

The background of the page features a large, light purple watermark of the University of Oviedo's crest. The crest is a shield with horizontal stripes and a crown on top, surrounded by decorative elements like a hat and a cross.

Universidad de Oviedo

Facultad de Psicología

Máster en Psicología General Sanitaria

Curso 2017/2018

**Análisis de la Regulación Emocional en
pacientes con trastornos emocionales en
Atención Primaria**

**Emotional Regulation analysis in patients with
emotional disorders in Primary Care**

Trabajo empírico

Gema Aonso Diego

Oviedo, Enero 2018

Resumen

Introducción: Los problemas psicológicos están presentes en un amplio porcentaje de las consultas de atención primaria, siendo los más prevalentes los trastornos emocionales (trastorno depresivo, ansioso y de somatización). La literatura sugiere que la regulación emocional (RE) es un factor importante en el inicio, mantenimiento y tratamiento de los trastornos emocionales. Clásicamente se han diferenciado dos estrategias de RE: reevaluación y supresión. **Objetivos:** Conocer si los trastornos emocionales más prevalentes usan la RE de forma desadaptativa, y si este tipo de trastornos presentan una dimensión común relacionada con la RE. **Método:** A través de un diseño transversal, se aplicaron el Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) y los módulos del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ) a una muestra de 1259 personas (M=43.7; DT=12.59; 77.2% mujeres) que acudieron a los Centros de Atención Primaria. Se han utilizado diversas técnicas bivariadas y multivariadas para estudiar la relación entre los trastornos comunes y la RE. **Resultados:** Las personas que tienen más probabilidad de presentar un trastorno de ansiedad, depresivo o de somatización, usan la RE de forma más desadaptativa. Se ha encontrado una dimensión común en dichos trastornos, tal y como son medidos por el PHQ, que está relacionada con las estrategias de RE. **Conclusiones:** Las distintas categorías diagnósticas se beneficiarán de un enfoque transdiagnóstico dirigido a las habilidades de RE, debido a la alta comorbilidad entre trastornos y a la influencia de las estrategias de RE en el desarrollo y mantenimiento de las mismas.

Palabras clave: Regulación Emocional, Depresión, Ansiedad, Trastorno de Somatización, Atención Primaria.

Abstract

Introduction: Psychological problems are presented in a high percentage of primary care consultations, the most prevalent being emotional disorders (depressive, anxious and somatization disorders). The literature suggests that emotional regulation (ER) is an important factor in the initiation, maintenance and treatment of emotional disorders. Classically two ER strategies have been differentiated: reappraisal and suppression. The purpose is to know if the most prevalent emotional disorders use ER in a maladaptive way, and if this type of disorders have a common dimension related to ER. **Method:** Through a transversal design, the Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) and the modules of the Patient Health Questionnaire (PHQ) were applied to a sample of 1259 people ($M = 43.7$; $SD = 12.59$; 77.2% women) who went to the Primary Care Centers. Several bivariate and multivariate techniques have been used to study the relationship between common disorders and ER. **Results:** People who are more likely to have an anxiety, depressive or somatization disorder use ER in a more maladaptive way. A common dimension has been found in these disorders, as measured by the PHQ, which is related to the ER strategies. **Conclusions:** The different diagnostic categories will benefit from a transdiagnostic approach aimed at ER capacities, due to the high comorbidity between disorders and the influence of ER strategies on their development and maintenance.

Keywords: Emotional Regulation, Depression, Anxiety, Somatization Disorder, Primary Care.

1. Introducción

La atención primaria es la puerta de entrada de los pacientes al sistema sanitario. Es, por tanto, el primer recurso al que acude la gran mayoría de personas con enfermedades físicas, pero también con problemas de salud mental y problemas psicosociales.

Los trastornos mentales están presentes en un amplio porcentaje (25 al 60%) de las consultas en atención primaria (Gabarrón et al., 2002; Levant, 2005; Miranda-Chueca et al., 2003; Roca et al., 2009), llegando al 20% en la población general de España (Haro et al., 2006). Los estudios que analizan la prevalencia de los trastornos comunes en atención primaria, concluyen que aquellos que presentan una mayor prevalencia son los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, los trastornos adaptativos y los trastornos de somatización (Ferrerías et al., 2011; Karlsson, Joukamaa, y Lehtinen, 2000; Landa, Goñi-Sarriés, de Jalón-Aramayo y Lizasoain, 2008; Maldonado, Gea, Bellón, Megías, Benítez Campos, 2002; Martín-Jurado, de la Gándara, Castro, Moreira y Sánchez-Hernández, 2012; Pérez et al., 2015; Roca et al., 2009).

La alteración emocional es un elemento común en la psicopatología de estos trastornos. Las emociones tienen el potencial de desorganizar e interrumpir procesos mentales así como de modular su expresión (Diamond y Aspinwall, 2003). Tienen mucha importancia en los procesos de adaptación y desadaptación, de salud y enfermedad, en la medida en que algunas personas aprenden a centrar su atención en los aspectos potencialmente negativos y amenazantes de su entorno, respondiendo con emociones negativas ante situaciones cada vez más diversas. (Brosan, Hoppitt, Shelper, Sillence, y MacKintosh, 2011; Cano-Vindel, 2011; Hervás y Vázquez, 2006). Por tanto, no es de extrañar que los trastornos mentales más frecuentes en la práctica clínica, estén muy relacionados con una regulación emocional (RE) disfuncional. El DSM-5 revela que casi todas las categorías diagnósticas incluyen síntomas que afectan a un tipo de trastorno de la emoción, ya sea como exceso de emoción (en el caso de los trastornos de ansiedad), un déficit de emoción (p.e. en el trastorno de personalidad antisocial), problemas socioemocionales (en los trastornos del espectro autista) o como problemas de RE (p.e. en el trastorno de personalidad límite) (Barrett, Lewis, y Haviland-Jones, 2016).

Las personas con disregulación emocional y alta emocionalidad negativa tienen un menor conocimiento de la naturaleza, finalidad y regulación de las emociones, (Cano-

Vindel, 2011) presentando más errores y sesgos cognitivos (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, y van IJzendoorn, 2007; Brosan et al., 2011; Craske y Pontillo, 2001). Por ejemplo prestar atención casi todo el tiempo a una respuesta fisiológica sobre la que no tienen control voluntario, estar excesivamente alerta sobre lo que pensarán los demás de él, evitar situaciones percibidas como potencialmente estresantes, atender preferentemente a los estímulos amenazantes, interpretar la ambigüedad emocional de forma amenazante, etc.

Continuamente, las personas influyen en las emociones que tienen y en cómo experimentan y expresan dichas emociones (Davidson, 1998; Gross, 2001), si bien, los esfuerzos por modificar los estados de ánimo no siempre son eficaces y adaptativos, sino que en ocasiones es un proceso disfuncional e incluso contraproducente (Hervás y Vázquez, 2006). Cómo las personas regulan sus emociones y atienden a sus estados de ánimo, determina las conductas de afrontamiento durante su vida (Fernández-Berrocal y Extremera, 2008).

Gross (1998) define la RE como el proceso automático o controlado, consciente o inconsciente, por el cual las personas influyen en las emociones que tienen, cuándo las tienen y cómo experimentan y expresan estas emociones, con el fin de aumentar, mantener o disminuir un componente o más de la respuesta emocional (afectivo, conductual y fisiológico) (Diamond y Aspinwall, 2003; Gross, 1998, 2001). Thompson (1994), lo ha definido de forma más amplia, entendiéndolo como el proceso externo e interno responsable de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas. En esta línea, la RE se puede entender como un constructo que, más allá de su contenido y forma, tiene como función esencial modular la respuesta emocional con el fin de alcanzar un objetivo significativo para la persona (Aldao et al., 2010; Berking et al., 2012; Cole, Martin, y Dennis, 2004; Eisenberg y Spinrad, 2004; Gross, 2015).

Clásicamente, Gross establece de forma racional dos categorías de RE (Gross, 1998): las estrategias de reevaluación cognitiva y las estrategias de supresión, las cuales presentan diferentes consecuencias afectivas, fisiológicas, cognitivas y sociales en función del contexto (Niedenthal y Ric, 2017).

Las estrategias de reevaluación cognitiva son aquellas que generan interpretaciones o perspectivas benignas o positivas sobre una situación estresante como forma de reducir

el malestar (Gross, 1998). Antes de la generación de la emoción, la persona cambia la manera de pensar sobre una situación con el fin de disminuir su impacto emocional, disminuyendo así la respuesta experiencial, conductual y fisiológica, lo que permite anticipar las consecuencias emocionales (Gross, 2001).

Las estrategias de supresión aluden a la eliminación de la expresión emocional, que aunque reduzca la expresión externa y la expresión subjetiva a corto plazo, será menos efectiva para reducir la emoción y la excitación (Gross, 1998). En otras palabras, es la inhibición activa de la conducta externa que expresa emociones después que se ha generado la respuesta emocional. A diferencia de la estrategia de reevaluación, no disminuye la experiencia de la emoción, sino que aumenta el componente fisiológico como resultado del esfuerzo dedicado a inhibir el comportamiento expresivo-emocional (Gross, 2001). En las estrategias de supresión se incluye tanto la supresión conductual-emocional como la supresión de pensamiento (Wenzlaff y Wegner, 2000).

Hayes (1999) predeciría que no es la estrategia de RE lo que predice el mal resultado, sino el uso de manera inflexible e insensible en determinados contextos. Por lo que las estrategias específicas son adaptativas o desadaptativas en función de su efecto inmediato sobre el afecto, el comportamiento y la cognición, y sobre sus relaciones con la psicopatología (Aldao et al., 2010; Gross, 1998; Gross y Jazaieri, 2014). Como se ha dicho con anterioridad, las estrategias de supresión se consideran más desadaptativas que las estrategias de reevaluación, en la medida en que las de supresión pueden aumentar la experiencia emocional negativa.

Las publicaciones relacionadas con la RE y sus alteraciones, han aumentado exponencialmente en la última década (Chen, 2016; Gross, 1998; 2015). Después de varios años siendo un tema importante en la investigación de la psicología del desarrollo y el trastorno límite de la personalidad, el concepto de RE se ha expandido a toda la investigación en salud mental y psicopatología (Berking et al., 2012). Este interés por la RE podría coincidir con su incorporación en los modelos de psicopatología (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010; Mennin y Farach, 2007); o con su incorporación en intervenciones terapéuticas, como es el caso de la Terapia de Conducta Dialéctica (Linehan, 1993), la Terapia Centrada en Emociones (Greenberg, 2002), la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, 1999), la Terapia de Regulación de Emociones (Mennin y Fresco, 2009), el Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de

los trastornos emocionales (Barlow et al., 2015), o la Terapia cognitiva basada en el Mindfulness (Eisendrath, 2016).

La literatura recoge diez estrategias de RE: aceptación, evitación conductual, distracción, evitación experiencial, supresión expresiva, atención plena (mindfulness), resolución de problemas, reevaluación, reflexión y preocupación. Pero no establece cómo se relacionan entre sí, lo que dificulta la interpretación de los resultados obtenidos. Debido a la cantidad de estrategias, varios estudios se han centrado en establecer su estructura factorial: de tres dimensiones (desvinculación, perseveración cognitiva aversiva y compromiso adaptativo) (Naragon-Gainey, McMahon, y Chacko, 2017), o de cinco dimensiones (selección de la situación, despliegue atencional, cambio cognitivo, modulación de respuesta y distanciamiento emocional) (Seligowski y Orcutt, 2015). Garnefski (Garnefski y Kraaij, 2007; Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee, y van den Kommer, 2004; Garnefski, Kraaij, y Spinhoven, 2002) crea el Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (*Cognitive Emotional Regulation Questionnaire-CERQ*) recogiendo nueve estrategias de RE: autculpa, culpa a otros, rumia, catastrofismo, ponerse en perspectiva, focalización positiva, reinterpretación positiva, aceptación y planificación. Cuando se ha estudiado la estructura factorial del CERQ se observó mediante análisis factorial exploratorio que podrían agruparse en dos factores subyacentes de orden superior: 1) procesamiento cognitivo automático (que incluiría las dimensiones de rumiación, catastrofización y autculparse) y 2) procesamiento cognitivo elaborativo (que incluiría las dimensiones de reinterpretación positiva, aceptación, refocalización en los planes y poner en perspectiva; eliminándose la estrategia de culpar a otros) (Medrano, Moretti, Ortiz y Pereno, 2013). Otros estudios han sustentado así el uso del CERQ como un instrumento idóneo para la medición de los procesos cognitivos automáticos y elaborativos de RE y su relación con la ansiedad (Medrano, Muñoz-Navarro y Cano-Vindel, 2016).

Las estrategias de regulación son factores de riesgo o de protección para la salud mental de las personas (Hervás y Vázquez, 2006) al influir sobre la intensidad, la duración, la frecuencia y el tipo de emociones que se experimentan. Es por ello, que se han relacionado con diversos trastornos mentales, ya que en el centro de cada trastorno se encuentra una tendencia común a experimentar emociones intensas que se consideran amenazantes o no deseadas, a menudo provocando esfuerzos para disminuir o evitar las experiencias emocionales aversivas (Aldao et al., 2010; Berenbaum, Raghavan, Le,

Vernon, y Gómez, 2003; Berking et al., 2012; Gross y Jazaieri, 2014; Gross y Muñoz, 1995; Hervás y Vázquez, 2006; Hopp, Troy, y Mauss, 2011; Nader-grosbois y Mazzone, 2014). Se ha relacionado principalmente con la sintomatología depresiva (Berking, Orth, Wupperman, Meier y Caspar, 2008; Foluso, Fernández-Berrocal, Extremera, Ramos, y Joiner, 2004; Rottenberg y Gross, 2003; Rude y McCarthy, 2003), con la sintomatología ansiosa (Amstadter, 2008; Bar-Haim, et al., 2007; Lynch, Robins, Morse, y Krause, 2001; Mennin, Heimberg, Turk, y Fresco, 2005; Mennin, Holaway, Fresco, Moore, y Heimberg, 2007) y con indicadores de salud (Berking et al., 2012; Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Paquet, Kergoat, y Dubé, 2005; van Middendorp, Geenen, Sorbi, van Doornen, y Bijlsma, 2005), tanto en población adulta como infanto-juvenil (Kim y Cicchetti, 2010; McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin, y Nolen-Hoeksema, 2012). Varios estudios han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de supresión en función del género, Los hombres presentarían mayores puntuaciones en estrategias de supresión. (Christophe, Antoine, Leroy, y Delelis, 2009; Gómez-Ortiz, Romera, Ortega-Ruiz, Cabello, y Fernández-Berrocal, 2016; Gullone, Hughes, King, y Tonge, 2010).

Los estudios indican que los déficits en la regulación de emociones y los sesgos cognitivos parecen ser relevantes para el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de diversas formas de psicopatología (Berking et al., 2012; Berking, et al., 2008; Craske y Pontillo, 2001; Gross y Muñoz, 1995; Hervás y Vázquez, 2006), siendo la depresión y la ansiedad el resultado de las dificultades para regular las emociones (Mennin, et al., 2007). De esta manera, los diferentes trastornos emocionales aprendidos podrían tener un origen común: el fallo en la RE basados en la falta de información, el desarrollo de sesgos cognitivos o el aprendizaje de respuestas emocionales (Berking et al., 2012; Cano-Vindel, 2011). Sin embargo, estas afirmaciones provienen de estudios trasversales, por lo que no está claro si estos déficits en regulación son una causa o consecuencia de los problemas de salud mental (Berking et al., 2012, 2008). Sin embargo, varios estudios han tratado de solventar este problema mediante estudios longitudinales, concluyendo que las estrategias de RE predicen un aumento en la sintomatología psicopatológica (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012b; Ehring, Frank, y Ehlers, 2008; Kim y Cicchetti, 2010; Kraaij, Pruymboom, y Garnefski, 2002; McLaughlin, et al., 2012; Seiffge-Krenke, 2000; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000).

Clásicamente, la psicología había dejado a un lado la importancia de las emociones en la definición y tratamiento de los trastornos y alteraciones psicopatológicas (Mennin

y Farach, 2007). En cambio, recientemente, enseñar a las personas a manejar sus emociones se está convirtiendo en el foco de los tratamientos psicológicos más modernos (Amstadter, 2008; Cano-Vindel et al., 2016; Cordero-Andrés et al., 2017; González-Blanch et al., 2017.; Naragon-Gainey et al., 2017). Un mayor conocimiento de cómo los procesos emocionales adaptativos se vuelven disfuncionales, y a su vez se relacionan con los trastornos emocionales, puede ayudar a generar objetivos de intervención dirigidos a las habilidades de RE (Mennin et al., 2007; Mennin y Farach, 2007). También ha surgido el interés por la importancia de la flexibilidad para implementar estrategias que coincidan con las demandas contextuales de la persona en estudios recientes sobre RE y psicopatología (Kashdan y Rottenberg, 2010). Por lo tanto, las intervenciones centradas en mejorar las estrategias de RE, se beneficiarán de un análisis funcional de los contextos en los que las personas implementan dichas estrategias potencialmente adaptativas (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2012a). Son varias las intervenciones psicológicas que han demostrado su eficacia en la salud mental de las personas, como es la intervención basada en la modificación de sesgos cognitivos (Brosnan et al., 2011; Eysenck, Mogg, May, Richards, y Mathews, 1991; Mathews, Mogg, Kentish, y Eysenck, 1995), la terapia cognitivo-conductual de emociones (Suveg, Kendall, Comer, y Robin, 2006), o la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad infantil (Hannesdottir y Ollendick, 2007).

La mayoría de las investigaciones están diseñadas para responder preguntas sobre los síntomas, las causas y los tratamientos de los trastornos individualmente. Si bien, la baja validez discriminante de los sistemas nosológicos, la alta comorbilidad entre categorías diagnósticas (Pérez-Álvarez, 2012), y la presencia de alteraciones emocionales similares en distintas categorías (Barrett et al., 2016), indican la utilidad de centrar nuestra atención en procesos psicológicos que están en la base de trastornos mentales distintos, entre ellos, los procesos de RE.

El enfoque transdiagnóstico ha cobrado importancia los últimos años debido a la crisis de los sistemas clasificatorios (DSM y CIE) y la aparición de soluciones a los problemas que estos presentan, como es el caso de Research Domain Criteria (RDoC) del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) (Insel et al., 2010) o el concepto de hiperreflexividad (Pérez-Álvarez, 2012).

Este enfoque tiene especial relevancia en atención primaria debido a la alta prevalencia de los trastornos mentales comunes en la consulta y la alta comorbilidad entre ellos (Aragonès, Piñol y Labad, 2006; Roca et al., 2009). Basándose en la literatura, todos

estos trastornos tendrían en común una RE desadaptativa (Cano-Vindel, 2011), por tanto, un tratamiento psicológico de enfoque transdiagnóstico (Hagenaars, van Minnen, Hoogduin, y Verbraak, 2009) que centre su interés en la intervención sobre los procesos emocionales y de RE, podrá beneficiar a distintas sintomatologías y categorías diagnósticas. En esta línea, en los últimos años, se ha iniciado un proyecto en centros de atención primaria en España, el ensayo *PsicAP: Psicología en Atención Primaria*. Este ensayo clínico pretende comparar la eficacia de un tratamiento psicológico cognitivo-conductual de corte transdiagnóstico frente al tratamiento convencional dispensado en atención primaria para trastornos emocionales (Cano-Vindel et al., 2016). Recientemente se han publicado varios artículos sobre los principios teóricos y las sesiones del manual del terapeuta dispensado en el Ensayo PsicAP que muestran cómo el entrenamiento en RE y la modificación de los sesgos cognitivos son la base para tratar los diferentes trastornos emocionales (Cano-Vindel et al., 2016; Cordero-Andrés et al., 2017; González-Blanch et al., 2017).

El presente estudio surge del Ensayo PsicAP y tiene los siguientes objetivos:

- 1) Estudiar si las personas con diferentes categorías diagnósticas (trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y trastorno de somatización) regulan sus emociones de forma desadaptativa; y,
- 2) estudiar si este tipo de trastornos presentan un factor común relacionado con la regulación emocional.

2. Método

2.1. Participantes

Para realizar el estudio, se cuenta con una muestra total de 1259 personas con edades entre los 18 y los 65 años, de las cuales el 77.2% son mujeres (n=972; M=43.89; DT=12.77) y el 22.8% restante son hombres (n=287; M=43.09; DT=11.99). La muestra se obtiene de las derivaciones que realizan los MAPs de aquellos pacientes que a su juicio presentan sintomatología emocional. En la tabla 1 se presenta de manera más detallada la descripción de la muestra en función del estado civil, el nivel de estudios, la situación laboral y el nivel de ingresos. En cuanto a las categorías diagnósticas, el 62.66%

presentaría un trastorno de ansiedad (n=789), el 47.41% tendría trastorno depresivo (n=597) y un 74.34% un trastorno de somatización (n=936).

Tabla 1

Descripción de la muestra.

	N	%
Estado civil		
Casado	596	47.3
Divorciado	116	9.2
Viudo	42	3.3
Separado	75	6
Nunca se ha casado	255	20.3
Pareja no casada	175	13.9
Nivel de estudios		
Sin estudios	21	1.7
Educación básica	342	27.2
Educación secundaria	264	21
Bachillerato	326	25.9
Estudios universitarios	253	20.1
Máster / doctorado	53	4.2
Situación laboral		
Empleado media jornada	175	13.9
Empleado jornada completa	457	36.3
Desempleado buscando trabajo	287	22.8
Desempleado no busca trabajo	153	12.2
Incapacidad temporal	102	8.1
Incapacidad permanente	23	1.8
Jubilado	62	4.9
Nivel de ingresos		
Menos de 12000	536	42.6
Entre 12000 y 24000	492	39.2
Entre 24000 y 36000	160	12.7
Más de 36000	69	5.5

2.2. Instrumentos

Además de las variables sociodemográficas, cada persona cumplimentó dos escalas: el Cuestionario de Regulación Emocional (*Emotion Regulation Questionnaire - ERQ*) (Gross y John, 2003) y el Cuestionario de Salud del Paciente (*Patient Health Questionnaire - PHQ*) (Spitzer, Kroenke, y Williams, 1999).

El ERQ (Gross y John, 2003), en su adaptación al castellano (Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal, y Gross, 2013), evalúa las dos estrategias que propone Gross (1998): la reevaluación (p.e. “*Cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar en ella de un modo que me ayude a mantener la calma*”) con un total de 6 ítems y una consistencia interna aceptable ($\alpha=0.79$); y la supresión emocional (p.e. “*Controlo mis emociones no expresándolas*”) con 4 ítems y una consistencia interna aceptable ($\alpha=0.75$). Tiene una escala de respuesta de tipo Likert donde el 1 se corresponde con la opción *totalmente en desacuerdo* y el 7 con la opción *totalmente de acuerdo*.

El PHQ (Spitzer et al., 1999) es un inventario derivado a partir de la prueba PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*) (Spitzer, 1994), la cual contiene módulos que evalúan los principales trastornos mentales en atención primaria: el PHQ-15 para los trastornos de somatización (Kroenke, Spitzer, y Williams, 2002), el PHQ-9 para el trastorno depresivo (Kroenke, Spitzer, y Williams, 2001), el PHQ-PD que detecta el trastorno de pánico, y el GAD-7 para el trastorno de ansiedad generalizada (Spitzer, Kroenke, Williams, y Löwe, 2010). Así mismo, también evalúa trastornos alimentarios y abuso/dependencia de alcohol. Ambas pruebas presentan una validez diagnóstica comparable, si bien, con el PHQ se reduce el tiempo de administración (Spitzer et al., 1999).

El PHQ-15 (Kroenke et al., 2002) se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas somáticos y la posible presencia de trastornos de somatización. En la versión española del PHQ-15 (Montalbán, Vives, y Garcia-Garcia, 2010), los pacientes responden a un total de 13 ítems sobre síntomas somáticos, puntuados con 0 (no me ha molestado), 1 (me ha molestado un poco) y 2 (me ha molestado mucho), más a los dos ítems somáticos del PHQ-9, que se refieren al cansancio (“*Sensación de cansancio o de tener poca energía*”) y al sueño (“*Problemas para quedarse dormido, para seguir durmiendo o dormir demasiado*”). Estos dos ítems del PHQ-9 que forman parte del PHQ-15 se contabilizan de la siguiente forma: nunca (0); varios días (1); más de la mitad de los días (2) y casi

cada día (2), para así estandarizar el valor de las escalas a las del PHQ-15. Se puede obtener una puntuación máxima de 30, obteniéndose diferentes niveles de intensidad: inexistente (0-9), leve (10-14), moderado (15-21) y grave (22-30). La prueba presenta una fiabilidad de $\alpha=0.78$. Con un punto de corte en 10, se obtiene una especificidad de 0.71 y una sensibilidad de 0.78 (Kroenke et al., 2010; van Ravesteijn et al., 2009).

El PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) en su adaptación al castellano (Diez-Quevedo, Rangil, Sanchez-Planell, Kroenke, y Spitzer, 2001) es una prueba fiable ($\alpha=0.89$) de cribado para la detección del trastorno depresivo mayor basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) que evalúa la presencia de los 9 síntomas de depresión mayor en las últimas dos semanas. Presenta una escala tipo Likert de 4 opciones (0=nunca, 1=varios días, 2=más de la mitad de los días y 3=casi cada día), pudiendo obtenerse una puntuación máxima de 27, donde se obtienen diferentes niveles de intensidad: 0-9 inexistente (5-9 leve), 10-14 moderado, 15-21 moderado-grave, 22-27 grave. Se puede establecer el punto de corte en 10 o en 12, obteniéndose una sensibilidad de 0.95 y 0.84 y una especificidad de 0.67 y 0.78, respectivamente. Si bien, el algoritmo que obtiene una mejor combinación de sensibilidad (0.88) y especificidad (0.8) se basa en un punto de corte de 10, requiriendo una puntuación como mínimo de 2 (más de la mitad de los días) en uno de los dos primeros ítems más en 4 ítems restantes (Muñoz-Navarro et al., 2017a).

El GAD-7 (Spitzer et al., 2006) fue validado al castellano por Garcia-Campayo et al. (2010) mostrando que es una prueba de cribado para el trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad con buena consistencia interna ($\alpha=0.936$). Evalúa 7 síntomas de ansiedad en 7 ítems de un solo factor: nerviosismo, inquietud excesiva, cansancio, dolor o tensión muscular, problemas de sueño, problemas de concentración e irritación fácil. Estableciendo el punto de corte en 10, se obtiene el mejor indicador de trastorno de ansiedad (Muñoz-Navarro et al., 2017b). Presenta una escala tipo Likert con 4 opciones (0=nunca, 1=varios días, 2=más de la mitad de los días y 3=casi cada día) pudiendo obtenerse una puntuación total de 21, donde se obtienen diferentes niveles de intensidad: 0-9 inexistente (5-9 leve), 10-14 moderado y 15-21 grave.

Las pruebas utilizadas, a pesar de ser pruebas de cribado y no exclusivamente diagnósticas, presentan una validez diagnóstica comparable (Spitzer et al., 1999), ya que la entrevista diagnóstica SCID (Structured Clinical Interview for DSM5) tiene correlaciones altas con el PHQ-9 (Muñoz-Navarro et al., 2017a; Wittkamp et al., 2009)

y el PHQ-15 (van Ravesteijn et al., 2009), y la CIDI (Composite International Diagnostic Interview) con el GAD-7 (Muñoz-Navarro, et al., 2017b)

2.3. Procedimiento

Este estudio forma parte del Ensayo PsicAP (*Psicología en Atención Primaria*), un ensayo clínico multicéntrico realizado en 30 centros de AP del sistema sanitario público repartidos en 10 comunidades autónomas del Estado Español. El Comité Ético Corporativo de Atención Primaria de la Comunidad de Valencia (CEIC-APCV), como CEIC coordinador nacional del Ensayo y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) aprobaron el protocolo del estudio (ISRCTN58437086) a finales del año 2013. En este ensayo clínico, tal y como se apuntaba en la introducción, se pretende demostrar si los pacientes afectados de sintomatología emocional que acuden a las consultas de AP serían mejor tratados con un tratamiento psicológico basado en la evidencia frente al tratamiento convencional dispensado por los Médicos de Atención Primaria (MAPs), tratamiento fundamentalmente farmacológico.

El proceso de reclutamiento se realizó en dos fases. En la primera fase, los MAPs invitaron a participar en el estudio a aquellos pacientes que presentaron quejas de depresión, ansiedad o síntomas físicos sin base biológica. Los pacientes recibieron la hoja de información sobre el ensayo clínico y dieron su consentimiento informado, así como sus datos de contacto. En una segunda fase, un psicólogo contactó posteriormente con los pacientes para citarse en otra consulta en un tiempo no mayor de dos semanas tras la aportación de su consentimiento de participación. En esta sesión, aportaron sus datos sociodemográficos y cumplieron el PHQ y el ERQ. Se utilizaron versiones computarizadas de estas pruebas, y en formato papel y lápiz para aquellos que presentaban dificultades con el ordenador.

2.4. Análisis de datos

Para el estudio de la consistencia interna de los ítems en el ERQ y en cada módulo del PHQ, se utilizó el α de Cronbach (Elosua y Zumbo, 2008).

Para la estimación de la diferencia de medias, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes en las dos estrategias de RE (reevaluación y supresión). La primera diferencia de medias ante la presencia o ausencia de algún trastorno emocional,

y la segunda en función de cada uno de los tres trastornos analizados (trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y trastorno de somatización). El tamaño del efecto se calculó mediante la d de Cohen (Cohen, 1988).

Se realizó un análisis de la varianza (ANOVA) para evaluar las diferencias entre las estrategias de RE en función de la gravedad de cada trastorno (mínima, leve, moderada y grave). Se hizo un contraste de comparaciones múltiples para evaluar la interacción significativa mediante el método de Bonferroni. Para controlar la influencia de la variable sexo en las diferencias estadísticas, se realizó un análisis de la covarianza (ANCOVA).

Para el estudio de la estructura factorial de un posible factor común de todos los ítems, se realizó un análisis factorial exploratorio. El método de extracción utilizado es el de mínimos cuadrados no ponderados (ULS) y la estimación del número de factores se realizó mediante análisis paralelo.

Por último, se propone un modelo de ecuaciones estructurales, donde se establece la posible relación que pueden tener las estrategias de RE con el factor común. El método de extracción es el de máxima verosimilitud.

Los softwares utilizados para los análisis de datos fueron el SPSS en su versión 19, el FACTOR en su versión 10 y el AMOS en la versión 16.

3. Resultados

3.1. Consistencia interna de los instrumentos

En cuanto a la fiabilidad de las escalas, la dimensión de reevaluación del ERQ presenta un $\alpha=0.861$ y la dimensión de supresión un $\alpha=0.8$. La fiabilidad para el PHQ-9, el PHQ-15 y el GAD-7 es de $\alpha=0.886$, $\alpha=0.794$ y $\alpha=0.88$, respectivamente.

3.2. Análisis bivariados para evaluar la relación entre RE y diagnósticos dicotómicos (presencia o ausencia)

La prueba t de Student muestra que hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de supresión en función de tener algún trastorno emocional o no ($t=3.687$; $p<0.001$; $d=0.299$). Los resultados de los trastornos *individualmente*, muestran que hay diferencias significativas en ambas estrategias de RE tanto en depresión como en

ansiedad, con tamaños del efecto medianos. En somatizaciones se encuentran diferencias únicamente en estrategias de supresión, aunque estas diferencias son mínimas, con tamaño del efecto de 0.17 (tabla 3). Las medias de las puntuaciones se encuentran en la tabla 2.

Debido a que hay diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en la estrategia de supresión ($t=-3.868$; $p<0.001$), se realiza un ANCOVA, los resultados muestran que todas las diferencias halladas se mantienen al introducir el sexo como covariable (tabla 3).

Tabla 2

Medias de las puntuaciones en RE en función de la presencia o ausencia de cada trastorno.

		Reevaluación	Supresión
Trastorno	Ausencia	25.03	13.83
	Presencia	25.16	15.67
Ansiedad	Ausencia	26.34	14.52
	Presencia	24.44	15.94
Depresión	Ausencia	25.90	14.64
	Presencia	24.32	16.26
Somatizaciones	Ausencia	24.96	14.63
	Presencia	25.21	15.68

Tabla 3

Prueba t de Student para muestras independientes en función de la presencia o ausencia de cada trastorno.

		Diferencia de medias			ANCOVA		
		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Ansiedad	Reevaluación	4.045	<0.001	0.237			
	Supresión	-3.949	<0.001	0.231	18.632	0.000	0.278
Depresión	Reevaluación	3.477	0.001	0.197			
	Supresión	-4.648	<0.001	0.264	23.865	0.000	0.247
Somatizaciones	Reevaluación	-0.479	0.632				
	Supresión	-2.624	0.009	0.17	11.369	0.001	0.17

3.3. Análisis multivariado con variables psicopatológicas por rangos de gravedad.

Cuando se realiza el análisis de la varianza, los resultados hallados muestran que hay diferencias en función de la gravedad únicamente en depresión y en ansiedad en ambas estrategias de RE (tabla 5). Al realizar el ANCOVA teniendo el sexo como covariable, las diferencias en supresión se mantienen tanto en depresión ($F=18.719$; $p<0.001$) como en ansiedad ($F=11.439$; $p<0.001$). Las medias se encuentran en la tabla 4.

Las comparaciones múltiples muestran que en el trastorno de ansiedad las diferencias ocurren entre todos sus niveles, excepto en supresión entre la manifestación moderada y la más grave de ansiedad. Para el trastorno depresivo, en reevaluación no hay diferencias significativas entre sus niveles, si bien, en supresión hay diferencias en todas las comparaciones excepto entre la depresión leve y la moderada.

Tabla 4

Medias de las puntuaciones en RE en función de la gravedad de los trastornos.

		Reevaluación	Supresión
Depresión	Inexistente	25.95	14.01
	Leve	25.103	15.57
	Moderada	24.24	16.423
	Grave	23.311	19.41
Ansiedad	Inexistente	26.341	14.518
	Moderada	25.204	15.477
	Grave	23.757	16.351
Somatizaciones	Inexistente	24.956	14.627
	Leve	25.485	15.652
	Moderada	25.165	15.722
	Grave	24.188	15.576

Tabla 5

ANOVA en función de la gravedad de los trastornos.

		ANOVA		
		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Depresión	Reevaluación	3.191	0.023	0.179
	Supresión	17.724	<0.001	0.413
Ansiedad	Reevaluación	11.427	<0.001	0.27
	Supresión	9.81	<0.001	0.246
Somatizaciones	Reevaluación	0.755	0.519	0.089
	Supresión	2.308	0.075	0.15

Aquellas puntuaciones que presentan diferencias estadísticamente significativas, presentan una tendencia común, disminuyen en reevaluación y aumentan en supresión a medida que aumenta la gravedad del trastorno.

3.4. Análisis bivariados para evaluar la relación entre RE y diagnósticos puros dicotómicos (presencia o ausencia)

Cuando se realizan los análisis con una muestra de diagnósticos puros, es decir, que únicamente presenten ese trastorno, eliminando toda comorbilidad existente, los resultados varían, debido a que los tamaños muestrales son menores y la distribución en función de la gravedad no es homogénea.

La prueba *t* de Student para la diferencia de medias en función de cada trastorno individualmente, encuentra diferencias en las puntuaciones de supresión en función de tener o no ansiedad ($t=-2.414$; $p=0.016$; $d=0.357$) y en las puntuaciones de reevaluación en función de tener o no trastorno de somatización ($t=-2.848$; $p=0.005$; $d=0.337$). Estas diferencias están afectadas por el tamaño de la muestra de los diferentes grupos, por lo que la falta de significación en depresión, podría venir determinada por su bajo tamaño muestral. Las medias se encuentran en la tabla 6.

Tabla 6

Medias en las estrategias de regulación en función de la presencia o ausencia de cada trastorno puro.

		Reevaluación	Supresión
Ansiedad (n=49)	Ausencia	25.03	13.83
	Presencia	24.80	16.02
Depresión (n=10)	Ausencia	25.03	13.83
	Presencia	25.9	16.3
Somatizaciones (n=122)	Ausencia	25.03	13.83
	Presencia	27.63	14.48

Se realiza un ANCOVA utilizando el sexo como covariable. Las diferencias significativas en supresión en función de tener o no un trastorno se mantienen ($F=16.9$; $p<0.001$).

3.5. Análisis multivariado con variables psicopatológicas por rangos de gravedad en diagnósticos puros.

En el análisis de la varianza, se encuentra que únicamente hay diferencias en las puntuaciones de reevaluación en función de la gravedad del trastorno de somatización (inexistente, moderado, grave). Mientras que no hay diferencias significativas en el trastorno de ansiedad (tabla 7). Las medias se encuentran en la tabla 8.

No se contempla analizar el trastorno depresivo en función de la gravedad debido a que un 0.79% (n=10) de la muestra presentaba únicamente trastorno depresivo.

Tabla 7

ANOVA en función de la gravedad con diagnósticos puros.

		<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Ansiedad	Reevaluación	0.103	0.902	0.063
	Supresión	2.888	0.057	0.263
Somatizaciones	Reevaluación	3.422	0.017	0.345
	Supresión	2.116	0.098	0.27

Tabla 8

Media de las puntuaciones en el ERQ en función de la gravedad con diagnósticos puros.

	Ansiedad			Somatizaciones		
	Inexistente	Moderada	Grave	Inexistente	Leve	Moderada
Reevaluación	29.452	24.541	25.583	25.053	27.703	27.065
Supresión	17.502	15.514	17.583	15.642	14.663	13.516

Aunque para el trastorno de somatización las diferencias sean estadísticamente significativas, presenta una tendencia inversa, ya que la media de las puntuaciones en reevaluación es mayor en presencia de trastorno que en la ausencia (tabla 6) y en función de la gravedad (tabla 8).

3.6. Modelo de ecuaciones estructurales

Se observa una alta comorbilidad entre trastornos. Datos como que el 80% de personas tienen más de un diagnóstico (tabla 9), que la correlación entre las puntuaciones en depresión y ansiedad es de 0.78, o que el 66% de las personas que tienen ansiedad también tienen depresión, indican la posibilidad de la existencia de un factor común presente en las distintas categorías diagnósticas.

Tabla 9

Frecuencias del número de trastornos.

	n	%
Ningún trastorno	176	14
Un trastorno	216	17.1
Dos trastornos	220	17.4
Tres trastornos	304	24.1
Cuatro trastornos	345	27.4

Por ello se realiza un análisis factorial exploratorio con todas las puntuaciones en ansiedad (GAD-7), depresión (PHQ-9) y en somatización (PHQ-15). Los resultados nos muestran la presencia de una única dimensión con buen ajuste a los datos (GFI=0.96; RMSR=0.068; α =0.92). Los ítems que presentan mayores pesos factoriales son los ítems referidos a la tristeza, tensión y preocupación (tabla 10). Cuando se realiza un análisis factorial con esos seis ítems, los índices de bondad de ajuste son GFI=0.99; RMSR=0.08 y α =0.86.

Tabla 10

Matriz factorial.

Ítems	Pesos factoriales
Sensación de estar decaído, deprimido o desesperanzado	0.746
Sentirse nervioso, ansioso, con los nervios de punta o preocuparse mucho por distintas cosas	0.722
Dolor o tensión muscular	0.715
Sentirse inquieto de tal forma que le cueste quedarse sentado	0.697
Poco interés o alegría por hacer cosas	0.69
Sensación de cansancio o de tener poca energía	0.648

Basándose en la literatura, las diferentes estrategias de RE predecirían las puntuaciones en este factor común a diferentes categorías diagnósticas. Es por ello que se realiza un modelo de ecuaciones estructurales. Este modelo ajusta a los datos mostrando un $\chi^2=885.287$ ($p<0.001$), un CFI=0.9 y un RMSEA=0.079. Los índices de regresión estandarizados muestran que altas puntuaciones en la estrategia de supresión aumentan la probabilidad de puntuar más alto en el factor común, mientras que altas puntuaciones en la estrategia de reevaluación, reduce esta probabilidad. La correlación entre las estrategias de supresión y reevaluación y los índices de regresión estandarizados se pueden ver en la figura 1.

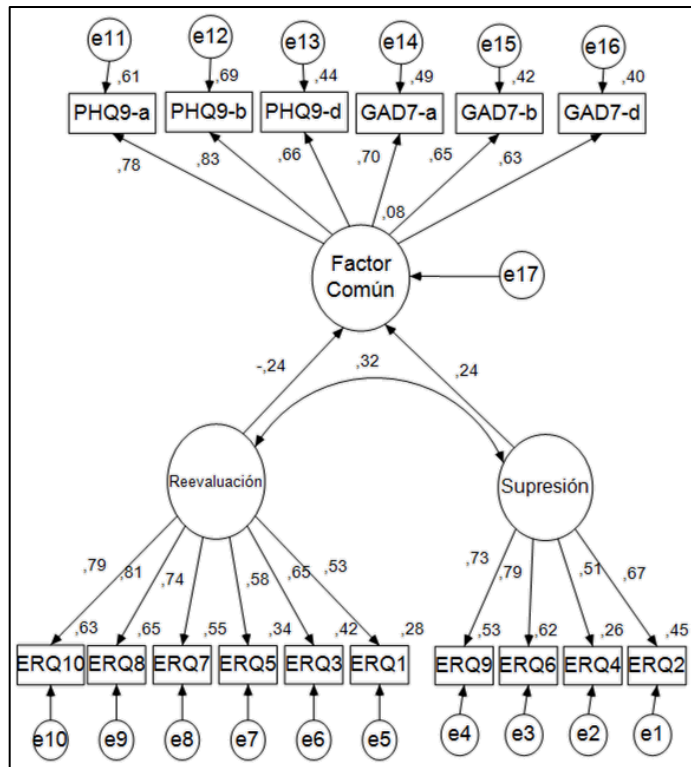


Figura 1. Modelo de Ecuaciones Estructurales.

4. Discusión

El objetivo del trabajo fue el estudio de las diferencias en la regulación de las emociones en los trastornos emocionales más comunes, y a su vez, hallar un factor común presente en las principales categorías diagnósticas que se presentan en la clínica de atención primaria y ver su relación con la regulación emocional.

Nuestros resultados revelan que 1) existen diferencias significativas en las estrategias de RE (reevaluación y supresión) en función de presentar o no un trastorno emocional; y que 2) hay un factor común a la sintomatología ansiosa, depresiva y a las somatizaciones, el cual está influido por las estrategias de RE. Así mismo, las pruebas utilizadas son fiables y presentan buenas propiedades psicométricas.

Los análisis realizados para detectar diferencias en la RE entre diagnósticos puros, pretendían establecer la relación existente entre cada diagnóstico categorial y tipos de RE. Sin embargo, la comorbilidad es la norma, tal y como viene referido en la literatura (Aragonès, Lluís Piñol, y Labad, 2009; Roca et al., 2009) y puede encontrarse en este estudio (el 80% presenta más de un diagnóstico). Esta alta comorbilidad ha hecho que el

número de pacientes con diagnósticos puros sea, en algún caso, como en el trastorno depresivo, extremadamente bajo, con solo 10 pacientes (0.79%) de la muestra total. En estas condiciones, los análisis son inviables y los resultados difícilmente generalizables.

Los resultados muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas principalmente en trastorno depresivo y ansioso. Respecto al trastorno de somatización, o las diferencias halladas son inexistentes (tabla 5) o mínimas (d de Cohen 0.17) (tabla 3).

Por otro lado, las diferencias encontradas respecto a la estrategia de reevaluación, son menores que las encontradas en supresión, ya que éstas tienen más relación con la psicopatología que las estrategias de reevaluación (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010, 2012b). Es decir, las estrategias de supresión pueden producir resultados perjudiciales en la mayoría de los contextos en los que se implementan, si bien, las estrategias de reevaluación conducen a resultados deseables solo cuando se implementan en el contexto adecuado (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2010, 2012a, 2012b; Aldao et al., 2010).

El ajuste a los datos del modelo de ecuaciones estructurales, muestra la comorbilidad y solapamiento de los trastornos emocionales, teniendo todos ellos una base común caracterizada por tristeza, tensión y preocupación. Dicha base común, tiene una relación negativa con las estrategias de reevaluación y positiva con las estrategias de supresión. Por lo que cuantas más estrategias de supresión se utilicen, más probabilidad habrá de tener sintomatología emocional caracterizada por esa desazón, angustia, nerviosismo y preocupación. Estos resultados son acordes a los encontrados en la literatura (p.e. Craske y Pontillo, 2001; Hervás y Vázquez, 2006; Mennin et al., 2007), aunque los índices de regresión estandarizados no son excesivamente elevados (0.244 y -0.241). Este resultado también va en la línea de las teorías psicopatológicas que se centran en la evitación experiencial como un determinante de los trastornos psicológicos (Hayes, 1999; Luciano y Hayes, 2001).

Debido a la naturaleza transversal de la mayoría de los estudios, no es posible establecer relaciones causales, por lo que no se puede afirmar si la RE es la causa o un epifenómeno de la sintomatología. Si bien, los índices de regresión estandarizados, y la tendencia de las puntuaciones en RE a medida que aumenta la gravedad, indican que son las estrategias de RE las que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales más comunes en AP.

En general, hay una falta de consenso en cuanto a la definición, evaluación e implicaciones clínicas que tiene la RE. Los estudios difieren respecto a la conceptualización y la evaluación de la RE, lo que limita la capacidad de comparar los resultados entre estudios. Además, la falta de estudios sobre la influencia de la RE en los servicios de atención primaria, dificulta la integración de los resultados hallados en la literatura.

Como es sabido, las consultas de atención primaria tienen una alta prevalencia de trastornos mentales comunes (Maldonado et al., 2002; Miranda et al., 2003; Pastor-Sierra, 2008; Serrano-Blanco et al., 2010), los médicos de atención primaria tienen un tiempo muy limitado por paciente (Beltran Vilella et al., 2001; Ferreras et al., 2011), y los problemas psicológicos se encuentran infradiagnosticados (Aragonès, Piñol, y Labad, 2006; Coyne, Thompson, Klinkman, y Nease, 2002; Gabarrón et al., 2002; Karlsson et al., 2000). Por ello es importante tener formas de evaluación rápidas y fiables, con el fin de ofrecer un mejor diagnóstico y tratamiento a la persona. Por tanto, el PHQ se muestra como una herramienta útil de detección de trastornos mentales comunes en atención primaria, ya que detecta esos síntomas que, desde un punto de vista transdiagnóstico, están en la base de los diferentes trastornos emocionales. En esta línea, recientemente se ha propuesto un modelo de asistencia escalonada de los trastornos mentales para la atención primaria, donde se incrementaría la intensidad del tratamiento en función de la evolución y necesidad del paciente (Muñoz-Navarro et al., 2017c)

Los datos iniciales de eficacia de varios tratamientos, sugieren que la RE es un factor importante que puede contribuir al inicio y/o mantenimiento de los trastornos emocionales (Berking et al., 2012; Berking et al., 2008; Cano-Vindel, 2011; Gross y Muñoz, 1995). La incorporación de intervenciones que se dirigen directamente a las habilidades de RE, pueden mejorar la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas para distintos trastornos (Berking et al., 2008; Cano-Vindel, 2011). Si bien, dicha incorporación no puede obviar el contexto a la hora de intervenir (Aldao y Nolen-Hoeksema, 2013). La existencia de una alta comorbilidad entre sintomatologías y de una base común de distintos trastornos, tiene implicación a la hora de intervenir, ya que prima un enfoque transdiagnóstico centrado en lo que aquí se llama regulación emocional. Es decir, un tratamiento dirigido a aspectos fisiológicos (tensión, relajación, nerviosismo), conductuales y cognitivos (preocupación, desesperanza), aspectos presentes en la terapia

de conducta dialéctica (Linehan, 1993) o en el Protocolo Unificado de Barlow (Barlow et al., 2015), entre otros.

4.1. Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones que pueden contribuir a resultados discrepantes en comparación con otros estudios.

En primer lugar, en cuanto a la evaluación, se recomienda que los procesos de RE se evalúen con un enfoque de medición multimétodo a través de la combinación de métodos cognitivos, conductuales, y fisiológicos (Ollendick y Hersen, 1993). En la evaluación puramente cognitiva no se tienen en cuenta todas las estrategias de RE que recoge la literatura (Lee, Witte, Weathers, y Davis, 2015; Naragon-Gainey et al., 2017). Por ejemplo, el RRS (Treynor, Gonzalez, y Nolen-Hoeksema, 2003) evalúa la rumia mientras se está deprimido, el AAQ-II (Bond et al., 2011) evalúa la evitación de experiencias subjetivas negativas, el KIMS (Baer, Walsh, y Lykins, 2009) evalúa la aceptación de la respuesta emocional. En nuestro caso, el ERQ (Gross y John, 2003) evalúa la supresión de emociones positivas y negativas, y la reevaluación positiva. Lo que dificulta concluir que la RE tiene consecuencias sobre la sintomatología emocional, cuando solo se tienen en cuenta las estrategias de reevaluación y supresión obviando el resto.

Los estudios revisados, muestran una clara y convincente asociación entre la regulación emocional y los trastornos mentales. Algunos de los estudios longitudinales que se han realizado, tratan de solventar la duda de la causalidad, si bien, muestran limitaciones en su metodología. Kim y Cicchetti (2010) establecen la RE como una covariable entre la presencia de maltrato en la infancia y la psicopatología posterior. Kraaij, Pruymboom, y Garnefski (2002) en su estudio, evalúan únicamente la RE en el seguimiento y no en la línea base del procedimiento. Seiffge-Krenke (2000) concluye que un estilo de afrontamiento disfuncional aumenta la sintomatología concurrente, pero también altas puntuaciones de sintomatología conducen a un aumento del estilo de afrontamiento disfuncional, por lo que la RE no solo es concurrente a la sintomatología sino también una consecuencia de la misma.

Ligado a las limitaciones, se presentan las líneas futuras para próximos estudios. En primer lugar, en cuanto a la evaluación cognitiva, se debe tener en cuenta todas las estrategias de RE. Una forma de solventar esta limitación es basándose en las tres dimensiones que recoge Naragon-Gainey, McMahon, y Chacko (2017): desvinculación o desconexión, perseveración cognitiva aversiva y compromiso adaptativo. Aunque en la actualidad no existe ningún instrumento validado que evalúe dichas dimensiones.

Muchos autores (p.e. Berking et al., 2012; Berking et al., 2008; Berking y Wupperman, 2012; Gross, 2014) defienden la falta de estudios longitudinales que dilucidan la naturaleza de la RE, como causa o consecuencia de los trastornos emocionales. Además, puede que la RE module la sintomatología en función de los años de evolución, y no en función de la gravedad de los mismos. Por lo que una línea futura es el seguimiento y postevaluación de los participantes.

Una propuesta de línea futura, es la utilización del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva (*Cognitive Emotional Regulation Questionnaire*; CERQ) (Garnefski et al., 2002), formado por nueve estrategias de RE (autoculpa, culpa a otros, rumia, catastrofismo, ponerse en perspectiva, focalización positiva, reinterpretación positiva, aceptación y planificación). Esto permite saber hasta qué punto las estrategias de afrontamiento cognitivo regulan las emociones y cómo influyen en el curso de un trastorno emocional. Por lo tanto, se lograría una mejor evaluación de la regulación cognitiva de las emociones, y por ende, aumentar la probabilidad de prevenir los problemas de salud mental y mejorar la intervención dirigida a los trastornos emocionales.

Las conclusiones a las que se ha llegado en nuestro estudio coinciden con las halladas en estudios previos revisados. Nuestros resultados revelan que las personas que tienen más probabilidad de presentar un trastorno de ansiedad, depresivo o de somatización, utilizan las estrategias de RE de una forma más desadaptativa frente a aquellas personas que no presentan ningún tipo de sintomatología. Por otro lado, se encuentra un factor común a la sintomatología ansiosa, depresiva y a las somatizaciones, el cual está influido por las estrategias de RE. En esta línea, las estrategias de RE contribuyen al desarrollo y mantenimiento de los trastornos emocionales más prevalentes en las consultas de AP, por lo que estas sintomatologías se beneficiarán de una intervención trasdiagnóstica dirigida a las habilidades de RE. Aportar este entrenamiento a las terapias psicológicas basadas en la evidencia para estos trastornos, como se plantea

en el modelo de asistencia escalonada propuesto para AP, podrían mejorar la eficacia del tratamiento de estos trastornos y mejorar la salud y el bienestar de estos pacientes.

5. Referencias

- 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., y Nolen-Hoeksema, S. (2012). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7–8), 493–501. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.004>
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276–281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2013). One versus many: Capturing the use of multiple emotion regulation strategies in response to an emotion-eliciting stimulus. *Cognition and Emotion*, 27(4), 753–760. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.739998>
- 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>
- Amstadter, A. B. (2008). Emotion Regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety*, 22(2), 211–221. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.004>.Emotion
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2008000100001>
- Aragonès, E., Lluís Piñol, J., y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atencion Primaria*, 41(10), 545–551. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.11.011>
- Aragonès, E., Piñol, J. L., y Labad, A. (2006). The overdiagnosis of depression in non-depressed patients in primary care. *Family Practice*, 23(3), 363–368. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi120>
- Baer, R. A., Walsh, E., y Lykins, E. L. B. (2009). Assessment of mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Clinical Handbook of*

Mindfulness, 11(3), 191–206. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_10

- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., y van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1–24. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.1>
- Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L., y Ehrenreich-May, J. (2015). *Protocolo Unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Barrett, L., Lewis, M., y Haviland-Jones, J. (2016). *Handbook of emotions*. New York: Guilford Publications.
- Beltran Vilella, M., Salleras Marcó, N., Camps García, C., Solanas Saura, P., Igual Massalles, E., y García-Oria, M. (2001). Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. *Atención Primaria*, 28(1), 39–45. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78893-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78893-2)
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., y Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 206–226. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg011>
- Berking, M., Orth, U., Wupperman, P., Meier, L. L., y Caspar, F. (2008). Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 485–494. <https://doi.org/10.1037/a0013589>
- Berking, M., y Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128–134. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669>
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., y Znoj, H. (2012). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230–1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., ... Zettle, R. D. (2011). Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and

- Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Brosan, L., Hoppitt, L., Shelfer, L., Sillence, A., y MacKintosh, B. (2011). Cognitive bias modification for attention and interpretation reduces trait and state anxiety in anxious patients referred to an out-patient service: Results from a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 258–264.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.12.006>
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., y Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234–240. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000150>
- Cano-Vindel, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad Y Estrés*, 17(2–3), 157–184.
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Wood, C. M., Limonero, J. T., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., ... Santolaya, F. (2016). Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy Versus Treatment as Usual in Adult Patients With Emotional Disorders in the Primary Care Setting (PsicAP Study): Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 5(4), 246. <https://doi.org/10.2196/resprot.6351>
- Chen, H. (2016). A Theoretic Review of Emotion Regulation. *Open Journal of Social Sciences Theoretic Review of Emotion Regulation. Open Journal of Social Sciences*, 4(4), 147–153. <https://doi.org/10.4236/jss.2016.42020>
- Christophe, V., Antoine, P., Leroy, T., y Delelis, G. (2009). Assessment of two emotional regulation processes: expressive suppression and cognitive reevaluation. *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*, 59(1), 59–67.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2008.07.001>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cole, P. M., Martin, S. E., y Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct : Methodological challenges and directions for child development

- research. *Child Development*, 75(2), 317–333.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P., Adrián Medrano, L., ... Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: Fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad Y Estrés*, 23, 91–98.
- Coyne, J. C., Thompson, R., Klinkman, M. S., y Nease, D. E. (2002). Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 798–809. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.3.798>
- Craske, M. G., y Pontillo, D. C. (2001). Cognitive biases in anxiety disorders and their effect on cognitive-behavioral treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 65(1), 58–77. <https://doi.org/10.1521/bumc.65.1.58.18708>
- Davidson, R. J. (1998). Affective Style and Affective Disorders: Perspectives from Affective Neuroscience. *Cognition y Emotion*, 12(3), 307–330. <https://doi.org/10.1080/026999398379628>
- Diamond, L. M., y Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span : An integrative perspective emphasizing and dyadic processes 1. *Motivation and Emotion*, 27(2), 125–157. <https://doi.org/10.1023/A:1024521920068>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., y Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679–686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Ehring, T., Frank, S., y Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduced concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 488–506. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9089-7>
- Eisenberg, N., y Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation : Sharpening the definition. *Child Development*, 75(2), 334–339.
- Eisendrath, S. (2016). *Mindfulness-based cognitive therapy: Innovative applications*. Springer International Publishing Switzerland.
- Elosua, P., y Zumbo, B. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta

- categorica ordenada. *Psicothema*, 20(4), 896–901. <https://doi.org/ISSN: 0214-9915>
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47–59.
- Eysenck, M., Mogg, K., May, J., Richards, A., y Mathews, A. (1991). Bias in interpretation of ambiguous sentences related to threat in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 144.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2008). A review of trait meta-mood research. *International Journal of Psychology Research*, 2(1), 39–67.
- Ferreras, J., Sanjuán, R., Elías, M., Sánchez-Lázaro, C., Blasco, M., y Yagüe, M. (2011). Evaluación de las derivaciones a un Centro de Salud Mental desde Atención Primaria. *Revista de Medicina de Familia Y Atención Primaria*, 15(4), 1–5.
- Foluso, W., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos, N., y Joiner, T. E. (2004). Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(4), 233–240. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000045339.67766.86>
- Gabarrón, E., Vidal, J., Haro, J., Boix, I., Jover, A., y Arenas, M. (2002). Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria. *Atención Primaria*, 29(6), 329–337.
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Paramo, M., López-Gómez, V., ... 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>
- 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. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.23.3.141>
- Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Leiderdorp, The Netherlands. DATEC*.

- Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., y van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267–276. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00083-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00083-7)
- Gómez-Ortiz, O., Romera, E. M., Ortega-Ruiz, R., Cabello, R., y Fernández-Berrocal, P. (2016). Analysis of emotion regulation in spanish adolescents: Validation of the emotion regulation questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 6(JAN), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01959>
- González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., Muñoz-Navarro, R., Ruiz-Rodríguez, P., Adrián Medrano, L., ... Cano-Vindel, A. (2017). Tratamiento psicológicos de los trastornos emocionales en Atención Primaria: el manual de tratamiento transdiagnóstico del estudio PsicAP. *Ansiedad Y Estrés*.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gross, J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation : An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(5), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: Timing Is Everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214–219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. (2014). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guildford Publications.
- Gross, J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, J., y Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401.

<https://doi.org/10.1177/2167702614536164>

- Gross, J., y Muñoz, R. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151–164.
- Gullone, E., Hughes, E. K., King, N. J., y Tonge, B. (2010). The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51(5), 567–574. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02183.x>
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., Hoogduin, C. A. L., y Verbraak, M. (2009). A transdiagnostic comparison of trauma and panic memories in PTSD, panic disorder, and healthy controls. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(3), 412–422. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.04.001>
- Hannesdottir, D. K., y Ollendick, T. H. (2007). The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 275–293. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0024-6>
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clinica*, 126(12), 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hervás, G., y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física, 9, 9–36.
- Hopp, H., Troy, A. S., y Mauss, I. B. (2011). The unconscious pursuit of emotion regulation: Implications for psychological health. *Cognition and Emotion*, 25(3), 532–545. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.532606>.The
- Insel, M., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D., Quinn, K., ... Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*, 7, 748–751.
- Karlsson, H., Joukamaa, M., y Lehtinen, V. (2000). Differences between patients with

identified and not identified psychiatric disorders in primary care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 354–358.

Kashdan, T. B., y Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>

Kim, J., y Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 51(6), 706–716.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>

Kraaij, V., Pruyboom, E., y Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging and Mental Health*, 6(3), 275–281. <https://doi.org/10.1080/13607860220142387>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>

Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 32(4), 345–359.

<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>

Landa González, N., Goñi Sarriés, A., de Jalón Aramayo, E. G., y Lizasoain Urra, E. (2008). Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, 40(6), 285–289. <https://doi.org/10.1157/13123680>

Lee, D. J., Witte, T. K., Weathers, F. W., y Davis, M. T. (2015). Emotion regulation strategy use and posttraumatic stress disorder: Associations between multiple strategies and specific symptom clusters. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(3), 533–544. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9477-3>

- Levant, R. (2005). Psychological approaches to the management of health and disease: Health care for the whole person. In N.A. Cummings, W.T. O'Donohue y E.V. Naylor (Eds.), *Psychological approaches to chronic disease management* (pp. 37–48). Reno.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. (1993). New York: Guilford Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Lynch, T. R., Robins, C. J., Morse, J. Q., y Krause, E. D. (2001). A mediational model relating affect intensity, emotion inhibition, and psychological distress. *Behavior Therapy*, 32(3), 519–536. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80034-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80034-4)
- Luciano, C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 1(1), 109-157.
- Maldonado Díaz I, Gea Velázquez de Castro MT, Bellón García N, Megías López ME, Benítez Campos A, T. M. M. (2002). Estudio de la adecuación de las derivaciones médicas a una unidad de salud mental. *Med Fam Andal*, 3, 88–91.
- Martín-Jurado, A., de la Gándara Martín, J. J., Castro Carbajo, S., Moreira Hernández, A., y Sánchez-Hernández, J. (2012). Análisis de concordancia de las derivaciones de atención primaria a salud mental. *Semergen*, 38(6), 354–359.
<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.12.005>
- Mathews, A., Mogg, K., Kentish, J., y Eysenck, M. (1995). Effect of psychological treatment on cognitive bias in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 293–303.
- McLaughlin, K., Hatzenbuehler, L., Mennin, D., y Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 544–554.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.06.003>.Emotion
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, Á., y Pereno, G. L. (2013). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional en universitarios de Córdoba. *Ansiedad Y Estrés*, 22(1), 83–96. <https://doi.org/10.7764/psykhe.22.1.473>
- Medrano, L., Muñoz-Navarro, R., y Cano-Vindel, A. (2016). Procesos cognitivos y

regulación emocional: aportes desde una aproximación psicoevolucionista.
Ansiedad Y Estrés, 22, 47–54.

- Mennin, D., y Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329–352.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x>
- Mennin, D., y Fresco, D. (2009). Emotion regulation as a framework for understanding and treating anxiety pathology. In A. Kring y D. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281–1310.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., y Heimberg, R. G. (2007). Delineating Components of Emotion and its Dysregulation in Anxiety and Mood Psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284–302.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>
- Miranda-Chueca, I., Peñarrubia-María, M. T., García-Bayo, I., Caramés-Durán, E., Soler-Vila, M., y Serrano-Blanco, A. (2003). ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria*, 32(9), 524–530.
[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70782-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70782-3)
- Montalbán, S., Vives, A., y Garcia-Garcia, M. (2010). Validation of the Spanish version of the PHQ-15 questionnaire for the evaluation of physical symptoms in patients with depression and/or anxiety disorders: DEPRE-SOMA study. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 345–57.
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Medrano, L. A., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., ... Hermosilla-Pasamar, A. M. (2017a). Utility of the PHQ-9 to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry*, 17(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1450-8>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., ... Ramírez-Manent, J. I. (2017b). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry*

Research, 256, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>

- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L.A., González-Blanch, C., Moriana, J., ... Dongil-Collado, E. (2017c). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad Y Estrés*.
- Nader-grosbois, N., y Mazzone, S. (2014). Emotion Regulation , personality and social adjustment in children with autism spectrum disorders. *Psychology*, 5(15), 1750–1767.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., y Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384–427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>
- Niedenthal, P., y Ric, F. (2017). *Psychology of emotion*. Psychology Press.
- Ollendick, T., y Hersen, M. (1993). Child and adolescent behavioral assessment. In *Handbook of child and adolescent assessment* (pp. 3–14). Needham Heights: Allyn y Bacon.
- Paquet, C., Kergoat, M. J., y Dubé, L. (2005). The role of everyday emotion regulation on pain in hospitalized elderly: Insights from a prospective within-day assessment. *Pain*, 115(3), 355–363. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.03.024>
- Pastor-Sierra, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles Del Psicólogo*, 23(3), 271–290.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Raíces de la psicopatología moderna*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez, O., García, C., Grases, N., Marsé, E., Cots, I., y Aparicio, S. (2015). Programa de soporte a la primaria: Un análisis descriptivo y de concordancia diagnóstica entre médico/a de atención primaria y psicólogo/a. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 35(126), 257–266. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200002>
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Garcia Campayo, J., y Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119(1–3), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.014>

- Rottenberg, J., y Gross, J. J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 227–232. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg012>
- Rude, S. S., y McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17(5), 799–806. <https://doi.org/10.1080/02699930302283>
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23(6), 675–91. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0352>
- Seiffge-Krenke, I., y Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(6), 617–630. <https://doi.org/10.1023/A:1026440304695>
- Seligowski, A. V., y Orcutt, H. K. (2015). Examining the Structure of Emotion Regulation: A Factor-Analytic Approach. *Journal of Clinical Psychology*, 71(10), 1004–1022. <https://doi.org/10.1002/jclp.22197>
- Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., Luciano, J. V., Pinto-Meza, A., Luján, L., Fernández, A., ... Haro, J. M. (2010). Prevalence of mental disorders in primary care: Results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0056-y>
- Spitzer, R. L. (1994). Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care. *Jama*, 272(22), 1749. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520220043029>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., y Williams, J. B. W. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 2(1), 31.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., y Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Suveg, C., Kendall, P. C., Comer, J. S., y Robin, J. (2006). Emotion-focused cognitive-

behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 77–85. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9010-4>

Thompson, R. A., y Thompson, R. A. (2012). Emotion Regulation : A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2), 25–52.

Treynor, W., Gonzalez, R., y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259. <https://doi.org/doi:10.1023/A:1023910315561>

van Middendorp, H., Geenen, R., Sorbi, M. J., van Doornen, L. J. P., y Bijlsma, J. W. J. (2005). Emotion regulation predicts change of perceived health in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(7), 1071–1074. <https://doi.org/10.1136/ard.2004.020487>

van Ravesteijn, H., Wittkamp, K., Lucassen, P., van Weert, H., Huijser, J., Schene, A., ... Speckens, A. (2009). Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *The Annals of Family Medicine*, 7, 232–238. <https://doi.org/10.1370/afm.985.2>

Wenzlaff, R. M., y Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 59–91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>

Wittkamp, K., van Ravesteijn, H., Baas, K., van de Hoogen, H., Schene, A., Bindels, P., ... van Weert, H. (2009). The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 31(5), 451–459. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.06.001>