculpción ( $\alpha=.73$ ), aceptación ( $\alpha=.73$ ), la rumia ( $\alpha=.65$ ), reorientación positiva ( $\alpha=.81$ ), centrarse en la planificación ( $\alpha=.65$ ), reevaluación positiva ( $\alpha=.63$ ), puesta en perspectiva ( $\alpha=.70$ ), catastrofismo ( $\alpha=.69$ ) y culpar a los demás ( $\alpha=.60$ ). La consistencia interna del cuestionario total en su versión española fue de .80.

### *Procedimiento*

Ambas muestras completaron los mismos cuestionarios e inventarios, que se indican en la sección de Instrumentos. Los datos de la muestra comunitaria fueron recogidos por 15 alumnos de Psicología que realizaban el trabajo de fin de grado, y habían sido entrenados en la administración de los cuestionarios mediante procedimientos de role playing. Los participantes recibieron un sobre las instrucciones para responder a cada cuestionario, debiendo entregarlos cumplimentados a la persona que ofició como contacto.

El estudio fue informado favorablemente tanto por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario Dr. Negrín (Gran Canaria, España), como por el Comité de Ética de la Investigación y el Bienestar Animal (CEIBA) de la Universidad de La Laguna.

### *Análisis de datos*

Se utilizó el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson para conocer los coeficientes de correlación entre las diferentes variables. Se analizaron las diferencias entre las muestras clínicas y comunitaria mediante un MANOVA, en el que se tiene en cuenta la prueba de Levene para la igualdad de las varianzas. Se realizó un análisis de regresión jerárquica para predecir síntomas de ansiedad y depresión tanto en la muestra clínica como en la comunitaria, en el que las variables predictoras fueron las nueve estrategias de regulación cognitiva de las emociones establecidas por Garnefski et alia (2001). La multicolinealidad se evaluó mediante dos indicadores de diagnóstico, la tolerancia y el factor de inflación de la varianza ( $VIF$ ). Se recomienda que el valor de la tolerancia sea superior a .10 y que el valor del  $VIF$  sea inferior a 10 (Kline, 2015). Para conocer las relaciones entre las nueve estrategias cognitivas y el tipo de muestra, se realizó un análisis de regresión logística, estableciendo el tipo de muestra (clínica vs comunitaria) como variable dependiente binaria, y las nueve estrategias cognitivas como variables independientes, estableciendo  $p < .05$  como el nivel estadísticamente significativo para las razones de probabilidad ( $OR$ ) e intervalos de confianza ( $IC$ ) del 95%.

## RESULTADOS

Los resultados sociodemográficos de las muestras empleadas indicaron que los participantes de la muestra comunitaria tenían un nivel primario de estudios el 5%, el 45,8% estudios medios, y el 19,8% estudios universitarios a nivel de diplomatura, y el 29% a nivel de licenciatura. En cuanto a su actividad el 54,5% informaron estar estudiando, 31,4% con trabajo remunerado, 11,4% desempleados y 2,8% jubilados. En cuanto al estado civil el 61,7% informaron estar solteros, el 32,1% casados o con pareja y el 6,2% divorciados o separados. Finalmente, el 28,9% de la muestra procedía del área rural.

En la muestra clínica los resultados sociodemográficos mostraron que el 43,3% informaron un nivel de estudios primarios, el 11,9% estudios medios, el 19,5% diplomados universitarios y 32,8% licenciados. En relación con su actividad el 40,3% informaron estar estudiando, el 26,8% tener trabajo remunerado, el 32,8% estar desempleados y 3,8% jubilados. En cuanto a su estado civil, el 94,03% estaban solteros y el 5,97% casados o con pareja. Todos los participantes provenían del área rural. El 53,8% de los participantes tenían un diagnóstico de depresión, (que en el 46,2% incluía síntomas de moderados a leves), y el 48,3% un informe de síntomas de ansiedad.

Los coeficientes de correlación entre los factores del CERQ18 en la muestra comunitaria y clínica se muestran en la tabla 1. En la primera, los cinco factores más adaptivos se relacionaron entre sí con coeficientes que oscilan entre .26 y .53. Lo mismo ocurre para los cuatro factores menos adaptivos, destacando la elevada correlación entre autoinculpación y catastrofismo, relacionándose .26 autoinculpación con culpar a otros. Aceptación y centrarse en la planificación se relacionaron con autoinculpación, rumia y catastrofismo. El reenfoque positivo y la reevaluación positiva se relacionaron con la rumia, e igualmente la puesta en perspectiva se relacionó con autoinculpación y rumia. En la muestra clínica los coeficientes de correlación entre los factores más adaptivos fueron similares a los obtenidos en la muestra comunitaria, pero culpar a otros no se relacionó con los otros tres factores restantes, mientras que los factores centrarse en la planificación y puesta en perspectiva sí se relacionaron con rumia.

Tabla 1. Coeficientes de correlación entre las estrategias de regulación cognitiva de las emociones en las muestras comunitaria y clínica.

	RENP	CEPL	REEV	PUES	AUTOI	RUMIA	CATAS	CULP
Muestra Comunitaria	ACEP	.26***	.37***	.52***	.34***	.19***	.34***	.13**
	RENP		.49***	.42***	.50***	.04	.13**	.00
	CEPL			.46***	.53***	.22***	.35***	.17***
	REEV				.44***	.04	.30***	-.05
	PUES					.16***	.17***	.08
	AUTOI						.45***	.80***
	RUMIA							.21***
	CATAS							.27***
Muestra Clínica	ACEP	.32***	.22*	.56***	.30***	.12	.09	-.07
	RENP		.38***	.54***	.49***	.07	.18	.04
	CEPL			.40***	.36***	.13	.41***	.05
	REEV				.44***	.03	.18	-.14
	PUES					.14	.22*	.07
	AUTOI						.51***	.81***
	RUMIA							.54***
	CATAS							.16

Notas: ACEP= Aceptación; AUTOI= Autoinculpación; CATAS= Catastrofismo; CEPL= Centrarse en la planificación; CULP= Culpar a otros; PUES= Puesta en perspectiva; RENP= Reenfoco positivo; REVP= Reevaluación positiva; RUMIA= Rumiación; \* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \*\*\* =  $p \leq .001$ .

Los datos sobre las estrategias más adaptativas de puesta en perspectiva y reevaluación positiva se relacionaron negativamente con depresión tanto en la muestra comunitaria como en la clínica. Los datos se muestran en la tabla 2, pudiendo observarse que reevaluación positiva se relacionó negativamente con ansiedad en la muestra clínica.

Tabla 2. Coeficientes de correlación ( $r$  de Pearson) entre estrategias de regulación cognitiva de las emociones y síntomas de ansiedad y depresión en las muestras comunitaria y clínica.

	Comunitaria		Clínica	
	ANS	DEP	ANS	DEP
ANS		.77***		.73***
ACEP	-.05	-.12*	-.12	-.20
RENP	.06	-.11	-.03	-.22*
CEPL	-.02	-.10	-.19	-.18
REVP	-.10	-.23***	-.27*	-.30**
PUES	-.05	-.14*	-.07	-.23*
AUTOI	.27***	.37***	.11	.30**
RUMIA	.28***	.24***	.19	.24*
CATAS	.32***	.34***	.38***	.54***
CULP	.14*	.13*	.37***	.35***

Notas: ANS = Ansiedad; DEP = Depresión; ACEP= Aceptación; AUTOI= Autoinculpación; CATAS= Catastrofismo; CEPL= Centrarse en la planificación; CULP= Culpar a otros; PUES= Puesta en perspectiva; RENP= Reenfoco positivo; REVP= Reevaluación positiva; RUMIA= Rumiación; \* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \*\*\* =  $p \leq .001$ .

La aceptación tanto en la muestra comunitaria como en la clínica mostró tendencia a relacionarse negativamente con ansiedad y depresión y, de forma estadísticamente significativa, con esta última en la muestra comunitaria. El reenfoco positivo se relacionó negativamente y centrarse en la planificación no mostró relaciones estadísticamente significativas en ambas muestras con ansiedad y depresión.

Las cuatro estrategias de regulación menos adaptativas se relacionaron positivamente con ansiedad y depresión tanto en la muestra comunitaria como en la clínica, con la excepción de que autoinculpación y rumiación no mostraron relaciones con ansiedad en la muestra clínica. También podemos observar que ansiedad y depresión comparten un 59% de la varianza en la muestra comunitaria y un 53% en la muestra clínica, señalando la comorbilidad entre los dos constructos.



Las diferencias entre la muestra clínica y comunitaria pueden observarse en la tabla 3, que muestra cómo la muestra clínica puntuó más elevado en autoinculpación, rumiación, catastrofismo, culpar a otros, ansiedad y depresión. Por el contrario, la muestra comunitaria puntuó más alto en reevaluación positiva. Igualmente, puede observarse cómo los tamaños del efecto (*g* de Hedges) fueron más elevados para depresión, ansiedad, catastrofismo, culpar a otros y autoinculpación.

Tabla 3. Diferencia de medias (MANOVA) entre la muestra comunitaria y clínica

	Muestra Comunitaria ( <i>n</i> = 290)	Muestra clínica ( <i>n</i> = 95)	<i>F</i> (1, 383)	<i>g</i> de Hedges
	<i>M</i> ( <i>DT</i> )	<i>M</i> ( <i>DT</i> )		
AUTOI	5,3 (2,1)	6,5 (2,3)	26,84***	-.59
ACEP	7,7 (2,0)	7,3 (1,9)	3,80	.22
RUMI	6,4 (2,0)	7,3 (2,0)	14,11***	-.43
RENP	5,7 (2,1)	5,5 (2,3)	.12	.05
CEPL	6,8 (1,9)	7,0 (2,1)	1,21	-.11
REVP	7,8 (1,9)	7,0 (2,0)	14,19***	.43
PUES	6,6 (2,2)	6,4 (2,4)	.94	.11
CATA	5,1 (1,8)	6,9 (2,1)	68,86***	-.96
CULP	3,9 (1,8)	5,3 (2,6)	31,98***	-.65
ANS	8,2 (8,2)	17,2 (11,0)	66,83***	-1.00
DEP	8,6 (8,9)	21,2 (11,3)	107,77***	-1.27

Notas: ACEP= Aceptación; ANS= Ansiedad; AUTOI= Autoinculpación; CATA= Catastrofismo; CEPL= Centrarse en la planificación; CULP= Culpar a otros; DEP= Depresión; PUES= Puesta en perspectiva; RENP= Reenfoco positivo; REVP= Reevaluación positiva; RUMIA= Rumiación; \* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \*\*\* =  $p \leq .001$ .

La tabla 4 muestra los resultados de los análisis de regresión tanto para la muestra comunitaria como para la clínica, donde las variables dependientes son los síntomas de ansiedad y depresión y los predictores las nueve estrategias de regulación cognitiva de las emociones. Para la muestra comunitaria se observó que ansiedad y depresión compartían como predictores catastrofismo, rumiación y menor aceptación, siendo más específico de la depresión menor reevaluación positiva. En la muestra clínica los predictores compartidos fueron catastrofismo y culpar a otros, siendo más específico de ansiedad menor autoinculpación y de depresión menor centrarse en lo positivo. En la muestra comunitaria los valores de tolerancia oscilaron entre .61 y 1.00 y el *VIF* oscilando entre 1.00 y 1.45. Mientras en la muestra clínica los valores de tolerancia

Tabla 4. Análisis de regresión entre estrategias de regulación cognitivas de las emociones y depresión y ansiedad.

Variables criterios	Variables Predictoras	<i>B</i>	$\beta$	<i>R</i> <sup>2</sup> aj	<i>SE B</i>	<i>t</i>	
Muestra comunitaria	Constante	1.47			1.49	1.49	
	Ansiedad	CATAS	.07	.28		.19	6.15***
		RUM	.44	.17		.19	3.43***
		ACEP	1.1	-.13	.14	.17	-3.09**
	Depresión	Constante	2.66			1.65	2.28*
		CATAS	1.71	.37		.20	8.46***
		REEP	-.78	-.18		.19	-4.05***
		RUMIA	.73	.17		.20	3.64***
		CEPL	-.46	-.14	.25	.19	-2.41*
	Muestra Clínica	Constante	-.87			3.99	-.22
Ansiedad		CATAS	3.64	.68		.86	4.24***
		CULP	1.02	.24		.40	2.53*
		AUTOI	1.89	-.39	.28	.76	-2.48*
Depresión		Constante	1.86			4.58	.40
		CATAS	2.93	.50		.49	5.95***
		RENP	-1.34	-.26		.43	-3.09**
	CULP	1.16	.26	.39	.38	3.08**	

Notas: CEPL= Centrarse en la planificación; AUTOI= Autoinculpación; CATA= Catastrofismo; CULP= Culpar a otros; RENP= Reenfoco positivo; REEP= Reevaluación positiva; RUMIA= Rumiación; *B*= coeficientes no estandarizados;  $\beta$ = coeficiente estandarizado; *R*<sup>2</sup>aj= *R*<sup>2</sup> ajustado; *SE B*= error típico; *t*= puntuación *t* y significación estadística; \* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \*\*\* =  $p \leq .001$ .

oscilaron entre .32 y 1.00 y el VIF entre 1.00 y 3.07, por lo que los datos no se consideraron dentro de la normalidad.

La tabla 5 muestra los resultados de la regresión logística de las razones de probabilidad para la pertenencia de las nueve estrategias de regulación cognitivas de las emociones a las muestras clínica y comunitaria. Los resultados señalan que las probabilidades de pertenencia a la muestra clínica *versus* comunitaria fue el empleo más frecuente en la primera de catastrofismo ( $OR= 1.95, p \leq .001$ ), culpar a otros ( $OR= 1.20, p \leq .016$ ) y menor puesta en perspectiva ( $OR= .86, p \leq .018$ ). De manera que un aumento de una unidad de catastrofismo se asoció con un 95% de pertenencia a la muestra clínica; y, por otro lado, un incremento en una unidad de culpar a otros se asoció con un 20% de pertenencia a la muestra clínica. Finalmente, un aumento de una unidad en puesta en perspectiva se asoció con una disminución del 14% de pertenencia a la muestra clínica.

Tabla 5. Regresión logística entre muestra comunitaria y clínica.

Parámetro	B	SE B	$\beta$	OR	z	Wald Test			95% CI	
						Ws	df	p	Inferior	Superior
(Intercept)	-5.35	.74	-2.18	.005	-7.49	52.7	1	<.001	-6.75	-3.95
CATAS	.67	.09	1.28	1.95	7.21	58.9	1	<.001	.48	.85
CULP	.18	.08	.35	1.20	2.41	6.68	1	<.016	.03	.33
PUES	-.15	.06	-.32	.86	-2.37	4.75	1	<.018	-.27	-.03

Notas: CATAS= Catastrofismo; CULP= Culpar a otros; SE B= Error de Estimación de B;  $\beta$ = Coeficiente  $\beta$  Estandarizado; OR= Odds Ratio; PUES= Puesta en perspectiva; Ws= W statistic.

## DISCUSIÓN

Este estudio analiza la relevancia de las estrategias cognitivas de regulación de las emociones y su relación con síntomas de ansiedad y depresión en una muestra comunitaria y otra clínica. Los coeficientes de consistencia interna de cada uno de los factores evaluados han resultado similares a los obtenidos en estudios previos (i.e., Bados et alia, 2005; Garnefski et alia, 2001; Garnefski & Kraaij, 2006). Sin embargo, los coeficientes de correlación entre los factores del CERQ-18 han resultado algo discordantes con el estudio original de Garnefski y Kraaij (2006), en tanto que en nuestro estudio la autoinculpación se ha relacionado con culpar a otros, en contraste con la ausencia de relaciones en el estudio original. Igualmente, la rumiación se ha relacionado con puesta en perspectiva, frente a la ausencia de tal relación en el estudio original.

Por otra parte, en nuestro estudio aceptación se ha relacionado negativamente con depresión en la muestra comunitaria, resultado contrario al informado por estudios previos (p.ej., Potthoff et alia, 2016; Feliu-Soler et alia, 2017; Garnefski & Kraaij, 2018). Las estrategias de reevaluación positiva, reenfoque positivo y puesta en perspectivas se han relacionado negativamente con depresión en ambas muestras y con ansiedad en la muestra clínica, resultados también discordantes con los informados por estudios previos (p.ej., Feliu-Soler et alia, 2017; Garnefski & Kraaij, 2018). Y las estrategias de centrarse en la planificación y puesta en perspectiva se han relacionado negativamente con ansiedad y depresión, habiendo sido estadísticamente significativa su relación con depresión en ambas muestras; resultados también discordantes con los presentados en estudios previos (p.ej., Feliu-Soler et alia, 2017; Garnefski & Kraaij, 2018; Potthoff et alia, 2016).

Los resultados de este estudio han indicado que las diferencias en las estrategias de regulación cognitivas de las emociones entre las muestras clínica y comunitaria

señalan una puntuación más elevada en la muestra clínica en autoinculpación, rumiación, catastrofismo y culpar a otros, en concordancia con otros estudios previos (p.ej., Feliu-Soler *et alia*, 2017; Garnefski *et alia*, 2002; Garnefski & Kraaij, 2018) con un tamaño del efecto (*g* de Hedges) grande para catastrofismo y mediano para autoinculpación y culpar a otros. La muestra comunitaria puntuó más elevado en la reevaluación positiva. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras en aceptación, reenfoque positivo, centrarse en la planificación y puesta en perspectiva, resultados similares a los obtenidos por estudios previos (p. ej., Feliu-Soler *et alia*, 2017; Garnefski *et alia*, 2002; Garnefski & Kraaij, 2018).

Igualmente, los resultados del estudio han mostrado que las probabilidades de pertenencia a la muestra clínica vs comunitaria fue el empleo más frecuente del catastrofismo, culpar a otros y menor puesta en perspectiva. Resultados que confirman los obtenidos en estudios previos (i.e., Garnefski *et alia*, 2002; Wang *et alia*, 2021).

Las cuatro estrategias menos adaptativas se han relacionado positivamente con ansiedad y depresión tanto en la muestra clínica como en la comunitaria (p.ej., Carvajal *et alia*, 2022; Feliu-Soler *et alia*, 2017; Garnefski & Kraaij, 2018; Potthoff *et alia*, 2016), excepto autoinculpación y rumiación que no se relacionaron con la ansiedad en la muestra clínica. En la muestra comunitaria los predictores compartidos por ansiedad y depresión fueron catastrofismo y rumiación, siendo específico de la ansiedad menor aceptación, y de la depresión menor reevaluación positiva y centrarse en la planificación. En la muestra clínica los predictores compartidos por los síntomas de ansiedad y depresión fueron el catastrofismo y culpar a otros (p.ej., Garnefski & Kraaij, 2018; Potthoff *et alia*, 2016), siendo más específico de la ansiedad la autoinculpación (negativo) y de la depresión menor reenfoque positivo.

En resumen, cabría señalar que los resultados del presente estudio sugieren que las estrategias cognitivas son diferentes en muestras clínicas (p. ej. catastrofismo y culpar a otros) y comunitarias (p. ej. catastrofismo y rumiación) acorde a lo informado por Aldao & Nolen-Hoeksema (2012).

Si bien este estudio presenta aspectos novedosos como el empleo de muestras clínica y de población general, no está exento de algunas limitaciones entre las que cabe señalar el reducido número de participantes de la muestra clínica, el empleo de un diseño transversal y de evaluaciones de autoinforme breves de la regulación cognitiva de las emociones (de forma que se restringe la inferencia de causalidad o direccionalidad, así como las dificultades en la generalización de los resultados al no haber sido posible un mejor control de las variables sociodemográficas de cada muestra). De ahí que resulten necesarios nuevos estudios de muestras clínicas y comunitarias que confirmen los resultados presentado.

## REFERENCIAS

- Aldao A, Gee DG, De Los Reyes A & Seager I (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28, 927–946. Doi:10.1017/S0954579416000638
- Aldao A & Nolen-Hoeksema S (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 276–281. Doi:10.1037/a0023598.
- Aldao A, Nolen-Hoeksema S & Schweizer S (2010). Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237. Doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Bados A, Solanas A & Andrés R (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17, 679–683.

- Carvajal BP, Molina-Martínez MA, Fernández V, Paniagua-Granados T, Lasa-Aristu A & Luque-Reca O (2022). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging y Mental Health*, 26, 413-422. Doi: 10.1080/13607863.2020.1870207
- Cludius B, Mennin D & Ehring T (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20, 37–42. Doi: 10.1037/emo0000646
- Domaradzka E & Fajkowska M (2018). Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in Psychology*, 9, 856. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00856.
- Feliu-Soler A, Reche-Camba E, Borràs X, Pérez-Aranda A, Andrés-Rodríguez L, Peñarubia-María MT, Navarro-Gil M, García-Campayo J, Bellón JA & Luciano JV (2017). Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Patients with Fibromyalgia Syndrome. *Frontiers Psychology*, 8, 2075. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.02075
- 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. Doi: 10.1016/j.paid.2005.12.
- 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*, 25, 141-149. Doi: 10.1027/1015-5759.23.3.141
- Garnefski N & Kraaij V (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion: Special Issue on Anxiety and Depression*, 32, 1401-1408. Doi: 10.1080/02699 931.2016.1232698
- Garnefski N, Kraaij V & Spinhoven P (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-327. Doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6
- Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J & Onstein E (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: Comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16, 403-420. Doi: 10.1002/per.458
- Garofalo C, Neumann CS, Kosson DS & Velotti P (2020). Psychopathy and emotion dysregulation: More than meets the eye. *Psychiatry Research*, 290, 1-9. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113160
- Gross JJ (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26, 130-137. Doi: 10.1080/1047840x.2015.989751
- Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, & Fang A (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research* 36, 427-440. Doi: 10.1007/s10608-012-9476-1.
- Kearns SM & Creaven AM (2017). Individual differences in positive and negative emotion regulation: Which strategies explain variability in loneliness? *Personality and mental health*, 11, 64-74. Doi: 10.1002/pmh.1363
- Kessler RC & Bromet EJ (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*. 34, 119-38. Doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114409.
- Kline RB (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.
- Lovibond PF & Lovibond SH (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343. Doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- McRae K & Gross JJ (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20, 1-9. Doi: 10.1037/emo0000703
- Potthoff S, Garnefski N, Miklósi M, Ubbiali A, Domínguez-Sánchez FJ, Martins EC, Witthöft M & Kraaij V (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 98, 218–224. Doi: 10.1016/j.paid.2016.04.022
- Sandner M, Zeier P, Lois G & Wessa M (2021). Cognitive emotion regulation withstands the stress test: An fMRI study on the effect of acute stress on distraction and reappraisal. *Neuropsychologia*, 157, 107876. Doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2021.107876
- Thomson SK (2002). *Sampling*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Wahl K, Ehring T, Kley H, Lieb R, Meyer A, Kordon A, Heinzel CV, Mazanec M & Schönfeld S (2019). Is repetitive negative thinking a transdiagnostic process? A comparison of key processes of RNT in depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and community controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 45-53. Doi: 10.1016/j.jbtep.2019.02.006
- Wang QQ, Fang YY, Huang HL, Lv WJ, Wang XX, Yang TT, Yuan JM, Gao Y, Qian RL & Zhang YH (2021). Anxiety, depression, and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak.

- Journal Nursing Management*. 29, 1263-1274. Doi: 10.1111/jonm.13265
- Werner K & Gross JJ (2010). Emotion regulation and psychopathology: a conceptual framework. In A. Kring & D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology* (pp. 13–37). New York: Guilford Press.
- Weber SR, Holbrook ER, Marilly P & Duchemin AM (2021). Prevalence of Comorbid Anxiety-Anxiety Disorders and the Effect of Comorbidity on Anxiolytic Treatment. *Psychiatric Annals; Thorofare Tomo 51*, 342-349. Doi:10.3928/00485713-20210606-01
- World Health Organization (2017). “Depression: let’s talk” says WHO, as depression tops list of causes of ill health. *Saudi Medical Journal*, 38, 565. .

Recibido, 29 junio, 2023

Aceptación final, 3 septiembre, 2023