

Trabajo Fin de Grado

“Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico y su relación con la Regulación Cognitiva de las Emociones durante el COVID-19”.

"Generalized Anxiety Disorder, Panic Disorder and its relationship to Cognitive Regulation of Emotions during COVID-19".

Autora

María Cajal Usón

Director

Tutor: Roger Muñoz Navarro

Grado en Psicología

Curso 2019-2020



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Índice

Resumen	2
Introducción.....	3
Metodología.....	6
Participantes	6
Procedimiento	6
Análisis de datos	8
Resultados	8
Discusión	13
Limitaciones	16
Referencias	17
Anexos	20

Resumen

Introducción: En el actual trabajo se observó cómo han influido las estrategias de regulación emocional y otros estresores en el Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno de Pánico durante el estado de cuarentena por la enfermedad del COVID-19. **Método:** Estudio de corte transversal en sujetos de muestra no probabilística. La muestra obtenida fue de 264 participantes que realizaron un cuestionario online mediante un muestreo de bola de nieve. **Resultados:** El análisis estadístico muestra que existen diferencias significativas en la afectación de las diferentes variables y los diferentes procesos y estrategias de regulación emocional entre las personas que cumplen el diagnóstico de ansiedad y/o pánico y las que no presentan diagnóstico aparente. **Conclusiones:** A medida que aumentan los niveles de sintomatología es habitual el desarrollo del trastorno, habiendo relación entre la utilización de determinadas estrategias de regulación emocional y la psicopatología, sin embargo, la afectación durante el COVID-19 de diferentes estresores varía en función del diagnóstico y el tipo de estresor.

Palabras clave: trastorno de ansiedad, trastorno de pánico, procesos cognitivos, regulación emocional, estresores, COVID-19.

Introduction: In this project you observe how the emotional regulation strategies and other stressors in the Generalised anxiety disorder and panic disorder during the lockdown caused by COVID-19 disease. **Method:** Cross-sectional study non-probability sample subjects. The sample was obtained from 264 participants who made an online survey through a snowball sampling. **Results:** The statistical analysis shows that there are differences between the affectation of the different variables and the different processes and the emotional regulation strategies between the people who meet the anxiety diagnoses and/or panic anxiety and the ones that have no apparent diagnosis. **Conclusion:** As symptoms levels increase is usual the development of the disorder, having a relation between the utilisation of certain emotional regulation strategies and psychopathology, however, the affectation during the COVID-19 of different stressors varies depending on the diagnosis and the type of stressor.

Keywords: Anxiety disorder, panic disorder, cognitive processes, emotion regulation, stressors, COVID-19.

Introducción

Las emociones, además de proporcionarnos información del entorno, nos permiten responder a los estímulos y comunicarnos con los demás. Se ha demostrado que las emociones adquieren un gran peso en muchas áreas de funcionamiento psicológico (Lazarus, 1991). A su vez, son procesos de corta duración que engloban cuatro dimensiones: un componente sentimental, es decir, la experiencia subjetiva; un componente de estimulación corporal, encargado de ofrecer la respuesta; un componente intencional, siendo la finalidad por la que se produce determinada emoción, y, por último, un componente social-expresivo, que se refiere al aspecto comunicativo (Revee, 2010).

La manera en la que utilizamos las emociones está muy relacionada con aspectos de una buena salud mental o la aparición de determinada psicopatología (Palacios, 2017). De hecho, los trastornos emocionales y, en concreto, los trastornos por ansiedad (TA) representan una de las patologías más frecuentes en la población general (Cano-Vindel, 2011). El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), a su vez, es uno de los diagnósticos más frecuentes y se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva con una duración mayor de 6 meses y que presenta al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas del sueño. Además, se trata de una preocupación desproporcionada a los hechos y, una vez que aparece es difícil pararla. En cuanto a la prevalencia anual estimada está en torno al 3% de la población adulta y adolescente, mientras que la prevalencia global se encuentra alrededor del 5% (APA, 2013).

Por otro lado, el diagnóstico de Trastorno de Pánico (TP) se caracteriza por la presencia de periodos repentinos de miedo intenso o malestar que alcanza el pico a los pocos minutos y, durante ese periodo se concentran al menos cuatro de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor en el tórax, náuseas, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control y miedo a morir. Para considerarse como trastorno, se ha de producir más de una crisis donde no existe un desencadenante que lo justifique. En estudios de población general, se encuentra una prevalencia anual en torno al 1-2%, mientras que la global oscila entre el 1.5% y el 3.5% (APA, 2013).

Existen factores psicosociales relacionados con los trastornos mencionados, como son el estrés laboral y/o la falta de apoyo social. Estos factores pueden producir reacciones emocionales negativas, así como estrés y/o ansiedad, procesos que activan el sistema nervioso

para afrontar determinadas situaciones. Si estos tipos de respuesta se mantienen activados durante mucho tiempo, pueden generar una disfunción del proceso llegando a desarrollar diferentes patologías (Cano-Vindel, 2003). Mientras que el estrés, generalmente, es causado debido a factores externos, la ansiedad tiene su origen en los factores psicológicos y emocionales que le subyacen. Por tanto, una vez que se expone ante el estímulo, el estrés desaparece, sin embargo, la ansiedad puede surgir en el momento en que aparezca la preocupación (Cano-Vindel, 2011).

Si nos centramos en la causa que produce determinada emoción, existen dos tipos de procesos subyacentes. Por un lado, el sistema biológico, un sistema innato, espontáneo, fisiológico que reacciona de manera impulsiva e inconsciente y, por otro, el sistema cognitivo, basado en la experiencia, que actúa de manera racional, interpretando los estímulos emocionales (Revee, 2010). No obstante, existen diferentes maneras de regular las emociones.

Gross (1998) definió como regulación emocional (RE) al conjunto de procesos que las personas utilizan para gestionar sus estados emocionales y, de esta manera, responder, de manera adaptativa, a los estímulos del ambiente para así, alcanzar nuestras metas o promover el bienestar tanto individual, como social. Estos procesos, pueden producirse tanto de manera consciente como inconsciente (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Gross y Jazaieri, 2014). La finalidad del estudio de la RE, por tanto, está encaminada a la comprensión de las emociones (Tamir, 2011). Además, este tipo de proceso está muy ligado en el estudio de los trastornos emocionales, siendo una característica central la dificultad para gestionar las emociones negativas (Aldao et al., 2010; Gross y Muñoz, 1995).

Los procesos cognitivos que subyacen a la RE se dividen en dos tipos de estrategias: las consideradas como adaptativas como son aceptación, reevaluación y resolución de problemas y, las supuestas desadaptativas, como la evitación, supresión, rumiación y preocupación. Estas últimas se asocian a síntomas de psicopatologías. Sin embargo, esta visión es algo reduccionista, puesto que solamente se puede decir que el uso de determinada estrategia es adecuado o no, valorando las funciones que desempeña en cuanto al contexto en el que se produce (Webb, Miles y Sheeran, 2012). Por tanto, el objetivo de la RE es influir en el proceso de cada emoción para producir una respuesta adaptativa (Aldao, 2013).

Al experimentar una emoción, existen diferentes momentos y maneras de regularla, es lo que se conoce como estrategias de afrontamiento (Compas et al., 2017): por un lado, se encuentra la regulación centrada en los antecedentes, donde interviene el contexto y el

significado del estresor y, por otro, la que se centra en la respuesta, en función de los cambios producidos al experimentar una emoción (Rogier, Garofalo y Velotti, 2019).

Todo esto anterior se ha visto afectado actualmente por el COVID-19. Según Wang et al., (2020), en 2019 apareció en China una epidemia que, acabaría convirtiéndose en una enfermedad que afectaría a la salud mundial, lo que se conoce como coronavirus de 2019 (COVID-19). Esta enfermedad llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar esta situación como una pandemia mundial el 11 de marzo. Se conoce como coronavirus a una familia de virus que causan infección en los seres humanos y el contagio puede transmitirse de animales a humanos o directamente entre personas (Ministerio de Sanidad, 2020). Como informó la OMS en 2019, la sintomatología es muy variada, aunque los síntomas normativos son fiebre, tos y dificultades respiratorias, también es posible que aparezcan otros síntomas gastrointestinales, así como casos de personas contagiadas que han mostrado ser asintomáticas. Por tanto, la sintomatología varía desde la ausencia de síntomas o síntomas respiratorios suaves hasta una enfermedad aguda severa y la muerte.

El rápido contagio de esta enfermedad ha llevado a adoptar las medidas de seguridad en todo el mundo, llegando a implantar el estado de alarma por parte del Gobierno y, con ello un periodo de cuarentena (Zarei et al., 2020). Se entiende por cuarentena al aislamiento de personas por causa de una enfermedad, tanto por el hecho de padecerla, como por el riesgo de un posible contagio con la finalidad de no exponerse a ella. El estado de cuarentena, sin embargo, puede conllevar a problemas en diferentes áreas: como la financiera y la referente a la salud psicológica. No obstante, este periodo se da con la finalidad de tener un control regular de la población infectada y, de esta manera, disminuir los posibles efectos negativos tanto en ellas, como en personas sanas (Hawryluck et al., 2004).

El objetivo del trabajo era analizar cómo había afectado la regulación emocional y diferentes estresores durante la pandemia de COVID-19 y, observar la diferencia producida en personas con TAG y/o TP y las personas sin diagnóstico de ansiedad aparente. Para ello, se plantearon las siguientes hipótesis: a medida que aumentan los niveles de ansiedad favorece la presentación de TAG y TP (Hipótesis 1); existe comorbilidad entre TAG y TP (Hipótesis 2); las personas afectadas por ERTE y aquellos que no están trabajando, pero sí en busca de trabajo tienen niveles más altos de ansiedad y presencia de ataques de pánico y les afecta en mayor medida los estresores laborales (Hipótesis 3 y 4); la preocupación por perder el trabajo y por cubrir necesidades es significativamente mayor en las personas con diagnóstico (Hipótesis 5); existe relación entre los síntomas de ansiedad y pánico y el sentirse aburrido/estresado

(Hipótesis 6); y, las estrategias de regulación emocional automáticas correlacionan positivamente con TAG y TP, mientras que las estrategias elaborativas correlacionan de forma positiva con la inexistencia de trastorno (Hipótesis 7).

Metodología

Participantes

La muestra consta de 264 participantes, con edades que oscilan entre los 18 y los 69 años, con una media de edad de 33,82 años y una desviación estándar de 14,79. Se encontraron diferencias entre sexos, siendo el 72,7% mujeres y el 27,3% hombres. Los sujetos participantes, fueron seleccionados de manera no probabilística, transversal, tratándose de un muestreo de bola de nieve. Además, realizaron la encuesta de manera voluntaria y en ella se especificaba el anonimato y la confidencialidad de las respuestas. Cabe destacar que la muestra obtenida es parte de un estudio realizado por varias universidades españolas donde se consiguió recolectar muestra de diferentes Comunidades Autónomas, no obstante, el actual trabajo está centrado en la muestra de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Procedimiento

Se utilizó un cuestionario creado mediante la plataforma *SurveyMonkey* por diferentes profesores de diversas Universidades cuyos ítems recogían información sobre datos sociodemográficos, estresores y la posibilidad de padecer TAG, TP, y las diferentes estrategias de RE. El cuestionario fue distribuido mediante diferentes redes sociales. A los participantes que accedieron a la encuesta se les informó de su anonimato y la confidencialidad de los datos. Las preguntas obtenían información sobre datos demográficos (como, por ejemplo, edad, género, nivel de estudios...), puntuaciones de síntomas, niveles de síntomas, diagnóstico, estrategias de RE y estresores laborales.

Instrumentos

Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7):

En primer lugar, para evaluar la ansiedad se ha utilizado la escala para el trastorno de ansiedad generalizada GAD-7 en su versión adaptada (García-Campayo et al., 2010), la cual consta de 7 ítems, medidos en una escala Likert donde 0 es “*nunca*” y 3 “*casi cada día*”, obteniendo por tanto una puntuación entre 0 y 21. Además, esta escala mide también los niveles

de sintomatología en una escala Likert comprendida entre 0 y 3 siendo 0) inexistente, 1) leve, 2) moderado y 3) grave. Asimismo, se puede obtener un diagnóstico de TAG de mediante un algoritmo que consiste en una puntuación de 2 (“*más de la mitad de los días*”) el primer ítem, más 3 ítems más de los 6 siguientes.

Patient Health Questionnaire-Panic Disorder (PHQ-PD):

Para valorar el pánico se ha utilizado el cuestionario PHQ-PD en su versión adaptada por Muñoz-Navarro et al., (2016) que consta de 15 ítems distribuidos en 2 apartados, uno de preguntas generales sobre ataques de ansiedad y otro sobre síntomas somáticos de pánico. Se observa que la primera pregunta informa sobre el historial de los ataques de pánico, midiéndose en una escala dicotómica con respuestas de SI/NO (“*En las últimas 4 semanas ¿ha tenido algún ataque de ansiedad — sensación repentina de miedo o pánico?*”, por ejemplo). La segunda recoge información sobre 11 posibles síntomas somáticos (“*¿Se quedó sin aire?*”, por ejemplo) que provocan las crisis de ansiedad, con la misma medida que la pregunta anterior (escala dicotómica). Este cuestionario ofrece información sobre si la persona había mostrado la presencia de algún ataque de pánico en las últimas cuatro semanas y la presencia o ausencia de diagnóstico de TP, mediante un algoritmo que requiere la presencia de ataques de pánico y mínimo otro ítem del primer apartado, más mínimo 4 síntomas somáticos de pánico.

Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ-Short):

Por último, para estimar las estrategias cognitivas de regulación emocional se ha utilizado algunas subescalas del cuestionario *Cognitive Emotional Regulation Questionnaire* (CERQ-Short), adaptado por Domínguez-Sánchez et al., 2013. El cuestionario consta de 18 ítems medidos en escala Likert dónde 0 es “*casi nunca*” y 4 “*casi siempre*” y cuya labor, es evaluar las estrategias automáticas: a) catastrofizar, como, por ejemplo, “*sigo pensando en lo terrible que es lo que he vivido*”, b) rumiación, por ejemplo, “*continuamente pienso en lo horrible que ha sido la situación*”, c) culpar a otros, por ejemplo, “*siento que otros son los culpables de esto*” y d) auto-culpa, por ejemplo, “*pienso que soy el único responsable de lo que ha pasado*”); y elaborativas: e) reinterpretación, por ejemplo, “*pienso que esa situación tiene también partes positivas*”, f) focalización positiva, por ejemplo, “*pienso en algo agradable en vez de en aquello que ha ocurrido*”, g) focalización en planes, por ejemplo, “*pienso un plan para tratar de hacerlo mejor*”, h) aceptación, por ejemplo, “*pienso que tengo que aceptar que esto ha ocurrido*” y, por último, i) poner en perspectiva, por ejemplo, “*me*

digo a mí mismo que hay cosas peores en la vida ”) que las personas utilizan a la hora de regular sus emociones.

Análisis de datos

A la hora de investigar los datos estadísticos obtenidos, se utilizó el programa IBM SPSS 26. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la muestra (N y %), donde se observaron 2 datos atípicos, los cuales fueron eliminados. A continuación, se realizó el mismo análisis con el resto de los datos de interés a estudiar: puntuaciones de síntomas, niveles, diagnóstico, estrategias de RE y estresores laborales; para así, posteriormente, realizar los análisis de interés, estudiando las hipótesis que fueron planteadas. Para ello, se realizaron diferentes análisis: correlación de Pearson, observando el grado de relación entre variables, regresiones lineales simples y múltiples para considerar el nivel de dependencia entre la variable dependiente y la independiente, T-de Student, para comparación de medias entre grupos y tablas cruzadas para estudiar la coincidencia entre niveles y diagnóstico o comorbilidad entre trastornos.

Resultados

Se efectuó un análisis preliminar de los datos observando dos valores atípicos en la muestra, por lo que se procedió a su eliminación. En la tabla 1 se representa la muestra y porcentajes pertenecientes a los estadísticos sociodemográficos descriptivos (Anexos).

A continuación, se procedió al análisis descriptivo de puntuaciones, niveles de síntomas y diagnóstico, obteniendo una descripción de las puntuaciones de ansiedad, (rango 0-21; Me=6,45; Mo= 4). En la tabla 2 se muestra el número de personas y porcentaje perteneciente a los distintos niveles, además de la media del nivel de síntomas.

Tabla 2
Análisis descriptivos de síntomas

	N	%	Media
<i>Niveles Ansiedad</i>			0,905
1 Inexistente	101	38,3	
2 Leve	99	37,5	
3 Moderado	48	18,2	
4 Grave	14	5,3	
<i>Ataques de pánico</i>			0,24
0 Inexistente	201	76,1	
1 Sí	63	23,9	

Consecutivamente, se realizó una tabla cruzada para observar si a medida que presentan niveles altos de síntomas de ansiedad (moderados y graves) o ataques de pánico en TP, se cumple con el diagnóstico pertinente (tabla 3).

Tabla 3.

Tabla cruzada entre diagnósticos y síntomas

	<i>Diagnóstico TAG</i>		
	Inexistente	TAG	Total
<i>Niveles ansiedad</i>			
Inexistente	101	0	101
Leve	99	0	99
Moderado	18	30	48
Grave	0	14	14
Total	218	44	262
	<i>Diagnóstico TP</i>		
	Inexistente	TP	Total
<i>Ataques de pánico</i>			
SÍ	18	45	63
NO	201	0	201
Total	219	45	264

Tabla 4.

Tabla cruzada entre diagnósticos y sintomatología de otro diagnóstico

	<i>Diagnóstico TP</i>		
	Inexistente	TP	Total
<i>Niveles ansiedad</i>			
Inexistente	98	3	101
Leve	85	14	99
Moderado	27	21	48
Grave	8	6	14
Total	218	44	262
<i>Diagnóstico TAG</i>			
	Inexistente	TAG	Total
<i>Ataques de pánico</i>			
SÍ	36	27	63
NO	184	17	201
Total	220	44	264

Por otro lado, se estudió la posible existencia de comorbilidad entre TAG y TP, mediante la realización de una tabla cruzada, obteniendo que 20 personas de las 44 con TAG, además tenían TP. Posteriormente, se observó el porcentaje de sintomatología de ansiedad con diagnóstico de TP y viceversa (Tabla 4).

Asimismo, se procedió al análisis del efecto de los diferentes estresores laborales (preocupación por la pérdida del trabajo, preocupación por cubrir las necesidades, sobrecarga laboral y agotamiento emocional laboral) y del estrés/aburrimiento a las personas con TAG o TP. Para ello, se creó la categoría de estresores laborales que incluían los 4 ítems ya mencionados, agrupados de tal manera, que fueran homogéneos (rango 0-10) para poder trabajar con ellos.

Se efectuó un análisis para examinar el efecto que producían los estresores laborales en TAG ($\beta=,361$; $p<0,05$) y en TP ($\beta=,165$; $p=,242$). A continuación, se realizó una comparación de medias para observar si existía diferencia entre las personas que fueron afectadas por la situación (ERTE y desempleados en busca de trabajo) y las no afectadas (resto), sin embargo, $p=,949$ en TAG y $p=,728$ en TP. Por ello, se efectuó una tabla cruzada para estudiar el porcentaje de personas con niveles altos de ansiedad (moderados y graves) pertenecían a cada grupo (afectados y no afectados), al igual que el porcentaje de personas con síntomas de pánico (Tabla 5).

Tabla 5

Tabla cruzada entre síntomas y afectados por ERTE y desempleados en búsqueda laboral

	<i>Afectados por ERTE y desempleados en búsqueda laboral</i>		
	SÍ	NO	Total
<i>Niveles ansiedad</i>			
Inexistente	26	75	101
Leve	23	76	99
Moderado	12	36	48
Grave	3	11	14
Total	64	198	262
<i>Ataques de pánico</i>			
SÍ	16	47	63
NO	49	152	201
Total	65	199	264
<i>Diagnóstico TAG</i>			
TAG	11	33	44
Inexistente	54	166	220
Total	65	199	264

<i>Diagnóstico TP</i>			
TP	12	33	45
Inexistente	53	166	219
Total	65	199	264

Por último, se realizó un análisis que observara si la variable de estrés/aburrimiento favorece la aparición de niveles de ansiedad ($r=,280$) y ataques de pánico ($r=,202$), obteniendo un resultado significativo ($p<0,01$) en el cambio de inexistente a leve ($-1,339$), sin embargo, en el grupo de leve a moderado $p=,111$ y en el de moderado a grave $p=,983$. Por otro lado, este mismo análisis efectuado con la presencia de ataques de pánico informa de una diferencia de medias de $-1,362$ y $p<0,01$. En última instancia, cabe mencionar la relación entre la variable estrés/aburrimiento y ambos trastornos, presenciando una $r=,147$ en diagnóstico de TAG ($p<0,05$) y una $r=,201$ en diagnóstico de TP ($p<0,01$).

En cuanto a las variables de RE, en la tabla 6 se representan los estadísticos descriptivos (M y DT) de cada variable, junto con sus respectivas puntuaciones en asimetría y curtosis.

Tabla 6.

Estadísticos descriptivos (media y desviación estándar), asimetría y curtosis.

	Media	Desviación típica	Asimetría	Curtosis
<i>Procesos automáticos</i>	17,26	5,19	,44	-,29
Culpar	4,84	2,46	,72	-,59
Autoculpa	2,75	1,41	2,08	3,95
Rumiación	5,2	1,91	,27	-,68
Catastrofizar	4,46	2,08	,73	-,26
<i>Procesos elaborativos</i>	35,60	7,23	-,45	,02
Aceptación	7,89	1,96	-1,03	,71
Poner en perspectiva	6,43	1,92	,12	-,51
Reinterpretación	7,61	2,11	-,66	-,54
Focalización en los planes	7,04	2,07	-,42	-,65
Focalización positiva	6,63	2,16	-,26	-,69

Mediante una correlación bivariada (r de Pearson) que se presentan en la tabla 7, se detalló por separado los modelos de procesamiento automático y elaborativo, además de TAG y TP. El modelo automático incluía 4 variables observables (culpar, autoculpa, rumiación y catastrofizar), no obstante, se mostró una relación positiva débil con las variables aceptación, reinterpretación y focalización en los planes. Por otro lado, el modelo elaborativo incluía 5 variables (aceptación, poner en perspectiva, reinterpretación, focalización en los planes y focalización positiva), obteniendo una relación positiva débil con la variable rumiación. En cuanto a TAG se obtuvo relación con 4 variables visibles (procesos automáticos, culpar, rumiación y catastrofizar), mientras que TP solo con una variable (rumiación) siendo una relación positiva débil.

Tabla 7*Correlaciones entre procesos de RE y trastornos.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 Automáticas	-											
2 Culpar	,692**	-										
3 Autoculpa	,365**	-,066	-									
4 Rumiación	,712**	,214**	,220**	-								
5 Catastrofizar	,777**	,379**	0,11	,448**	-							
6 Elaborativas	,082	,049	,026	,242**	-,096	-						
7 Aceptación	,151**	,019	,003	,292**	,083	,668**	-					
8 Perspectiva	-,097	-,015	,086	-,009	-,273**	,598**	,229**	-				
9 Reinterpretación	,122*	0,07	,009	,252**	-,022	,770**	,373**	,309**	-			
10 Planes	,224**	,097	,084	,327**	,079	,770**	,496**	,283**	,536**	-		
11 Foco	-,101	-,001	-,079	-,003	-,196**	,719**	-,196**	,327**	,471**	,387**	-	
12 TAG	,383**	,220**	,049	,284**	,401**	-,004	,062	-,064	-,061	,11	-,177**	-
13 TP	-,113	,029	,034	,143*	,083	-,003	,057	,014	-,102	,045	-,103	,338

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Por otro lado, se comprobaron los efectos de las estrategias de regulación emocional sobre ambos diagnósticos, tanteando cuánto porcentaje explicaban manteniendo un valor fijo en TAG (Tabla 8) y en TP (Tabla 9).

Tabla 8*Análisis de regresión logística*

Trastorno de Ansiedad Generalizada	
	β
<i>Predictores</i>	
Catastrofizar	,503**
Rumiación	,233*
Catastrofizar	,428**
Rumiación	,286*
Catastrofizar	,385**
Foco	-,21*
Paso 1 (R^2)	,237
Paso 2 (ΔR^2)	,264
Paso 3 (ΔR^2)	,291

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ **Tabla 9***Análisis de regresión logística*

Trastorno de Pánico	
	β
<i>Predictores</i>	
Rumiación	,218*
Rumiación	,299**
Reinterpretar	-,218**
Paso 1 (R^2)	,04
Paso 2 (ΔR^2)	,083
* $p < 0,05$	
** $p < 0,01$	

Para finalizar, se efectuó una comparación de medias de los procesos elaborativos y automáticos en relación a las personas que cumplían con diagnóstico de TAG y de TP, observando una diferencia de medias de -5,32 en el proceso automático de personas con TAG ($p=0,000$). En cambio, no se dieron resultados significativos en el resto de las medias comparativas, tanto elaborativas en TAG, como procesos automáticos y elaborativos en personas con TP.

Discusión

Los TA constituyen una de las psicopatologías más recurrentes en la actualidad, con altos niveles de discapacidad (Palacios, 2017). Mediante el estudio de los procesos de RE se puede modelar el desarrollo y el mantenimiento de los mecanismos que subyacen la determinada manera de responder al entorno para así, provocar una respuesta adaptativa a las demandas del ambiente (Roger, Garofalo et Velotti, 2019). Se entiende como proceso de RE a aquella habilidad del ser humano que permite mantener, incrementar o interrumpir un estado afectivo latente (Silva, 2005). La pandemia del COVID-19 ha exacerbado los estresores

existentes que afectaban a la salud tanto mental como fisiológica (Lemke, Apostolopoulos y Sönmez, 2020). Encontrando que los porcentajes de personas con diagnóstico de TAG y de TP de la muestra, están por encima de la prevalencia anual y global.

En relación a las hipótesis planteadas en el estudio, se ha observado que, en primer lugar, la mayoría de los participantes informan unas bajas puntuaciones de ansiedad que, a medida que se indaga sobre los niveles, se ve reflejado al obtener que la media de los participantes se sitúa entre síntomas inexistentes y leves. Sin embargo, el indicio de sintomatología ansiosa aumenta el riesgo de desarrollar un diagnóstico en estos trastornos (Hipótesis 1). Por otro lado, se ha encontrado evidencia de la existencia de comorbilidad entre el Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Trastorno de Pánico (Hipótesis 2), observando un porcentaje moderado de personas con niveles altos de ansiedad que cumplían criterios de TP y población con ataques de pánico que cumplían diagnóstico de TAG. Sin embargo, no podemos saber el tamaño de la relación con esa información. La RE se ha considerado un factor de riesgo transdiagnóstico de diferentes trastornos emocionales, entre otros diagnósticos (Aldao y Nolen-Hoeksema en 2010; Barlow Alen y Choate, 2016). Cabe mencionar que existe una alta comorbilidad entre las patologías que engloban los TA. Además, la presencia de sintomatología bien sea compartida o no, exacerba la probabilidad de desarrollar determinado trastorno (como se cita en Zimmermann, Chong, Vechiu y Papa, 2020).

En cuanto al cómo han afectado los estresores laborales a ambos trastornos, se ha verificado que, en una persona con diagnóstico de TAG, la afectación es mayor que en una sin diagnóstico aparente y, sin embargo, los resultados no han sido significativos para TP (Hipótesis 3). Esto se refleja en el estudio Cano-Vindel en 2011, quien menciona que altos niveles de estrés laboral aumentan la probabilidad para desarrollar trastornos emocionales, como es el de TA. No obstante, no se puede verificar que las personas que han sido afectadas por ERTE y quienes están en busca de trabajo tengan puntuaciones más altas en ansiedad o hayan tenido más ataques de pánico que el resto (Hipótesis 4), obteniendo un porcentaje de personas que se habían visto afectadas por el confinamiento y el de las que no, que apenas difería. Por tanto, se puede asumir que las personas afectadas por ERTE y desempleados en búsqueda laboral no han sufrido mucho estrés.

Teniendo en cuenta la preocupación, tanto por perder el trabajo como por cubrir las necesidades en personas con TAG y TP, no hay resultados que contrasten que esto afectara a la muestra que se encontraba trabajando. Al efectuarlo con la muestra total, las personas que tienen TAG tienen mayor preocupación que las que no lo presentan, en cambio con TP no hay

diferencias significativas (hipótesis 5). Sin embargo, se ha demostrado que el desempleo es un estresor que aumenta la probabilidad de padecer algún tipo de dificultad o enfermedad (Haro et al., 2006).

Por otro lado, se contrasta la relación entre los niveles de ansiedad y síntomas de pánico y el estrés o aburrimiento (Hipótesis 6). No obstante, solo se ha observado una diferencia significativa al pasar de síntomas inexistentes a leves, aun siendo evidente, no ocurre lo mismo si comparamos los niveles de moderado a grave. Esto podría ser posible por el hecho de no haber una muestra representativa. A pesar de no ser un resultado significativo, sí que hay indicios de que el estrés y el aburrimiento aumentan los niveles de ansiedad. Ahora, tratándose de la sintomatología de TP, las personas que han tenido algún ataque de pánico se han visto más estresadas o aburridas durante el confinamiento, puesto que son signos claros de la psicopatología. El confinamiento ha traído consigo síntomas como el aburrimiento, frustración, estrés, preocupación tanto de contagio como por la situación laboral, como se ha mencionado anteriormente uno de los desencadenantes de los TA es la falta de apoyo social, si estos síntomas perduran por un largo tiempo, es más probable el desarrollo de determinada psicopatología ansiosa (Cano-Vindel, 2011).

La utilización, en mayor medida, de procesos automáticos favorecen la presencia de trastorno, obteniendo una relación de dependencia entre determinadas estrategias y la presencia de diagnóstico. (Medrano, Muñoz-Navarro y Cano-Vindel, 2016). En cuanto a los procesos automáticos destaca la puntuación en autculpa reflejando que en general, la muestra no ha tendido a responsabilizarse de lo sucedido, opinión que contrasta al considerar una responsabilidad externa. Al adentrar en los procesos de RE, se obtiene una mayor media de procesos elaborativos. No obstante, dentro de los automáticos, destaca “rumiación”, tendencia a pensar continuamente en aquellos sentimientos o pensamientos que provoca la situación desfavorable (Domínguez-Sánchez et al., 2013), habiendo informado más personas la utilización de este tipo de estrategia. En el caso de los elaborativos, todas las medias son mayores, destacando “aceptación”, es decir, la presencia de pensamientos ligados a aceptar la ocurrencia del evento negativo y aceptar la realidad (Domínguez-Sánchez et al., 2013).

Se observa que mientras en los procesos automáticos la mayoría de las personas tienden a encontrarse en niveles bajos, en los procesos elaborativos sucede lo contrario, pero en cuanto a la distorsión de los valores se tiende a encontrar dispersa en ambos procesos, exceptuando algunos ítems que muestran que los datos se concentran alrededor de un punto (autculpa, procesos elaborativos y aceptación).

Al centrarnos en los diagnósticos mencionados anteriormente, las personas con TAG sabemos que tienden a buscar culpables de lo sucedido, invierten más tiempo en pensar sobre la situación problemática, tienen excesivos pensamientos negativos que retroalimentan el temor que están sintiendo y tratan de pensar de forma más negativa, centrando su atención en el evento displacentero (Domínguez-Sánchez et al., 2013). Sin embargo, la estrategia que caracteriza a las personas con TP es la tendencia a pensar excesivamente en el evento problemático (Domínguez-Sánchez et al., 2013). No obstante, mientras que los resultados muestran que las personas con TAG utilizan en mayor medida los procesos de regulación automática (Hipótesis 7), no podemos confirmar si en las personas sin existencia de diagnóstico de ansiedad prevalecen las elaborativas; al igual que no existen estas diferencias entre las personas que cumplen diagnóstico de TP y las que no. Se asume, de esta manera, que no existen diferencias a la hora de utilizar este tipo de estrategias en personas con Trastorno de Pánico. Según Aldao y Nolen- Hoeksema en 2010, en la RE juegan un papel más importante las estrategias desadaptativas, es decir, es más probable que aparezca la tendencia de utilizar estrategias desadaptativas que interferir en el procesamiento con la finalidad de realizar una reevaluación mediante estrategias adaptativas, por tanto, la regulación emocional está más encaminada a la función que está tiene para las personas que a la manera en que se realiza (Naragon-Ganey. McMahon y Chako, 2017).

Limitaciones

Cabe destacar algunas limitaciones: las personas que participaron en el estudio fueron seleccionados de una muestra no probabilística, por lo que la muestra puede estar sesgada. Además, el cuestionario se divulgó cuando la mayor parte de la muestra llevaba solamente entre 10-15 días confinados, por lo que, cabe la posibilidad, que la incertidumbre de la situación tapara las consecuencias posteriores tanto a nivel psicológico como laboral y económico.

Otro aspecto a considerar sería la inclusión de variables relacionadas con el bienestar psicológico o la satisfacción con la vida, para considerar si estas variables predominan en las personas sin existencia de trastorno de ansiedad.

Referencias

- Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155-172. <https://doi.org/10.1037/e530982014-001>
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974-983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., y Choate, M. L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders – Republished Article. *Behavior Therapy*, 47(6), 838-853. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.005>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5^a ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Cano Vindel, A. (2003). El impacto de la ansiedad. *Revista Española de Economía Salud*, 2, 70-72
- Cano-Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 75–97.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A.H., Watson, K.H., Gruhn, M.A., Dunbar, J.P., ... Thigpen, J. C. (2017). Coping and emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: a meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991. <https://doi.org/10.1037//bul0000110>
- Zarei, A., Taghavi Fardood, S., Moradnia, F., y Ramazani, A. (2020). A Review on coronavirus family persistency and considerations of novel type, covid-19 features. *Eurasian Chemical Communications*, 2(7), 798-811.
- Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J., y Holgado-Tello, F. P. (2013). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Psychometric properties of the Spanish version. *Assessment*, 20(2), 253-261. <https://doi.org/10.1177/1073191110397274>

- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Perez-Paramo, M., Lopez-Gomez, V., Freire, O., y Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: *An integrative review. Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J., y Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(2), 151-164.
- Gross, J. J., y Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeDEspaña [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clinica*, 126, 445-451.
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 7.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46(8), 819-834. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.8.819>
- Lemke, M. K., Apostolopoulos, Y., y Sönmez, S. (2020). Syndemic frameworks to understand the effects of COVID-19 on commercial driver stress, health, and safety. *Journal of Transport y Health*, 18, 100877. <https://doi.org/10.1016/j.jth.2020.100877>
- Medrano, L. A., Muñoz-Navarro, R., y Cano-Vindel, A. (2016). Procesos cognitivos y regulación emocional: Aportes desde una aproximación psicoevolucionista. *Ansiedad y Estrés*, 22(2-3), 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.11.001>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/en/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200326_ITCoronavirus.pdf
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Wood, C. M., Ruíz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., Limonero, J. T., Tomás-Tomás, P., Gracia-Gracia, I., Dongil-Collado, E., Iruarrizaga, M. I., y PsicAP Research Group. (2016). The PHQ-PD as a Screening Tool for Panic

- Disorder in the Primary Care Setting in Spain. *PLOS ONE*, 11(8), e0161145. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161145>
- Palacios, A.G. (2017). *Regulación emocional como aspecto transdiagnóstico en psicopatología*. 3.
- Reeve, J. (2010). Naturaleza de las emociones: las cinco eternas preguntas. En *Motivación y Emoción* (5ª ed., pp. 222-227). Madrid: McGraw-Hill.
- Rogier, G., Garofalo, C., y Velotti, P. (2019). Is Emotional Suppression Always Bad? A Matter of Flexibility and Gender Differences. *Current Psychology*, 38(2), 411-420. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9623-7>
- Silva C., J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: El modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3). <https://doi.org/10.4067/S0717-92272005000300004>
- Tamir, M. (2011). The Maturing Field of Emotion Regulation. *Emotion Review*, 3(1). 3-7. <http://doi.org/10.1177/1754073910388685>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., y Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Webb, T., Miles, E., y Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138(4), 775-808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>
- Zimmermann, M., Chong, A. K., Vechiu, C., y Papa, A. (2020). Modifiable risk and protective factors for anxiety disorders among adults: A systematic review. *Psychiatry Research*, 285, 112705. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112705>

Anexos

Tabla 1.
Estadísticos sociodemográficos

	Muestra total (n=264)	
	N	%
<i>Edad</i>		
De 18 a 25	132	50
De 26 a 35	35	13,3
De 36 a 55	68	25,8
> de 55	29	11
<i>Género</i>		
Femenino	192	72,7
Masculino	72	27,3
<i>Estado civil</i>		
Casado:	86	32,6
Divorciado:	8	3
Soltero:	142	53,8
Vive con pareja no casada:	28	10,6
<i>Nivel máximo de estudios</i>		
Educación básica	14	5,3
Educación secundaria	34	12,9
Bachillerato	65	24,6
Estudios universitarios	126	47,7
Máster/doctorado	25	9,5
<i>Ingresos</i>		
< 12.000:	34	12,9
12.000 – 24.000:	108	40,9
24.000 – 36.000:	73	27,7
36.000 – 60.000:	35	13,3
>60.000:	14	5,3
<i>Situación laboral</i>		
Empleado (JC)	88	33,3
Empleado (MJ)	26	9,8
Desempleado (en busca)	41	15,5
Desempleado (no busca)	70	26,5
Afectado ERTE	24	9,1
Baja laboral (temporal)	10	3,8
Jubilado	5	1,9