



Trabajo Fin de Grado

El rol Transdiagnóstico de la Regulación Emocional
sobre los Trastornos Emocionales durante el
Confinamiento por el COVID-19

Autor

Sandra Rodríguez Calvo

Director

Roger Muñoz Navarro

Grado en Psicología

Año 2019/2020

Resumen

Objetivos: En este trabajo se analizó que uso de Estrategias de Regulación Emocional (ERE) previenen en situaciones no normativas, como es el caso del confinamiento por la Epidemia del COVID-19, la aparición de los Trastornos Emocionales objeto de estudio: Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y Trastorno de Pánico (TP). Por otra parte, se analizó cuales son las ERE que deben ser el componente terapéutico común en dichos trastornos y la población de riesgo que debe ser beneficiaria de este tratamiento.

Método: Se utilizaron análisis descriptivos, tablas cruzadas y regresiones logísticas binarias (N= 264).

Resultados: Se verificó que un mayor uso de ERE automáticas aumenta la prevalencia de los Trastornos Emocionales. En el caso de las ERE elaborativas sucede lo contrario, disminuyen la sintomatología asociada a los cuadros clínicos. Además, como resultado del incremento de estresores vinculados a la pandemia del COVID-19, la muestra del estudio presentó un aumento en las prevalencias de los trastornos respecto a las de la población general.

Conclusiones: La alta comorbilidad entre los Trastornos Emocionales evidencia la necesidad de realizar más investigaciones en esta línea para que sea posible establecer un modelo integrador transdiagnóstico con las ERE como componente terapéutico común.

Palabras clave: Trastornos Emocionales, Estrategias de Regulación Emocional, Automáticas, Elaborativas, Enfoque Transdiagnóstico.

Introducción

Los procesos emocionales, cuando se tornan disfuncionales, pueden generar problemas en la regulación emocional y, eventualmente, algunos trastornos clínicos. Así, para poder disponer de todos los recursos que nos aportan las emociones, es necesario disponer de determinadas habilidades emocionales. En caso contrario, las emociones pueden suponer un desgaste enorme en el funcionamiento del individuo. (Erber, Wegner y Therriault, 1996). En cuanto a la definición de regulación emocional, según Gross (1999) 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” (p. 557). Según la reciente literatura sobre la regulación emocional, se apunta que los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son sobre los que este hecho puede tener una mayor influencia (Hervás, 2011).

Dentro de los diferentes tipos de trastornos mentales, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo son un tema de gran interés por la alta prevalencia que presentan en la población general. (Cano-Vindel, 2011). El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) presenta una prevalencia entre la población general alrededor del 3% y entre el 5-7% (Academia Nacional de Medicina, 2012) y el Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en torno al 12,7% (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2011). En el caso del Trastorno de Pánico (TP), estudios ponen de manifiesto que alrededor de un 15% de la población general presenta al menos un ataque de pánico (AP) en su vida, pero solo un pequeño porcentaje llegaría a desarrollar un trastorno (TP), entre el 1,8% y el 3,5 (Caballo, Salazar & Carrobles, 2011). Por otra parte, la literatura científica apunta a una diferencia significativa en la prevalencia de estos trastornos según el género, siendo las mujeres las que obtienen un mayor porcentaje (Solar, 2004). En cuanto a las diferencias por edad, existe controversia sobre donde se sucede una mayor prevalencia, aunque la mayoría de los estudios coinciden en que estas son menores en las edades más avanzadas (Márquez-González, De Trocóniz, Cerrato & Baltar, 2008). Estos trastornos, comúnmente apodados como “Trastornos Emocionales”, provocan un malestar clínicamente significativo y/o deterioro en algunas áreas importante de la actividad del individuo (laboral, social...). A continuación, se explican algunas características más específicas de cada uno de ellos. En primer lugar, el Trastorno por Ansiedad Generalizada es un trastorno que supone una preocupación constante sobre una amplia gama de acontecimientos que se prolongan en el tiempo durante más de 6 meses. La

persona que lo padece tiene dificultades para controlar este estado constante de preocupación dando lugar algunos de los siguientes síntomas (de los 6, mínimo 3 para que se diagnostique): Inquietud, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y/o alteraciones del sueño (American Psychiatric Association, 2013). El Trastorno de Pánico, al igual que el anterior mencionado, es un caso perteneciente al capítulo de “Trastornos de Ansiedad” en el DSM-V. Según el mismo, la sintomatología principal consiste en un malestar intenso y miedo repentino, palpitaciones, sudoración, dolor en el pecho, dificultad para respirar, mareos, pérdida de control... (American Psychiatric Association, 2013). Dicha sintomatología constituye los denominados ataques de pánico. Es decir, el trastorno de pánico consiste en la aparición recurrente de estos ataques de pánico, los cuales pueden iniciarse en la persona desde un estado previo de calma o desde un estado previo con ansiedad. Es importante destacar que el síndrome de ataques de pánico se puede producir en el contexto de otros trastornos mentales, pero hay dos hechos vinculados a este síndrome que hacen que pase a constituirse como diagnóstico de un Trastorno de Pánico (Arbona & Arnal, 1991): Cuando al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de preocupación constante acerca de que se sucedan otros ataques o de sus posibles consecuencias (pérdida de control, miedo a volverse “loco”, tener un ataque al corazón...) y/o cuando la persona desarrolla una mala adaptación del comportamiento relacionado a estos ataques (evitar hacer ejercicio, situaciones no familiares, tomar café...). Por último, el Trastorno Depresivo Mayor consiste en que la persona haya sufrido en alguna ocasión episodios depresivos: Periodo de tiempo en el cual el estado de ánimo es notoriamente diferente al funcionamiento anterior y se caracteriza por la tristeza, la pérdida de interés y desesperanza, la falta de actividad, pesimismo, problemas de sueño... (American Psychiatric Association, 2013). Esta sintomatología debe sucederse durante un mínimo de 2 semanas y, según el número de episodios sucedidos, debe establecerse si este es único o recurrente.

Es importante saber regular nuestros estados emocionales para adaptarnos a nuestro entorno laboral, social, académico... En nuestro caso, concretamente ante una situación no convencional como es la actual pandemia del COVID-19 y las consecuencias que esta conlleva tanto a nivel individual como social (Aliaga Tinoco, 2020): el rápido incremento de casos confirmados y muertes, la falta de comunicación interpersonal a raíz de la cuarentena, la dificultad de intervenciones psicosociales y de asesoramiento psicoterapéutico... Aunque existen muchas maneras de regular una

emoción, en la presente investigación se han observado los diferentes posibles procesos cognitivos implicados durante un episodio emocional, los cuales a su vez conforman las siguientes categorías: Las estrategias de regulación emocional automáticas (culpar a otro, autoculpa, rumiación o catastrofización) y elaborativas (aceptación, poner en perspectiva, reinterpretación, focalización en planes y focalización positiva). Las estrategias automáticas se consideran evolutivamente más antiguas, más simples, más intensas y en gran medida fuera del control voluntario. Por ello, el uso de estas suele considerarse un obstáculo para desarrollar una “buena adaptación” en las personas. Por otra parte, las estrategias elaborativas implican el manejo consciente de la información, permiten realizar un procesamiento más racional, proporcionan interpretaciones más realistas y suelen ser asociadas como facilitadoras para la “buena adaptación” de las personas (Medrano, Muñoz-Navarro & Cano-Vindel, 2016). De esta manera, según el uso de unos procesos u otros (la rumiación, la catastrofización, la reinterpretación, la aceptación...), la persona desarrolla una regulación “adaptativa” o “desadaptativa” de las emociones (Aldao, 2012) y, por ende, un menor o mayor grado de vulnerabilidad a padecer los Trastornos Emocionales mencionados.

Por otra parte, los Trastornos de Ansiedad y el Trastorno Depresivo Mayor se consideran entidades autónomas en las diferentes clasificaciones diagnósticas actuales, pero en la práctica clínica ambas coexisten con frecuencia. Así, las elevadas tasas de comorbilidad y covariación observadas en la clínica sobre estos trastornos mentales plantean limitaciones importantes en los actuales sistemas diagnósticos y en la práctica clínica de la salud mental (Gril & Castañeiras, 2013). En parte, esto se debe a que la distinción de estos cuadros no resulta fácil, ya que ambas entidades cursan con alteraciones del sueño y del apetito, déficits de atención y de concentración o síntomas como el cansancio, las cefaleas y la irritabilidad... (López Ibor ,2007). En este contexto, nace la idea sobre un cambio de enfoque radical en el modo de abordar el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento el cual se centre en encontrar, más que las diferencias, las confluencias y similitudes entre estos: El enfoque transdiagnóstico, que en esencia puede concebirse como un paso adelante en la consideración dimensional de tales trastornos. Sin embargo, la búsqueda de factores comunes entre los distintos trastornos emocionales a la que este enfoque hace referencia no significa necesariamente poner en cuestión las características diagnósticas específicas de cada trastorno particular tal y como éstas se definen en los manuales y sistemas de clasificación al uso (Belloch, 2012). Más bien, la perspectiva transdiagnóstica intenta

hacer frente a estas evidencias sobre la alta comorbilidad de categorías diagnósticas y el solapamiento de síntomas en diferentes trastornos ofreciendo una propuesta donde existen componentes terapéuticos comunes (p. ej. las diferentes estrategias de regulación emocional) que pueden materializarse en el hecho de que existan una serie de tratamientos comunes para diferentes patologías. Anteriormente se ha hecho mención de que el uso habitual de estrategias de regulación emocional supuestamente “desadaptativas” (p.ej. rumiación y catastrofización) y el uso infrecuente de estrategias supuestamente “adaptativas” (p.ej. aceptación y reinterpretación) pueden predecir varios síntomas de psicopatología. Sin embargo, es escasamente conocido hasta qué punto pueden ser conceptualizadas como base para este tipo de abordajes transdiagnósticos. (Aldao et al., 2010).

En conclusión, el propósito de esta investigación es analizar si existe en nuestra muestra un aumento de la prevalencia en los Trastornos Emocionales mencionados (TAG, TDM y TP) como resultado de experimentar una situación no convencional (la pandemia por COVID-19) y el incremento de estresores que esta supone. Respecto al interés en el tema del transdiagnóstico, los objetivos son establecer hallazgos empíricos sobre el grado de comorbilidad entre dichos Trastornos Emocionales, sobre el tipo de población de riesgo a presentar los trastornos simultáneamente y sobre cuáles son las Estrategias de Regulación Emocional (ERE) comunes entre ellos para determinar qué puntos deben ser foco del tratamiento. Concretamente las hipótesis de la investigación son las siguientes. *Hipótesis 1:* Como resultado de la pandemia se produce un aumento de estresores en la población de nuestra muestra, por lo que esta obtendrá una prevalencia superior a la que se presenta en la población general. *Hipótesis 2:* Las Estrategias de Regulación Emocional de una misma categoría (automáticas o elaborativas) presentarán correlaciones positivas. *Hipótesis 3:* Las Estrategias de Regulación Emocional de diferentes categorías (automáticas vs. elaborativas) presentarán correlaciones negativas. *Hipótesis 4:* Tal y como se apunta en la literatura científica, la mayor comorbilidad se presentará entre el TAG y el TDM. *Hipótesis 5:* La población de riesgo a padecer los tres trastornos de forma simultánea son mujeres jóvenes (18-22 años). *Hipótesis 6:* Las personas que tengan un mayor uso de ERE automáticas frente a los eventos estresantes presentarán mayor prevalencia de los trastornos emocionales. *Hipótesis 7:* Las personas que tengan un mayor uso de ERE elaborativas frente a los eventos estresantes presentarán menor prevalencia de los trastornos emocionales.

Método

Participantes

Se contó con la participación de una muestra de 264 personas con edades comprendidas entre los 18 y los 88 años (media = 33,82 años; desviación estándar = 14,79) seleccionadas por medio de un muestreo probabilístico. Los participantes accedieron a la realización del cuestionario de forma voluntaria, garantizándose su anonimato y confidencialidad. Las posibles edades presentadas entre los individuos han sido reagrupadas en los siguientes intervalos: Joven (18-22 años), Adulto Joven (23-39 años), Adulto (de 40-60 años) y Anciano (mayores de 60 años). Mediante esta división, todos los intervalos conservan en gran medida homogeneidad en el número de sujetos, 86 aproximadamente, excepto en la categoría “vejez” que presenta un total de 6 sujetos. En cuanto al género, la proporción no se mantuvo equilibrada. En la muestra encontramos mayor representatividad en el género femenino [192 (72,7%)] y una menor participación de los hombres [72 (27,3%)]

Instrumentos

En primer lugar, para la evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) se utilizó el cuestionario estructurado denominado GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder*), consta de 7 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 que incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno. Para su corrección, se obtiene una puntuación total de la suma de puntuaciones de todos los ítems, que puede oscilar entre 0 y 21. En cuanto a la evaluación del Trastorno Depresivo Mayor (TDM), se utilizó el cuestionario estructurado de PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*), consta de 9 ítems de respuesta tipo Likert de 0 a 3 que incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno. Tras su corrección, nos permite obtener información sobre la severidad de dicho trastorno. En el caso del Trastorno de Pánico (TP), se evaluó mediante el cuestionario estructurado denominado PHQ-PD (*Patient Health Questionnaire*) haciendo uso de los ítems que incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno: Ítems 3 y 4 de respuesta dicotómica (Sí/No) e ítem 5 de respuesta tipo Likert (desde 1 = «nunca», hasta 3 = «más de la mitad de los días»).

Finalmente, para evaluar las Estrategias de Regulación Emocional (ERE), se utilizó el cuestionario CERQ-18 (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*) compuesto por 18 ítems respondidos en una escala tipo Likert (desde 1 = «casi nunca», hasta 5 = «casi siempre»). Examina nueve ERE que se agrupan en dos factores

subyacentes de orden superior: Procesamiento cognitivo automático (incluye las dimensiones de culpar a otro, autoculpa, rumiación y catastrofización) y procesamiento cognitivo elaborativo (incluye las dimensiones de aceptación, poner en perspectiva, reinterpretación, focalización en planes y focalización positiva).

Procedimiento

Los cuestionarios fueron enviados en formato online vía web a través de diferentes redes sociales y aplicaciones de comunicación para poder obtener una muestra aleatoria y que la encuesta fuera realizada de manera individual y anónima. Antes de realizar los diferentes cuestionarios, los individuos encontraban un texto en el que se explicaba sobre qué trataba el proyecto, se les solicitaba el consentimiento para recoger sus datos y se les garantizaba la completa confidencialidad y anonimato en caso del uso de los resultados con fines de docencia e investigación. Además, los participantes realizaron el cuestionario de manera voluntaria, sin ningún tipo de remuneración.

Los datos recopilados mediante dichos instrumentos fueron introducidos en una base del SPSS. En primer lugar, se llevó a cabo la realización de un análisis descriptivo de las frecuencias y porcentajes relativos a las variables sociodemográficas. Tras este, se decide eliminar algunos casos debido a que solo una persona conformaba la categoría: Por ejemplo, “sexo-otro” y “edad-15 años”. Después se realizó un análisis de los porcentajes y frecuencias en los trastornos objeto de estudio. En cuanto a las Estrategias de Regulación Emocional, se analizan algunos estadísticos descriptivos (M , SD , A y C) y las correlaciones que resultan entre unas y otras.

En cuanto a la comprobación de las hipótesis planteadas en el estudio, se realizaron diferentes procedimientos. En primer lugar, mediante el uso de tablas cruzadas del SPSS, se procedió a evaluar las frecuencias de diagnóstico en cada trastorno según la variable sociodemográfica seleccionada (“género” o “edad”). También mediante el procedimiento de tablas cruzadas del SPSS, se obtienen los resultados respecto a la comorbilidad que presentan los trastornos objeto de estudio. Tras esto y mediante el mismo procedimiento, se analiza la comorbilidad presentada partiendo de la división correspondiente según la variable sociodemográfica seleccionada (“género” o “edad”). Por último, se hace uso de las regresiones logísticas binarias, introduciendo como variables dependientes los diferentes trastornos (TAG, TDM y TP) y como covariables las Estrategias de Regulación Emocional.

Resultados

Descriptivos

En primer lugar, se lleva a cabo una exploración de las frecuencias de las diferentes variables sociodemográficas para determinar cuál es la muestra representativa del estudio (tabla 1). Nuestro estudio cuenta con la participación de una muestra total de 264 personas con edades comprendidas entre los 18 y los 88 años, siendo el intervalo más representativo el de 18-22 años, jóvenes [92 (34,8%)]. Además, el género de la muestra es mayoritariamente femenino [192 (72,7%)].

Tabla 1.

Frecuencias de las variables sociodemográficas

Muestra total		
(N=264)		
	N	%
Género		
Femenino	192	72,7
Masculino	72	27,3
Edad		
Joven (18-22)	92	34,8
Adulto juvenil (23-39)	80	30,3
Adulto (40-60)	86	32,6
Anciano (+60)	6	2,3

Después, se realiza un análisis de las frecuencias de la muestra que padece los trastornos objeto de estudio: Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y Trastorno de Pánico (TP). Esto se expone en la tabla 2, en ella se observa que la mayoría de los sujetos de la muestra no padecen TAG [220 (83,3%)], TDM [227 (86%)] o AP [219 (83%)].

Respecto a la exploración sobre las diferentes estrategias de regulación emocional (ERE), se realiza un análisis descriptivo para evaluar los estadísticos de media (M), desviación estándar (SD), asimetría (A) y curtosis (C). Además, se realiza un análisis de dichos descriptivos sobre las dos agrupaciones totales: Estrategias automáticas y elaborativas. Esto se expone en la tabla 3, donde se observa que las estrategias más usadas por nuestra muestra son la aceptación, la reinterpretación y la

focalización en planes. En general, se puede establecer que se hace un mayor uso de las ERE elaborativas.

Tabla 2.

Frecuencias de los diagnósticos

		Muestra total	
		(N=264)	
		N	%
Trastorno por Ansiedad Generalizada (TAG)			
- Sin trastorno		220	83,3
- Con trastorno		44	16,7
Trastorno Depresivo Mayor (TDM)*			
- Sin trastorno		227	86
- Con trastorno		35	13,3
Trastorno de Pánico (TP)			
- Sin trastorno		219	83
- Con trastorno		45	17

Nota: *Perdidos=2

Tabla 3.

Estadísticos Descriptivos de Estrategias de Regulación Emocional

Variables	M	SD	A	C
Culpar a otros	4,84	2,45	0,717	-0,58
Autoculpa	2,75	1,4	2,08	3,94
Rumiación	5,2	1,9	0,27	-0,68
Catastrofización	4,45	2,08	0,72	-0,25
Aceptación	7,88	1,95	-1,03	0,74
Poner en perspectiva	6,43	1,91	0,12	-0,5
Reinterpretación	7,6	2,11	-0,65	-0,53
Focalización en planes	7,03	2,07	-0,41	-0,64
Focalización positiva	6,62	2,16	-0,26	-0,68
Estrategias automáticas	17,21	5,2	0,43	-0,28
Estrategias elaborativas	35,48	7,3	-0,53	0,28

Por último se realiza un análisis de correlaciones entre las diferentes ERE, en la tabla 4 se observa que las mayores relaciones se dan entre catastrofización-rumiación, focalización en planes-aceptación y focalización positiva-reinterpretación.

Tabla 4.

Correlaciones de Estrategias de Regulación Emocional

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Culpar a otros	-								
2. Autoculpa	-0,06	-							
3. Rumiación	0,21*	0,22*	-						
4. Catastrofización	0,37*	0,11	0,44*	-					
5. Aceptación	0,01	0,003	0,29*	0,08	-				
6. Poner en perspectiva	-0,01	0,08	-0,00	-0,27*	0,22*	-			
7. Reinterpretación	0,07	0,009	0,25*	-0,02	0,37*	0,3*	-		
8. Focalización en planes	0,09	0,08	0,32*	0,07	0,49*	0,28*	0,53	-	
9. Focalización positiva	-0,001	-0,07	-0,00	-1,19*	0,28*	0,32*	0,47*	0,38*	-

Nota: * $p<0,05$

Contraste de hipótesis

Mediante el uso de tablas cruzadas del SPSS, se procedió a evaluar quién es la población de riesgo dentro de nuestra muestra. En el caso del TAG (tabla 5), la población de riesgo está constituida por mujeres jóvenes y adulto-jóvenes (18-39 años) y por mujeres. Respecto al TDM (tabla 6), la población de riesgo está constituida por mujeres jóvenes (18-22 años). Por último, en el caso del TP (tabla 7), la población de riesgo está constituida por mujeres jóvenes (18-22 años).

Tabla 5.

Frecuencias de las variables sociodemográficas en TAG

Trastorno por Ansiedad Generalizada (n total=264)				
	Sin Trastorno (N total = 220)		Con Trastorno (N total = 44)	
	N	%	N	%
Género				
Femenino	156	81,3	36	18,8
Masculino	64	88,9	8	11,1
Edad				
Joven	76	82,6	16	17,4
Adulo joven	64	80	16	20
Adulto	76	88,4	10	11,6
Anciano	4	66,7	2	33,3

Tabla 6.

Frecuencias de las variables sociodemográficas en TDM

Trastorno Depresivo Mayor (n total=264*)				
	Sin Trastorno (N total = 227)		Con Trastorno (N total = 35)	
	N	%	N	%
Género				
Femenino	165	84,4	26	13,6
Masculino	62	87,3	9	12,7
Edad				
Joven	74	80,4	18	19,6
Adulo joven	71	88,8	9	11,3
Adulto	77	91,7	7	8,3
Anciano	5	83,3	1	16,7

Nota: *Perdidos=2

Tabla 7.

Frecuencias de las variables sociodemográficas en TP

Trastorno de Pánico (n total=264)				
	Sin Trastorno (N total = 219)		Con Trastorno (N total = 45)	
	N	%	N	%
Género				
Femenino	149	77,6	43	22,4
Masculino	70	97,2	2	2,8
Edad				
Joven	68	73,9	24	26,1
Adulo joven	66	82,5	14	17,5
Adulto	80	93	6	7
Anciano	5	83,3	1	16,7

En la tabla 8, tras realizar el procedimiento de tablas cruzadas del SPSS, se muestran los resultados obtenidos respecto a la comorbilidad que presentan los trastornos objeto de estudio en nuestra muestra. De las 44 personas diagnosticadas con TAG, 26 personas (74,3%) padecerían simultáneamente Trastorno de Depresión Mayor y 20 personas (44,4%) Trastorno de Pánico. Por otra parte, de las 35 personas diagnosticadas con Trastorno de Depresión Mayor, 15 (33,3%) padecerían simultáneamente Trastorno de Pánico. Además, dentro de estas 15 personas, 12 (80%) serían las que se encuentran padeciendo los tres trastornos de forma simultánea.

Tabla 8.

Comorbilidad entre los trastornos TAG, TDM y TP

	1.		2.		3.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Trastorno por Ansiedad	-	-	-	-	-	-	44	100
Generalizada (TAG)								
2. Trastorno Depresivo Mayor (TDM)	26	74,3	-	-	-	-	35	100
3. Trastorno de Pánico (TP)	20	44,4	15	33,3	-	-	45	100
4. TDM + TP	12	80	-	-	-	-	15	100

Dado que la mayor comorbilidad se produce entre el trastorno de ansiedad generalizada-trastorno de depresión y el entre el trastorno de ansiedad generalizada-ataques de pánico, se decide realizar una exploración mediante tablas cruzadas sobre los datos de estas relaciones según las variables sociodemográficas “sexo” (tabla 9) y “edad” (tabla 10). Así, partiendo de la división correspondiente según la variable sociodemográfica seleccionada, se observa la parte de la muestra que padece el trastorno de ansiedad generalizada y se analizan cuáles son las frecuencias que padecen simultáneamente alguno de los otros dos trastornos objeto de estudio o que padece simultáneamente los tres trastornos. Según esto, se establece que la población de riesgo de nuestra muestra en este último caso está constituida por mujeres jóvenes (18-22 años).

Tabla 9.

Comorbilidad entre los trastornos según Género

	Trastorno de Ansiedad	
	Generalizada	
	N	%
Con Trastorno Depresivo Mayor	Femenino	10
	Masculino	4
	Total	14
Con Trastorno de Pánico	Femenino	8
	Masculino	0
	Total	8
Con Trastorno Depresivo Mayor, Con Trastorno de Pánico	Femenino	11
	Masculino	1
	Total	12

Tabla 10.

Comorbilidad entre los trastornos según Edad

Trastorno de Ansiedad		
Generalizada		
	N	%
Con Trastorno Depresivo Mayor	18-22	4
	23-39	5
	40-60	5
	+ 60	0
	Total	14
		100
Trastorno de Pánico	18-22	3
	23-39	5
	40-60	0
	+ 60	0
	Total	8
		100
Con Trastorno Depresivo Mayor,	18-22	6
Con Trastorno de Pánico	23-39	3
	40-60	2
	+ 60	1
	Total	12
		100

*Nota:** Joven=18-22; Adulto joven=23-39; Adulto=40-60 y Anciano=+60

Por último, se decide investigar la relación con los trastornos objeto de estudio respecto a las nombradas estrategias de regulación emocional mediante el uso de regresiones logísticas binarias, introduciendo como variables dependientes los diferentes trastornos (TAG, TDM y TP) y como covariables las estrategias de regulación emocional. En la tabla 11, se observa que la estrategia de regulación emocional común a los tres trastornos es la reinterpretación. Por otra parte, común a los trastornos de ansiedad se encuentra la rumiación.

*Tabla 11.*Regresión logística binaria (R^2 de Cox y Snell)

	Trastorno de Ansiedad Generalizada	Trastorno Depresivo Mayor	Trastorno de Pánico
	B	B	B
Culpar	0,133	0,236*	0,027
Rumiación	0,294*	0,129	0,265*
Catastrofización	0,365*	0,307*	-0,014
Aceptación	0,38	0,099	0,065
Poner en perspectiva	0,204	0,377*	0,150
Reinterpretar	-0,254*	-0,566*	-0,283*
Focalización en planes	0,252	0,362*	0,113
Focalización positiva	-0,278*	-0,096	-0,130
R² (Cox y Snell)	0,347	0,304	0,108
<i>Nota:</i> * $p<0,05$			

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio establecen hallazgos empíricos sobre el aumento de la vulnerabilidad a padecer algunos trastornos psicológicos que supone el aumento de estresores, en nuestro caso los vinculados a una pandemia. Así, se observa un aumento de las prevalencias en nuestra muestra respecto a las establecidas en la población general, especialmente en dos de los trastornos objeto de estudio: En el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y en el Trastorno de Pánico (TP). Además, se determina que la población de riesgo a desarrollar alguno de los Trastornos Emocionales objeto de estudio son mujeres jóvenes (18-22 años), especialmente en el caso del TP. Por otra parte, la comorbilidad que se presenta entre TAG y TDM en los sujetos participantes es realmente alta y se encuentra como posible componente para un tratamiento común la ERE elaborativa denominada “reinterpretación”.

El modelo de diátesis-estrés explica la aparición de trastornos mentales como resultado de la interacción entre los factores biológicos y genéticos con los eventos vitales que se suceden. Es decir, ciertos individuos poseen cierta vulnerabilidad (diátesis) que, al interactuar con determinados eventos vitales estresantes congruentes con el dominio de la vulnerabilidad, confiere una mayor susceptibilidad a desarrollar algunos trastornos psicológicos (Rey, Madrid & Vázquez, 2004). La pandemia conlleva una serie de eventos no normativos en las personas que aumentan significativamente su nivel de estrés (Aliaga Tinoco, 2020): el rápido incremento de casos confirmados y muertes, la falta de comunicación interpersonal a raíz de la cuarentena, la dificultad de intervenciones psicosociales y de asesoramiento psicoterapéutico... Los resultados obtenidos en el presente estudio avalan la hipótesis 1 de nuestro estudio: la vulnerabilidad de los individuos a padecer algún trastorno psicológico aumentará como resultado del incremento de estresores relacionados a este contexto y, por ende, su índice de prevalencia. El TAG presenta una prevalencia entre la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% (Academia Nacional de Medicina, 2012) y en el caso de nuestra muestra el valor asciende a un 16,7%. Respecto al TP, estudios ponen de manifiesto que alrededor de un 15% de la población general presenta al menos un AP en su vida, pero solo un pequeño porcentaje llegaría a desarrollar un trastorno, entre el 1,8% y el 3,5 (Caballo, Salazar & Carrobles, 2011). De nuevo, en nuestra muestra este valor se ve aumentado obteniendo un 17%. En el caso del TDM, un estudio reciente con personas procedentes de seis países europeos, entre los que España tuvo una participación muy destacada, establece que la tasa de prevalencia se situaría en torno al 12,7% (Caballo, Salazar & Carrobles, 2011). Por lo tanto, aunque con menor significación a los anteriores, los valores aumentan en nuestra muestra hasta un 13,3%.

En relación con el tipo de regulación emocional del que hace uso nuestra muestra, es mayor el caso de las ERE elaborativas ($m=35,48$) que el de las automáticas ($m=17,21$). Se ha hecho mención de que las ERE elaborativas influyen en una mejor adaptación de las personas a su contexto (Bayo & D'Augerot, 2019) por lo que esta sería la base para explicar que la muestra en su mayor medida no padece trastornos, en torno al 83% y al 86%. Este hecho también se puede explicar a través de la asimetría ya que, a pesar de ser bastante centrada en ambos casos, en las ERE automáticas puntuaría de forma negativa ($A=-0,28$), es decir, la cola de la distribución se alarga para valores inferiores a la media por lo que las puntuaciones de esta categoría serían menores. En el caso de las ERE elaborativas, la asimetría presenta signo positivo ($A=0,28$), es decir, la

cola de la distribución se alarga a la derecha por lo que los valores obtenidos en el uso de las estrategias pertenecientes a esta categoría serían superiores a la media. Por otra parte, los resultados verifican lo expuesto en las hipótesis 2 y 3: Las estrategias de la misma categoría guardan una correlación positiva entre ellas y las que no pertenecen a la misma categoría una correlación negativa. Así, estrategias automáticas como la catastrofización y la rumiación guardan una correlación de 0,44, es decir, cuanto mayor es la tendencia en la persona a perseverar en pensamientos negativos y preocupaciones excesivas (rumiación) mayor es su tendencia a exagerar o ampliar las consecuencias negativas de un evento (catastrofización). Entre las estrategias elaborativas también se verifica la hipótesis 2. Por ejemplo, la aceptación y la focalización en planes guardan una correlación de 0,49 lo que se traduce en que cuanto mayor es el intento de la persona por aceptar que el acontecimiento ha ocurrido (aceptación) mayores son los pensamientos referidos a cómo se puede volver a planificar la acción que desencadenó el evento negativo (focalización en planes). Sin embargo, cuando las estrategias pertenecen a diferentes categorías se obtienen correlaciones negativas, es decir, el mayor uso de una de ellas supone la disminución de la otra. Así, la catastrofización (estrategia automática) con la focalización positiva (estrategia elaborativa) obtienen un valor de -1,19 ya que no tendría sentido que a medida que una persona tuviese mayor tendencia a exagerar o ampliar las consecuencias negativas de un evento (catastrofizar) aumentasen sus pensamientos para encontrar un significado positivo a un evento negativo (focalización positiva) y viceversa.

En cuanto a la comorbilidad entre trastornos, en el Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos (Caballo, Salazar, & Carrobles, 2011) adquiere especial importancia los datos recogidos sobre el TAG con el TDM: se estima que la mitad de las personas con diagnóstico TAG cumplen también criterios para una depresión mayor. Así, los datos obtenidos son congruentes con la hipótesis 4 planteada en la presente investigación: de 35 sujetos diagnosticados con TDM, 26 presentaban simultáneamente el TAG. Es decir, el grado de comorbilidad obtenido entre estos trastornos emocionales es de un 74,3%. Otro dato de interés obtenido, a pesar de ser menor que el anterior, es el caso del TAG y del TP los cuales adquieren un grado de comorbilidad del 44,4 %: de 45 sujetos diagnosticados con TP, 20 presentaban simultáneamente el TAG. Siguiendo en la línea del transdiagnóstico y atendiendo a los distintos grupos poblacionales según la edad, se observa que de las 12 personas que presentan simultáneamente los Trastornos Emocionales mencionados (TAG, TDM y TP), 6 pertenecerían a la población joven

(18-22 años), es decir, un 50% del total. Esto nos permite mantener la hipótesis 5 planteada en el estudio: la población diagnosticada con los tres trastornos de forma simultánea tiene una mayor prevalencia en el caso de la población joven (18-22 años). Este hecho se atribuye a la posible relación de que tener menor edad suponga haber tenido una menor exposición a la diversidad de estados emocionales y, por ende, un empobrecimiento de los recursos necesarios para la regulación emocional (Lombardo & Pantusa, 2013). Es decir, los sujetos que pertenezcan a esta subcategoría se han enfrentado a menores adversidades y, por ende, tienen un menor aprendizaje experiencial sobre cómo afrontar de forma “adaptativa” situaciones estresantes, ambiguas y poco convencionales como son las que se derivan en el contexto de una pandemia. Respecto al género, múltiples estudios establecen claras diferencias entre ambos sexos, situando altos porcentajes en el caso de las mujeres (Caballo, Salazar & Carrobles, 2011). En la presente investigación, los resultados obtenidos nos permiten avalar la hipótesis 5 y establecer una base empírica donde los porcentajes de mujeres que padecerían dichos Trastornos Emocionales son superiores: En el TAG un 18,8% frente a un 11,1% en hombres, en el TDM un 13,6% frente a un 12,7% en hombres y en el TP un 22,4% frente a un 2,8% en hombres. Respecto al análisis sobre la relación entre los diferentes Trastornos Emocionales (VD) y las Estrategias de Regulación Emocional (VI), los valores obtenidos de indican que las variables incluidas en el modelo (estrategias de regulación emocional automáticas y elaborativas) explican el 34,7% de los casos diagnosticados con TAG, el 30,4% de los casos del TDM y el 10,8% de los casos de TP. En cuanto a la hipótesis 6 de la presente investigación, los tres trastornos presentan de manera significativa un coeficiente (B) de signo negativo respecto a la estrategia de reinterpretación. Es decir, el uso de esta estrategia elaborativa supone una mejor adaptación en los sujetos de nuestra muestra por lo que a mayor uso de esta estrategia, menor grado de sintomatología del trastorno. Además, esta estrategia presenta una correlación positiva significativa con la focalización positiva: Trabajar en las personas el uso de pensamientos referidos a cómo puede volver a planificarse una acción que desencadenó un evento negativo (reinterpretación) supone en ellas un aumento en la frecuencia para encontrar un significado positivo a dicho evento negativo (focalización positiva). Por lo tanto, ambas estrategias de regulación emocional pueden considerarse como “adaptativas” y establecerse como medio común para paliar la sintomatología de dichos trastornos (TAG, TDM y TP). Por otra parte, en relación con la hipótesis 7 planteada y común a los dos trastornos de ansiedad (TAG y TP)

encontramos que la rumiación presenta un coeficiente (B) positivo. Es decir, a mayor uso de esta estrategia automática, mayor presencia de la sintomatología del trastorno. Además, esta estrategia presenta una correlación positiva con la catastrofización: cuanto mayor es la tendencia en la persona a perseverar en pensamientos negativos y preocupaciones excesivas (rumiación) mayor es su tendencia a exagerar o ampliar las consecuencias negativas de un evento (catastrofización). Por lo tanto, se puede establecer como foco del tratamiento común para prevenir la aparición de dichos trastornos de ansiedad trabajar en la disminución del uso de estas dos estrategias.

A lo largo de la investigación, se han recopilado diversos resultados que avalan el hecho de que un aumento de estresores da lugar al aumento del índice de prevalencias de los Trastornos Emocionales (TAG, TDM y TP) en la población y hallazgos que avalan la posible aplicación de las ERE como componente terapéutico común a dichos trastornos. Por otra parte, una limitación en nuestro estudio es la representatividad obtenida en la muestra. La amplia participación de algunos grupos poblacionales (Universitarios, salarios anuales por familia entre 24000-36000 euros...) ha supuesto que los resultados obtenidos en los análisis realizados de algunas variables sociodemográficas no sean válidos. Por ello, los datos obtenidos en estas han sido eliminados dado que, en comparación a los otros subgrupos que las integraban y que obtenían una representación más baja, los valores y porcentajes de estas se han visto sobreestimados y no representaran un ajuste adecuado a la realidad. Además, en el caso de la estrategia automática “autoculpa” la curtosis obtenida es demasiado amplia (3,94) por lo que se descartó a la hora de realizar los análisis posteriores (regresión logística binaria). Este hecho puede deberse a que la población en general no se siente responsable de lo sucedido en cuanto al surgimiento de la pandemia, es decir, los hechos causales no los vinculan a factores relacionados con su propia persona.

Por último, en un futuro sería interesante que las líneas de investigación vayan dirigidas a seguir realizando este tipo de estudios sobre un modelo integrador transdiagnóstico para el tratamiento a nivel grupal, ampliando los diferentes tipos de población y teniendo en cuenta las limitaciones planteadas. Si se consiguiese una aplicación de este tipo, sería beneficioso para los servicios públicos en la atención de la salud mental ya que los Trastornos Emocionales mencionados tienen una alta prevalencia en la actual sociedad y los profesionales pertenecientes a este sector afirman que hacen falta más psicólogos en la seguridad social y que el tiempo que tienen para atender cada caso no es suficiente.

Referencias

- Academia Nacional de Medicina. (2012). El trastorno de ansiedad generalizada (Nº 4). Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Aldao, A. (2012). Estrategias de regulación emocional como procesos transdiagnósticos: Una visión más detenida sobre la invarianza de su forma y función. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 261-277.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 974-983.
- Aliaga Tinoco, S. (2020). Síntomas ansiosos y depresivos en población general y personal médico del Hospital Cayetano Heredia asociados a la cuarentena y atención de la pandemia COVID-19 en Lima.
- Arbona, C. B., & Arnal, R. B. (1991). Tratamiento psicológico del trastorno del pánico: adaptación del programa cognitivo-comportamental de Clark. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17(56), 871-894.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un g transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(Nº3), 295-311
- Bayo, M., & D'Augerot, M. I. (2019). *Estrategias cognitivas de regulación emocional, bienestar psicológico y sintomatología en adolescentes* (Doctoral dissertation).
- Caballo, V. E., Salazar, I. & Carrobles J. A. (2011) *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2^a edición). España: Pirámide

- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y Estrés, 17*(1).
- Erber, R., Wegner, D. M., & Therriault, N. (1996). On being cool and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of personality and social psychology, 70*(4), 757.
- Grill, S. S., & Castañeiras, C. (2013). Principios clínicos de los abordajes transdiagnósticos para perturbaciones emocionales: El protocolo unificado. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion, 13*(5), 551-573.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual, 19*(2), 347.
- Lombardo, E., & Pantusa, J. (2013). Regulación Emocional a lo largo del Ciclo Vital. El Balance emocional en la Vejez. In *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- López Ibor, M. I. (2007, May). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. In *Anales de Medicina Interna* (Vol. 24, No. 5, pp. 209-211). Arán Ediciones, SL.
- Márquez-González, M., De Trocóniz, M. I. F., Cerrato, I. M., & Baltar, A. L. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema, 20*(4), 616-622.
- Medrano, L. A., Muñoz-Navarro, R., & Cano-Vindel, A. (2016). Procesos cognitivos y regulación emocional: aportes desde una aproximación psicoevolucionista. *Ansiedad y estrés, 22*(2-3), 47-54.

Rey, J. F., Madrid, H. M., & Vázquez, J. L. P. (2004). Sesgos de procesamiento de información emocional en individuos sociotrópicos. *Psicothema, 16*(2), 235-240.

Solar, F. C. (2004). Diferencias de género en bienestar y malestar emocional: evidencias contradictorias. *Terapia Psicológica, 22*(2), 165-169.