

Relación de las estrategias de afrontamiento cognitivas con sintomatología de ansiedad y depresión

Juan Manuel GUTIÉRREZ TRIGO
Rocío MÁRQUEZ VÁZQUEZ

Centro de Psicología y Salud "Psicología Diez". Jerez de la Frontera, Cádiz (España)

Resumen

En el presente estudio se presentan los datos de una muestra de 38 participantes que fueron seleccionados después de cumplir los requisitos de haber solicitado tratamiento psicológico y presentar algún tipo de alteración emocional. Todos ellos comenzaron a recibir tratamiento psicológico en el Centro de Psicología y Salud "Psicología Diez", centro colaborador de la Universidad de Cádiz, de la Universidad de Huelva y de la UNED, entre otras instituciones, y con certificación sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desde el año 2000. Como objetivo, nos planteamos comprobar si un mayor uso de las estrategias de rumiación y catastrofización en el afrontamiento de las dificultades se relacionarán principalmente con sintomatología de ansiedad, mientras que el uso de la estrategia de autculpa se relacionará principalmente con sintomatología de depresión. Todos los participantes cumplimentaron el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (CERQ) y la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospitales (HADS). Mientras que el uso de algunas estrategias de afrontamiento como la autculpabilidad, la rumiación y la catastrofización frente a los acontecimientos adversos parecen facilitar el inicio de las alteraciones emocionales, el uso de estrategias cognitivas como la reevaluación positiva permite reducir la probabilidad de desarrollar alteraciones emocionales. Los resultados muestran qué estrategias de afrontamiento cognitivo frente a las adversidades se relacionan con la aparición de sintomatología ansiosa y qué estrategias facilitan la aparición de sintomatología depresiva. Además, se pretende estudiar si algunas de las estrategias de afrontamiento valoradas, tienen un efecto protector reduciendo la probabilidad de desarrollar algún tipo de alteración emocional.

Abstract

In the present study, the data of a sample of 38 participants that were selected after meeting the requirements of having requested psychological treatment and presenting some type of emotional disorder are presented. All of them received psychological treatment at the Center for Psychology and Health Psychology Ten, Collaborating Center of the University of Cádiz, Huelva and UNED, and with health certification from the Ministry of Health of the Junta de Andalucía. As an objective, we propose to verify whether a greater use of the rumination and catastrophizing strategy is mainly related to anxiety symptoms, while the use of the self-criticism strategy will be mainly related to depression symptoms. All participants completed the Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). When some strategies such as self-blame, rumination and catastrophizing are used in the face of adverse events seem to facilitate the onset of emotional disturbances, the use of cognitive strategies such as positive reevaluation allows reducing the probability of developing the appearance of emotional disturbances. The results show which cognitive coping strategies in the face of adversities are related to anxious symptoms or which cognitive coping strategies are related to depressive symptoms and which on the contrary have a protective effect.

Está suficientemente contrastada la relación entre las dificultades para regular las emociones y un gran número de psicopatologías (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Cano-Vindel, 2011; Gross y Levenson, 1997; Gross y Jazaieri, 2014; Hervás, 2011). Algunas de estas psicopatologías en las que se han encontrado dificultades en la regulación de las emociones son la adicción al alcohol, el trastorno depresivo, el trastorno de pánico, el trastorno de estrés posttraumático o el trastorno de ansiedad generalizada (Hervás y Vázquez, 2006). Por ello, en los últimos años el interés en el estudio de los mecanismos que permiten realizar una regulación emocional adecuada no ha parado de crecer.

De hecho, si entre los años 1997 y 2003 se publicaron una media de 750 artículos por año, entre los años 2013 y 2015 se publicaron una media de 2750 artículos por año (Aldao, Gee, de los Reyes y Seager, 2016). Muchas de estas investigaciones tratan de resolver cuáles son las estrategias que más contribuyen a la recuperación de un paciente para definir y concretar qué aspectos de las intervenciones psicológicas son más efectivos. Como es bien sabido, algunas de las variables más estudiadas en este sentido han sido las estrategias de afrontamiento. Estas estrategias pueden dividirse en dos categorías, aquellas estrategias centradas en el entorno estresante para tratar de modificarlo y aquellas estrategias centradas en la emoción, consistentes en utilizar estrategias cognitivas para cambiar el significado del evento estresante (Lazarus y Folkman, 1984; Martin y Dahlen, 2005; Garnefski y Kraaij, 2006).

En la presente investigación se pretende valorar las estrategias del segundo tipo. A pesar de que en los últimos años se han desarrollado programas de tratamiento transdiagnósticos basados en la terapia cognitivo conductual que se han mostrado efectivos para tratar tanto la ansiedad como la depresión (Barlow, Allen, y Choate, 2004; García-Escalera, Chorot, Valiente *et al.*, 2016; Gutiérrez-Trigo, 2017; Mestre, Gutiérrez-Trigo, Guerrero y Guil, 2017), en el presente trabajo pretendemos comprobar si sería necesario establecer algunas diferencias entre los programas aplicados al tratamiento de síntomas de ansiedad y los programas aplicados al tratamiento de los síntomas de depresión.

Más concretamente, como objetivo del presente estudio, nos planteamos comprobar si un mayor uso de la estrategia de rumiación y catastrofización se relacionará principalmente con sintomatología de ansiedad, mientras que el uso de la estrategia de autoculpa se relacionará principalmente con sintomatología de depresión tal y como otros estudios obtuvieron (Martin y Dahlen, 2005). Además, las estrategias culpar a otros, aceptación, refocalizar en planes, refocalización positiva, reevaluación positiva y toma de perspectiva serán poco utilizadas por los participantes ya que el uso de estas estrategias parece proteger frente al desarrollo de la sintomatología que presentaban.

Método

Participantes

Participaron en este estudio 38 personas (14 hombres y 24 mujeres), integrantes de una población clínica que ha solicitado tratamiento psicológico de carácter privado para resolver sus problemas emocionales. En el momento del estudio tenían un amplio rango de edades (17-60 años, con una media de edad de 33'61 años y DT = 12'64). Todos ellos recibían tratamiento psicológico en el Centro de Psicología y Salud "Psicología Diez", que en la actualidad es centro colaborador de la Universidad de Cádiz, entre otras instituciones, y con certificación sanitaria de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Los criterios de selección de la muestra fueron ser personas adultas demandantes de tratamiento psicológico que hayan presentado síntomas relacionados con la ansiedad o síntomas relacionados con la depresión durante un periodo superior a tres meses previos al inicio del tratamiento (aspecto que no fue difícil de cumplir por los participantes ya que a la mayoría les había costado tomar la decisión de acudir a tratamiento psicológico una vez que había debutado la sintomatología psicológica).

La evaluación siempre fue llevada a cabo por el mismo terapeuta con formación y experiencia en las pruebas de evaluación utilizadas y en el mismo despacho profesional, es decir, en similares condiciones.

Instrumentos

Para medir la sintomatología relacionada con la ansiedad y con la depresión utilizamos la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983), adaptada a población española por Terol, López-Roig, Rodríguez-Marín y cols. (2007), mientras que para medir el tipo de estrategias que utilizaban los participantes cuando se enfrentaban a la adversidad utilizamos el *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ) (Garnefski, Kraaij, y Spinhoven, 2001) adaptada en España en 2011 por Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor y Holgado-Tello (2011).

La *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983), fue adaptada a población española en el año 2007 y desde entonces ha sido una escala frecuentemente utilizada en la investigación y en la práctica clínica para valorar sintomatología de ansiedad directamente relacionada con estados de hiperactivación fisiológica y sintomatología de depresión que se relaciona con estados de hipoactivación fisiológica. Ambas escalas ofrecen un punto de corte, situado en una puntuación directa de 9, a partir del cual la sintomatología se considera significativa y entre ellas ofrecen un bajísimo índice de correlación de 0'03 con un error estándar de 0'14. Para la consistencia

interna de la escala de depresión, se obtiene un coeficiente de correlación que va entre 0'42 y 0'71, mientras que para la escala de ansiedad se obtiene un coeficiente entre 0'36 y 0'64, todas ellas estadísticamente significativas (Terol, López-Roig, Rodríguez-Marín *et al.*, 2007).

El *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ) (Garnefski, Kraaij, y Spinhoven, 2001) es un instrumento que tiene por objetivo medir la frecuencia con la que las personas utilizan determinadas estrategias de afrontamiento cognitivo para la regulación de emociones cuando se enfrentan a situaciones de adversidad. En concreto, el CERQ mide nueve procesos cognitivos de afrontamiento: (1) autculpabilidad, (2) culpar a otros, (3) aceptación, (4) refocalizar en planes, (5) refocalización positiva, (6) rumiación, (7) reevaluación positiva, (8) toma de perspectiva o relativización y (9) catastrofizar. Los autores consideran la autculpabilización, la rumiación y la catastrofización como estrategias no adaptativas y las restantes como estrategias adaptativas.

En la adaptación española de Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu, Amor y Holgado-Tello (2011) la consistencia interna del cuestionario oscila entre 0'68 y 0'93 y ha sido probada la validez convergente y discriminativa a través de relaciones con ansiedad y depresión. Cada una de las estrategias es medida a través de cuatro ítems, que deben ser contestados en relación a cómo se reacciona cuando se afronta una situación negativa en la vida. Se trata de valorar las distintas estrategias desde 1 "casi nunca lo hago" hasta 5 que significa "casi siempre lo hago".

Procedimiento

Antes de comenzar con la evaluación, los participantes firmaron un consentimiento informado y documento informativo en el que se les explicó que no existía riesgo alguno derivado de su colaboración en el estudio, ya que se trata de un estudio únicamente descriptivo en el que sus datos

serán tratados de forma global. Además, se les garantizó la protección de la intimidad personal y el tratamiento confidencial de los datos según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

La aplicación de los distintos instrumentos se desarrolló de forma individual para cada uno de los participantes. La evaluación se llevó a cabo en dos sesiones de manera general. La primera sesión con una duración aproximada de dos horas, comprendió una entrevista individual semiestructurada sobre aspectos personales, familiares y sociales, además de la cumplimentación del HADS; la segunda sesión con una duración ordinaria de 50 minutos, se destinó a cumplimentar el CERQ y otras pruebas.

Una vez obtenida la muestra, y para poder trabajar con los datos, estos fueron traducidos a formato numérico con el programa *IBM SPSS Statistics 21*.

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de las posibles asociaciones de las variables de las distintas estrategias de afrontamiento. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis correlacionales entre las variables de las estrategias de afrontamiento cognitivo y las variables de ansiedad y depresión de los distintos instrumentos.

Resultados

Resultados descriptivos

La tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos de las variables del estudio y los promedios de cada variable por sexo. El análisis descriptivo muestra que las estrategias de afrontamiento cognitivo consideradas adaptativas que puntúan más alto por la muestra son *refocalización en planes* y *aceptación*. La estrategia considerada desadaptativa que puntúa más alto es *rumiación*.

Los participantes en el estudio obtienen una puntuación medida en síntomas de *ansiedad* según la mide el HADS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos: valores mínimo y máximo, media y desviación tipo (DT) y los promedios por sexo.

Variables	Mínimo	Máximo	Media (DT)	Mujeres	Hombres
Ansiedad	3,00	19,00	12,230 (4,21)	13,00	10,93
Depresión	0,00	21,00	8,39 (5,14)	8,67	7,93
Autoculpa	1,75	4,75	3,16 (0,83)	3,35	2,82
Rumiación	1,25	5,00	3,80 (0,87)	3,99	3,50
Catastrofización	1,00	4,50	2,64 (0,95)	2,82	2,34
Refocalización en planes	1,50	4,75	3,47 (0,83)	3,44	3,52
Reevaluación positiva	1,00	5,00	2,83 (1,14)	2,69	3,07
Poner en perspectiva	1,50	5,00	2,82 (0,86)	3,05	2,41
Refocalización positiva	1,00	5,00	1,95 (0,98)	1,86	2,11
Culpar a otros	1,00	4,50	2,18 (1,08)	2,26	2,04
Aceptación	1,75	5,00	3,34 (0,75)	3,26	3,48

superior a la media obtenida en sintomatología de depresión medida por el mismo instrumento.

En cuanto a las diferencias de sexo, se observa que las mujeres obtienen puntuaciones mayores en síntomas de *ansiedad y depresión* que los hombres. Este dato concuerda con el hecho de que los hombres hacen un mayor uso de las estrategias de afrontamiento cognitivas adaptativas como son: *refocalización positiva, refocalización en planes, reevaluación positiva y aceptación*. Las mujeres puntúan más alto en todas las estrategias de afrontamiento desadaptativas y en la estrategia adaptativa de *poner en perspectiva*.

Como primera aproximación, se observa una diferencia en el uso de las estrategias de afrontamiento cognitivas consideradas adaptativas o desadaptativas y la sintomatología de ansiedad y depresión, pero para determinar si estas diferencias son estadísticamente significativas se llevó a cabo la prueba *T* para muestras independientes. Los resultados mostraron, con un intervalo de confianza del 95%, que el uso de la estrategia de *autoculpa* es mayor en mujeres que en hombres ($gl=36; p=0.05$) y que el uso de la estrategia de *poner en perspectiva* es también mayor en mujeres que en hombres ($gl=36; p=0.02$). Solo aparecen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en esas dos estrategias.

Resultados correlacionales

Siguiendo el objetivo principal de la presente investigación, que consiste en comprobar si un mayor uso de la

estrategia de *rumiación y catastrofización* se relacionará principalmente con sintomatología de ansiedad, mientras que el uso de la estrategia de *autoculpa* se relacionará principalmente con sintomatología de depresión, se llevan a cabo análisis correlacionales entre dichas variables.

En primer lugar, antes de comenzar con los análisis de correlación, se lleva a cabo la prueba de normalidad Shapiro-Wilk ($N=38$) para determinar la idoneidad de las pruebas de análisis de correlación a utilizar. De estos análisis, se obtiene que la variable *ansiedad* del HADS, y las estrategias de afrontamiento del CERQ: *refocalización positiva, poner en perspectiva y culpar a otros*; en la población tienen una distribución no normal ya que se obtiene un valor de significancia $p < 0.05$ (bilateral). El resto de estrategias de afrontamiento presentan una distribución normal en la población. Para las variables con distribución no normal hemos utilizado la correlación *Rho* de Spearman y para las variables con distribución normal la correlación de Pearson (*r*). Estos resultados aparecen en la tabla 2.

En primer lugar, los resultados correlacionales nos permiten constatar que un mayor uso de las estrategias de *rumiación y catastrofización* se relacionaran principalmente con sintomatología de *ansiedad*. Aun así, la estrategia de *catastrofización* como es esperable, también presenta una correlación positiva bastante significativa con la variable de *depresión*, pero no mayor que con la de *ansiedad*.

Por otro lado, según podía esperarse, la estrategia de *autoculpa* presenta una correlación positiva significativa con la variable que mide la sintomatología de depresión, si bien la correlación positiva es más significativa con la variable de *ansiedad*.

Otras correlaciones significativas que se encontraron entre las diferentes variables fueron (véase la tabla 3): correlación positiva al nivel de significación 0,01 entre *rumiación y autoculpa* y entre *rumiación y catastrofización*; correlación positiva al nivel de significación 0,01 entre *refocalización en planes y reevaluación positiva*; correlación positiva al nivel de significación 0,05 entre

Tabla 2. Correlaciones entre las variables (* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$).

	Depresión		Ansiedad	
	r	Sig.	Rho	Sig.
Autoculpa	0,39*	0,01	0,46**	0,004
Rumiación	0,24	0,16	0,41*	0,01
Catastrofización	0,44**	0,006	0,54**	0,000

Tabla 3. Correlaciones estadísticamente significativas (* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$).

	Autoculp.	Rumiación	Catastr.	Ref. Pos.	Ref. Pla.	Reev. Pos.	Culp.otr.	Ansiedad	Depresión
Autoculpa	1.00								
Rumiación	0,43**	1.00							
Catastrofización	0,35*	0,47**	1.00						
Refocalización positiva	-0,26	-0,22	-0,24	1.00					
Refocalización en planes	-0,24	0,05	-0,03	0,24	1.00				
Reevaluación positiva	-0,37*	-0,27	-0,35	0,45**	0,53**	1.00			
Culpar a otros	-0,92	0,31	0,39*	-0,60	0,10	-0,13	1.00		
Ansiedad	0,46**	0,41*	0,54**	-0,34*	-0,15	-0,55**	0,04	1.00	
Depresión	0,39*	0,24	0,44**	-0,21	-0,32*	-0,31	0,02	0,55**	1.00

catastrofización y culpar a otros; correlación negativa al nivel de significación 0,01 entre *ansiedad y reevaluación positiva* y correlación negativa al nivel de significación 0,05 entre *reevaluación positiva y catastrofización*.

Discusión

La *rumiación* es una estrategia cognitiva de afrontamiento de uso frecuente en aquellas personas que presentan tanto síntomas de depresión como de ansiedad. Sin embargo, para algunos autores, la *rumiación* parece estar más ligada a la depresión que a la ansiedad (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010). Varias investigaciones respaldan el hecho de que las estrategias cognitivas de *rumiación*, *catastrofismo*, *la falta de reevaluación positiva* y la *autoculpa* desempeñan un papel importante en el reporte de sintomatología depresiva (Garnefski y Kraaij, 2007). Esto concuerda con el hecho de que las mujeres utilizan más la estrategia de *rumiación* que los hombres, pudiendo estar ese hecho vinculado con las tasas más elevadas de depresión y ansiedad en mujeres en comparación con los hombres (Johnson y Whisman, 2012). En la presente investigación, como aproximación y análisis exploratorio los resultados descriptivos en cuanto a diferencia de sexo parecen apuntar a favor de este fenómeno, ya que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres en todas las estrategias de afrontamiento desadaptativas del CERQ y en sintomatología propia de ansiedad y depresión según las mide el HADS. Por el contrario, los hombres obtuvieron puntuaciones mayores en las estrategias de afrontamiento adaptativas tales como: *refocalización positiva*, *refocalización en planes*, *reevaluación positiva* y *aceptación*. Sin embargo, las pruebas de comparación de medias mostraron que estas diferencias sólo eran estadísticamente significativas para la estrategia de *autoculpa* y *poner en perspectiva*. Por otro lado, teniendo en cuenta la correlación negativa encontrada entre *reevaluación positiva* y ansiedad, la correlación positiva entre *reevaluación positiva* y *refocalización en planes* y la correlación positiva encontrada entre *reevaluación positiva* y *refocalización positiva* todas ellas *al nivel de significación 0'01*; se puede confirmar que las personas que hacen un mayor uso de las estrategias de afrontamiento consideradas adaptativas tienen una probabilidad menor de presentar síntomas relacionados con la ansiedad y la depresión.

Además, los resultados de la presente investigación confirman una correlación positiva estadísticamente significativa entre *rumiación* y ansiedad, mientras que, por el contrario, no se encuentran correlación significativa entre la *rumiación* y la sintomatología de depresión como viene asumiendo la literatura de investigación (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010).

Así mismo, como también se esperaba, la estrategia de *catastrofización* se relaciona positivamente con sintomatología de ansiedad. Pero, al mismo tiempo, esta estrategia

también presenta una correlación positiva significativa con la variable de depresión según la mide el HADS. Estos hallazgos coinciden con resultados obtenidos por otros estudios, que encontraron que el estrés fue predicho en mayor medida por la estrategia de *rumiación* según la considera el CERQ (Martin y Dahlen, 2005).

Por otro lado, la segunda hipótesis de la investigación por la que se esperaba que la estrategia de *autoculpa* se relacionara principalmente con sintomatología de depresión; en el presente estudio se observa que la correlación positiva es más significativa con la medida de ansiedad. Este hallazgo también fue encontrado por Martin y Dahlen (2005), siendo la *autoculpa* uno de los predictores más fuertes del estrés. Estos autores, al igual que en el presente estudio, a pesar de que encontraron que el estrés y la ansiedad eran mayores predictores de la *rumiación*, *autoculpa* y *pensamiento catastrófico*, también encontraron que la depresión predecía estas tres estrategias de afrontamiento cognitivo desadaptativas.

La correlación negativa encontrada entre ansiedad y *reevaluación positiva* a diferencia de otros estudios, que encontraron esta correlación negativa con los síntomas de depresión (Garnefski y Kraaij, 2007); muestra y respalda la Teoría de Afrontamiento, que predice que las personas que hacen uso de estrategias de afrontamiento cognitivo adaptativas, experimentan menores alteraciones emocionales que aquellos que participan en estrategias de afrontamiento cognitivo desadaptativas (Garnefski y Kraaij, 2007; Lazarus, 1993; Lazarus y Folkman, 1984). Además, las correlaciones significativas encontradas entre las estrategias de afrontamiento negativas y las medidas de ansiedad y depresión, respaldan la validez del CERQ como medida de los estilos negativos de afrontamiento.

Otro hallazgo importante a tener en cuenta, ya que en la actualidad se encuentra en auge el desarrollo de las terapias de tercera generación, y entre ellas, la más extendida, la terapia de Aceptación y Compromiso; es que la estrategia de *aceptación*, tal y como la mide el CERQ, no correlacionó negativamente ni con la medida de ansiedad ni con la de depresión según las mide el HADS, a pesar de ser la segunda estrategia de afrontamiento adaptativa más utilizada por la muestra del presente estudio. Por otro lado, tampoco se encontró ningún tipo de correlación negativa ni positiva con el resto de las estrategias de afrontamiento medidas por el CERQ. Este resultado sigue la línea de otros estudios, en los que de forma inesperada, se encontró una correlación positiva entre *aceptación* tal y como la mide el CERQ y sintomatología depresiva (Martin y Dahlen, 2005), que sugería que podría no ser apropiado considerar la estrategia de *aceptación* como una forma adaptativa de afrontamiento.

Para finalizar, los resultados del presente estudio sugieren que es necesario establecer algunas diferencias en los programas aplicados al tratamiento de síntomas de ansiedad, de los aplicados al tratamiento de los síntomas de depresión. De modo que los tratamientos transdiagnósticos basados en

terapia cognitivo conductual pueden incluir determinadas especificaciones en función de si la sintomatología es exclusivamente relacionada con la ansiedad o si está exclusivamente relacionada con síntomas de depresión, de forma que se puedan optimizar la eficiencia de la intervención, maximizando los beneficios y minimizando el coste de la intervención. De esta forma, en el caso de los trastornos de ansiedad tendríamos que trabajar con las estrategias de *autoculpa*, *rumiación* y *catastrofismo*, y el tratamiento transdiagnóstico para las alteraciones relacionadas con la depresión, tendríamos que centrarnos en el *catastrofismo* y *autoculpa*. Así, se establecerían unas diferencias claras respecto a cierta literatura especializada que muestra como la *rumiación* se relaciona fundamentalmente con la sintomatología depresiva: exacerba la depresión, mejora el pensamiento negativo, deteriora el afrontamiento del problema, interfiere en el comportamiento instrumental y erosiona el apoyo social (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Además, para ambos tratamientos transdiagnósticos parece poco eficaz incluir el trabajo con la estrategia de *aceptación* tal y como la mide el CERQ.

Conclusiones

Las mujeres presentan puntuaciones más altas en sintomatología ansioso-depresiva que los hombres. Por otro lado, los hombres presentan puntuaciones más altas en las estrategias de afrontamiento cognitivo adaptativo a excepción de *poner en perspectiva*.

En cuanto a la primera hipótesis, las estrategias de *rumiación* y *catastrofización* se relacionan positivamente con sintomatología propia de la ansiedad. Aun así, la estrategia de *catastrofización* también presenta una correlación positiva significativa con la variable de depresión, pero no mayor que con la de ansiedad. No ocurre lo mismo con la estrategia de *rumiación*, que correlaciona positivamente de forma exclusiva con la ansiedad.

Por otro lado, haciendo referencia a la segunda hipótesis, la estrategia de *autoculpa* se relaciona principalmente con sintomatología de ansiedad. Aun así, la estrategia de *autoculpa* también presenta una correlación positiva significativa con la variable de depresión según es valorada por el HADS.

Las correlaciones, tanto positivas como negativas, encontradas entre las estrategias de afrontamiento del CERQ y la sintomatología de ansiedad y depresión valoradas por el HADS, apoyan la hipótesis que plantea que las personas que hacen uso de estrategias de afrontamiento cognitivo desadaptativo, experimentan con mayor probabilidad sintomatología ansioso depresiva que aquellos que participan en estrategias de afrontamiento cognitivo adaptativo.

Y, por último, el tratamiento transdiagnóstico basado en la terapia cognitivo conductual efectivo para trastornos con predominio de ansiedad debe centrarse más en el trabajo con

la *autoculpa*, *rumiación* y *catastrofismo*, y un tratamiento transdiagnóstico para trastornos con predominio de sintomatología depresiva, centrarse en el *catastrofismo* y *autoculpa* únicamente, dejando fuera del tratamiento transdiagnóstico en ambos casos la estrategia de *aceptación* tal y como la mide el CERQ.

Dados estos resultados, que indican claramente las relaciones entre los estilos de afrontamiento y las alteraciones emocionales, consideramos necesario seguir investigando en este ámbito, con muestras de población más amplias, de forma que los protocolos de tratamientos transdiagnósticos sigan mejorando su eficacia.

Referencias

- Aldao, A., Gee, D.G., de los Reyes, A. y 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(4, pt.1), 927-946 [DOI: 10.1017/S0954579416000638].
- 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 [DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004].
- Barlow, D.H., Allen, L.B. y Choate, M.L. (2004). [Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders](#). *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230 [DOI: 10.1016/S0005-7894(04)80036-4].
- Cano-Vindel, A. (2011). [Los desórdenes emocionales en atención primaria](#). *Ansiedad y Estrés*, 17(1), 75-97.
- Domínguez-Sánchez, F.J., Lasa-Aristu, A., Amor, P.J. y Holgado-Tello, F.P. (2011). [Psychometric Properties of the Spanish Version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire](#). *Assessment*, 20(2), 253-261 [DOI: 10.1177/1073191110397274].
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R.M., Reales, J.M. y Sandín, B. (2016). [Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis](#). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175 [DOI: 10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811].
- Garnefski, N., Kraaij, V. y Spinhoven, P. (2001). [Negative Life events, cognitive emotion regulation and emotional problems](#). *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327 [DOI: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6].
- Garnefski, N. y Kraaij, V. (2006). [Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples](#). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659-1669 [DOI: 10.1016/J.PAID.2005.12.009].
- Garnefski, N., y Kraaij, V. (2007). [The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and](#)

- [Anxiety in Adults](#). *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149 [DOI: 10.1027/1015-5759.23.3.141].
- Gross, J.J., y Levenson, R.W. (1997). [Hiding Feelings: The Acute Effects of Inhibiting Negative and Positive Emotion](#). *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103 [DOI: 10.1037//0021-843x.106.1.95].
- Gross, J.J. y Jazaieri, H. (2014). [Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective](#). *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401 [DOI: 10.1177/2167702614536164].
- Gutiérrez-Trigo, J.M. (2017). [La regulación de emociones en el ámbito clínico. Estudio transdiagnóstico de casos](#). Tesis doctoral. Cádiz: Universidad de Cádiz.
- Hervás, G. (2011). [Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos](#). *Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). [La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física](#). *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Johnson, D.P. y Whisman, M.A. (2013). [Gender differences in rumination: A meta-analysis](#). *Personality and Individual Differences*, 55(4), 367-374 [DOI: 10.1016/j.paid.2013.03.019].
- Lazarus, R. S. (1993). [Coping theory and research: Past, present, and future](#). *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247 [DOI: 10.1097/00006842-199305000-00002].
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Martin, R.C. y Dahlen, E.R. (2005). [Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger](#). *Personality and Individual Differences* 39(7), 1249-1260 [DOI: 10.1016/j.paid.2005.06.004].
- Mestre J.M., Gutiérrez-Trigo, J.M., Guerrero, C. y Guil, R., (2017). *La gestión de emociones en el día a día*. Madrid. Pirámide.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., y Lyubomirsky, S. (2008). [Rethinking Rumination](#). *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424 [DOI: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x].
- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M. y Gross, J.J. (2015). [Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: A meta-analysis](#). *Frontiers in Psychology*, 6(160) [DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00160].
- Terol, M.C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M.A. y Reig, M.T. (2007). [Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Estrés \(HAD\) en población española](#). *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 163-176.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). [The Hospital Anxiety and Depression Scale](#). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370 [DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x].

