

**UNIVERSITAT JAUME I DE CASTELLÓN**

**LA INFLUENCIA DE LAS ESTRATEGIAS COGNITIVAS  
DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL DESARROLLO DE  
LOS TRASTORNOS EMOCIONALES EN ADOLESCENTES:  
UNA REVISIÓN**

---

**TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**Máster en Psicología General Sanitaria**



**UNIVERSITAT  
JAUME·I**

**Laura Domínguez Prades**

**DNI: 20492866G**

Convocatoria: Julio 2016

Dirigido por: Azucena García Palacios.

Departamento de Psicología Básica, Clínica i Psicobiología. Personalidad, Evaluación y  
Tratamientos Psicológicos

## Índice

Resumen .....	pág. 3
Introducción.....	pág. 5
Procedimiento.....	pág. 12
Resultados.....	pág. 17
Discusión .....	pág. 40
Referencias bibliográficas .....	pág. 49

## Resumen

En esta revisión se examinó la relación entre el uso de estrategias cognitivas y los trastornos emocionales en los adolescentes. Para ello, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de diez artículos experimentales que abordaban dicha relación. Los resultados mostraron que los adolescentes hacían uso de todas las estrategias de regulación emocional en menor medida que los adultos, especialmente la reevaluación positiva. Las estrategias más vinculadas con los trastornos emocionales en la adolescencia eran la auto-culpa, la rumiación y la reevaluación positiva. En concreto, la rumiación y la auto-culpa predecía el aumento de la sintomatología emocional, mientras que la reevaluación disminuía dicha sintomatología. Además, la reevaluación aumentaba su efecto en la disminución de la sintomatología depresiva en la adolescencia tardía y en la adultez. En cambio, la rumia y la auto-culpa predisponían a la experimentación de síntomas depresivos durante la adolescencia temprana. Sin embargo, los trastornos emocionales no predecían cambios posteriores en ciertos aspectos de la desregulación emocional, pero los adolescentes con elevados síntomas depresivos hacían un mayor uso de la supresión expresiva. En conclusión, aunque la bidireccional entre ambas variables dista de estar clara, la rumiación y la auto-culpa actuarían como factores de riesgo, mientras que la reevaluación positiva como factor protector frente al desarrollo trastornos emocionales. Además, las estrategias utilizadas, predisponen más al desarrollo de los trastornos emocionales en los adolescentes que en los adultos. Estos resultados destacan la importancia de la prevención en la adolescencia y de programas de tratamiento centrados en la regulación emocional como el Protocolo Unificado para adolescentes con problemas emocionales.

**Palabras clave:** Trastornos emocionales, ansiedad, depresión, estrategias cognitivas; regulación emocional; adolescentes

## **Abstract**

This review examined the relationship between the use of cognitive regulation strategies and emotional disorders in adolescents. To this end, a review of ten experimental studies was carried out. The results showed that all cognitive regulation strategies were used by adolescents to a lesser extent than by adults, especially positive reappraisal. Strategies more closely linked to emotional disorders in adolescence were self-blame, rumination and positive reappraisal. Thus, rumination and self-blame predicted increased emotional symptoms, while positive reappraisal decreased such symptoms. Positive reappraisal increased its effect in reducing depressive symptoms in late adolescence. Instead, rumination and self-blame predisposed to experiencing depressive symptoms in early adolescence and adulthood. However, emotional disorders did not predict subsequent changes in certain aspects of emotional dysregulation, but adolescents with elevated depressive symptoms used more expressive suppression. In conclusion, although the direction of the relationship between emotion regulation and emotional disorders is not clear, rumination and self-blame acted as risk factors, while positive reappraisal as a protective factor against the development of emotional disorders. In addition, the use of maladaptive strategies, predisposed more to the development of emotional disorders in adolescents than in adults. These results highlight the importance of prevention in adolescence and of treatments targeting emotion regulation like the Unified Protocol for adolescents with emotional problems.

**Keywords:** Emotional disorders, anxiety, depression, cognitive strategies, emotional regulation; adolescents.

## Introducción

Las emociones se tienden a clasificar, en muchas ocasiones, en positivas o negativas en función de si producen sensaciones más o menos agradables de experimentar, tolerando en menor medida aquellas que resultan más molestas. No obstante, las emociones constituyen, sin duda, una parte esencial para un correcto funcionamiento general de las personas, ya que todas ellas tienen sus funciones que permiten una adecuada adaptación al entorno. Entre las numerosas funciones que presentan, se destaca una función evolutiva (Tooby y Cosmides, 1990), social y comunicativa (Ekman, 1993) y motivacional (Oatley y Johnson-Laird, 1987), entre otras. Sin embargo, en ocasiones, características como la duración y la intensidad de las emociones pueden volverlas disfuncionales para el contexto (Kring y Werner, 2004).

Por este motivo, el manejo adaptativo de las emociones es fundamental para el funcionamiento social y el bienestar psicológico (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010) y para responder adecuadamente a las demandas ambientales (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Gross, 1998). Surge, así, el concepto de regulación emocional, el cual puede definirse como "*aquellos procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de la supervisión, evaluación y modificación de las reacciones emocionales, especialmente sus características intensas y temporales, con el fin de lograr una meta u objetivo y facilitar la adaptación del funcionamiento social*" (Thompson, 1994, p. 28). Estos procesos incluyen la manipulación de las emociones tanto positivas como negativas y no sólo están dirigidas a reducir la intensidad y la frecuencia de una respuesta emocional, sino también a la generación y mantenimiento de ésta (Cole, Michel, y Teti, 1994).

La regulación emocional abarca un amplio rango de estrategias o procesos biológicos, sociales, conductuales y cognitivos. En concreto, las estrategias de regulación emocional

cognitivas son aquellas respuestas cognitivas ante eventos que provocan emociones, que consciente o inconscientemente pretenden modificar la magnitud y/o el tipo de experiencia emocional o el evento en sí (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Rottenberg y Gross, 2007; Thompson, 1994). Aunque la regulación emocional implica tanto procesos cognitivos inconscientes como conscientes, estos últimos son más fácilmente manejables en la práctica clínica. En concreto, algunas de las estrategias de regulación cognitivo-emocional conscientes que han sido investigadas incluyen la auto-culpa, culpar a otros, la rumiación, el catastrofismo, poner en perspectiva, la reorientación positiva, la reevaluación positiva, la aceptación y la planificación (Jermann, Van der Linden, d'Acromont y Zermatten, 2006).

Dos estrategias clave en la regulación emocional que han recibido considerable atención empírica son la reevaluación cognitiva y la supresión expresiva (Gross y John, 2003). Gross y John (2003) definieron la reevaluación cognitiva como una estrategia que implica la reinterpretación de los estímulos emocionales para modificar el impacto emocional, y la supresión expresiva como aquella que implica de forma activa la inhibición del comportamiento o expresión observable de la experiencia emocional. Además, distinguieron las estrategias de regulación emocional en función de su posición temporal a lo largo del proceso generativo de la emoción. Concretamente, la reevaluación cognitiva se produce en los procesos antecedentes de la respuesta emocional, es decir, antes de que una tendencia de respuesta emocional se haya expresado completamente, mientras que la supresión expresiva aparece después de que una respuesta emocional se haya expresado, cambiando la forma de expresar las emociones pero sin modificar la naturaleza de las mismas. Según estos mismos autores (Gross y John, 2003), las estrategias focalizadas en la respuesta, resultan más desadaptativas que aquellas que están focalizadas en el antecedente de la respuesta emocional.

Así, existen diversas estrategias para regular las emociones, pero no todas conducen a los mismos resultados psicológicos, sino que en función de la estrategia utilizada ante un evento concreto tendrá un efecto más o menos adaptativo. Por ejemplo, Gross y John (2003), señalaron que las personas que usaban más frecuentemente la reevaluación cognitiva, mostraban un afecto más positivo, mayor autoestima, mejor funcionamiento interpersonal y satisfacción con la vida que aquellos que no solían usarla, mientras que las personas que tendían a usar la supresión, experimentaron todo lo contrario. Por otro lado, la rumiación se ha asociado con un aumento de los pensamientos negativos y con la interferencia en el afrontamiento activo y en el procesamiento para la resolución de problemas, manteniendo y potenciando los estresores negativos, y disminuyendo el apoyo social a largo plazo (Nolen-Hoeksema, 2004).

Por lo tanto, no es de extrañar que las dificultades en la regulación emocional estén relacionadas con el desarrollo de psicopatología (Mennin y Farach, 2007). De hecho, una mala regulación de la emoción está implicada en más de la mitad de los trastornos del eje I, y en todos los del Eje II incluidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Gross y Levenson, 1993). No obstante, numerosas investigaciones sugieren que los problemas en la regulación emocional pueden estar más estrechamente relacionadas con algunos trastornos psicológicos que con otros. Así, en un reciente meta-análisis, se observó que aunque existía una relación entre deficiencias en la regulación emocional y múltiples psicopatologías, la relación más significativa se encontraba con los trastornos del estado de ánimo y ansiedad (Aldao y cols., 2010). De hecho, numerosas investigaciones han confirmado que los problemas en la regulación emocional están en el núcleo de la depresión y ansiedad (Kashdan y Breen, 2008; Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008), lo que evidencia la importancia de una adecuada regulación emocional para la intervención de estos trastornos, y además, se ha evidenciado una alta comorbilidad entre

los trastornos emocionales. En concreto, se considera que un 55% de personas que padece un trastorno emocional presenta, al mismo tiempo, comorbilidad con otro trastorno de este tipo (Brown y Barlow, 2009). En base a esto, y a que comparten síntomas y factores de vulnerabilidad comunes, en los últimos años, ha aumentado el interés por una perspectiva transdiagnóstica que considera que los trastornos de ansiedad y depresión deben conceptualizarse en una misma categoría como "Trastornos Emocionales" (TE). Según Barlow, los trastornos emocionales comparten una serie de alteraciones emocionales que se encuentran ligadas con el neuroticismo. De este modo, las personas que presentan trastornos emocionales tienen en común la experimentación de emociones intensas y desagradables como la ansiedad, tristeza o miedo, que les lleva a la evitación de dichas emociones o de situaciones que puedan provocarlas, mediante el uso de estrategias poco efectivas o desadaptativas. En base a estas evidencias, se desarrolló un programa de tratamiento que recibe el nombre de "*Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales*" (Barlow, 2010), un tratamiento fundamentalmente cognitivo-conductual que centra en la importancia en el aprendizaje de estrategias de regulación emocional adecuadas (Barlow, 2010).

A raíz de esto, se han realizado una gran cantidad de estudios con el objetivo de conocer las estrategias de regulación emocional más ligadas a dichos trastornos. En general, distintas investigaciones coinciden en que una baja orientación a la resolución de problemas, una mayor supresión del pensamiento y el uso de la rumia se asocian con un mayor riesgo para el desarrollo de depresión y la ansiedad (Chang, Downey, y Salata, 2004; Nolen-Hoeksema y cols., 2008). Concretamente para la depresión, se ha relacionado de manera consistente con niveles elevados de rumiación, auto-culpa y catastrofismo (Öngen, 2010), mientras una gran cantidad de datos indican que la ansiedad se relaciona estrechamente con la supresión del pensamiento, manteniendo e incluso aumentando,

paradójicamente, los síntomas (Campbell-Sills, Barlow, Brown, y Hofmann, 2006). Por otro lado, la reevaluación positiva, se asocia con puntuaciones más bajas de depresión y ansiedad (Aldao y cols., 2010; Martin y Dahlen, 2005), siendo considerado un factor protector para el desarrollo de dichos trastornos (Hilt y Nolen-Hoeksema, 2009; Kamphuis y Telch, 2000).

A pesar de los numerosos estudios realizados sobre estrategias de regulación emocional y trastornos emocionales, la mayoría se han centrado en población adulta (Gross, 1998; Thompson, 1994), por lo que hay muchos menos en población infantil y adolescente. Sin embargo, la prevalencia de los trastornos de ansiedad y la depresión aumenta drásticamente durante la adolescencia, y representan uno de los problemas psicológicos más comunes entre los niños y los adolescentes (Anderson, 1994; Burke, Rae, y Regier, 1991). De hecho, la adolescencia representa uno de los períodos de riesgo para el desarrollo de trastornos como la depresión y la ansiedad (Lewinsohn, Joiner y Rohde, 2001), puesto que viene acompañado de cambios biológicos, psicológicos y sociales importantes y aumentan las experiencias emocionales intensas, como retos sociales y acontecimientos vitales estresantes a las que se tienen que enfrentar (Spear, 2000), en las que las emociones deben ser manejadas con éxito para garantizar el funcionamiento adaptativo (Larson y Richards, 1991). Aunque la mayoría de los adolescentes superan con éxito las exigencias del desarrollo de este periodo y no evidencian extremos de desadaptación, la adolescencia normalmente genera más turbulencias que en la infancia o la edad adulta (Resnick y cols., 1997). A su vez, muchos sistemas hormonales, neurales y cognitivos subyacentes a la regulación emocional parecen madurar durante la adolescencia, ya que es en este período cuando las capacidades cognitivas más avanzadas se están aprendiendo (Spear, 2000). Esto supone que los adolescentes empiezan a ser más autónomos en la regulación de sus emociones y comienzan a utilizar estrategias de

regulación emocional más complejas (Aldwin, 1994). No obstante, a pesar de que los adolescentes tengan un conocimiento más sofisticado de las emociones que los niños, en general, su capacidad para manejar o regular las emociones durante la experiencia de los acontecimientos estresantes o amenazantes son a menudo inadecuadas y las situaciones afectivas a menudo resultan en respuestas emocionales intensas (Casey, Jones, y Hare, 2008). De esta manera, las personas que no han desarrollado adecuadamente estrategias para gestionar de forma adaptativa las emociones negativas que surgen de los muchos retos de la adolescencia puede conllevar el riesgo de resultar en alteraciones emocionales (Steinberg y cols., 2006), lo que a su vez podría tener consecuencias importantes para el desarrollo adulto posterior (Peterson y Leffert, 1995).

Así pues, resulta evidente la importancia que tiene una adecuada regulación emocional frente al desarrollo de la depresión y la ansiedad en la adolescencia. En base a esta evidencia, recientemente se ha desarrollado y se ha empezado a aplicar en Estados Unidos un programa de tratamiento transdiagnóstico para niños y adolescentes con trastornos de ansiedad y depresión desarrollado por la Universidad de Miami (Estados Unidos), que recibe el nombre de *Unified Protocol for Children: Emotion Detectives* (Ehrenreich-May, Bilek, Queen, y Rodríguez, 2012) y centra el tratamiento principalmente en la regulación emocional. Aunque existen protocolos de tratamiento basados en la evidencia que tratan por separado los trastornos de ansiedad y depresión, el protocolo unificado es aplicable en todos los trastornos emocionales. Así, este programa transdiagnóstico de tratamiento, basado en el protocolo unificado para trastornos emocionales en adultos de Barlow, otorga una gran importancia al aprendizaje de estrategias de regulación emocional adecuadas, sugiriendo que usando ciertas estrategias cognitivas, los adolescentes pueden ser más vulnerables a desarrollar trastornos emocionales en respuesta a eventos de vida negativos

o, de lo contrario, usando otras estrategias más adaptativas podrían tolerar más fácilmente experiencias de vida negativas (Barlow, 2010).

Por ello, resulta esencial una mejor comprensión de la influencia que tiene la regulación emocional durante este período de vulnerabilidad, así como identificar las estrategias de regulación que juegan un papel más importante en el desarrollo, mantenimiento y remisión de los trastornos emocionales con el fin de proporcionar un mayor conocimiento tanto a nivel teórico como para la práctica clínica.

Por tanto, el objetivo de la presente revisión bibliográfica es examinar el uso de las estrategias de regulación emocional utilizadas en la adolescencia, así como explorar la relación entre el uso de determinadas estrategias de regulación (la supresión expresiva, la reevaluación positiva, el sentimiento de culpa, culpar a otros, la rumiación, la reflexión, el catastrofismo, la puesta en perspectiva, la focalización positiva, la aceptación y el reenfoque en la planificación) y los trastornos emocionales en los adolescentes (trastornos del estado de ánimo y/o trastornos de ansiedad), a partir del análisis de artículos científicos publicados hasta la fecha que aborden este tema. Asimismo, se examinará la dirección de dicha relación, es decir, si la desregulación emocional representa principalmente un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos emocionales para los adolescentes o, si por lo contrario, la aparición de estos trastornos influye negativamente en la capacidad de gestionar con eficacia sus emociones.

## Procedimiento

Los materiales utilizados para la realización de la presente revisión fueron artículos científicos que versaban sobre la regulación emocional y su relación con la psicopatología. El procedimiento que se ha utilizado para desarrollar este trabajo fue la búsqueda bibliográfica mediante diversas bases de datos con el fin de recopilar y seleccionar información relativa al objeto de estudio necesaria para la realización de una revisión que refleje la información más relevante sobre la temática abordada. Las bases de datos utilizadas para llevar a cabo la búsqueda de bibliografía sobre el tema de interés fueron "ScienceDirect" y "Google Académico" y "Scopus".

En un primer momento, antes de seleccionar el tema principal de estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando el descriptor o palabra clave "Emotion Regulation", con el fin de centrar la búsqueda en artículos de revisión que trataban el tema de la regulación emocional, entre los que destacó *"The emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review"* de Gross (1998), que fue de utilidad para empezar a obtener tener una visión global sobre el tema. A partir de ahí, usando como descriptores "Emotion regulation" y "Psychopathology", la búsqueda se centró más específicamente en la relación de las estrategias de regulación emocional con la psicopatología en general, encontrando artículos como *"Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review"* de Aldao, Hoeksema y Schweizer (2010), que sirvieron para orientar la temática del tema. Seguidamente, se introdujo como descriptor "Emotional disorders" para acotar el número de artículos y centralizar el tema en los trastornos emocionales, encontrando artículos como *"A Proposal for a Dimensional Classification System Based on the Shared Features of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for Assessment and Treatment"* de Barlow (2009). A raíz de la información obtenida por esta revisión, el

objetivo de este trabajo se focalizó en la relación entre el uso de estrategias de regulación emocional y trastornos emocionales en población adolescente.

Tras la delimitación del tema específico del trabajo, se procedió a la búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos a través de las bases de datos, utilizando los siguientes descriptores relacionados con el objeto de estudio: "Psychopathology", "Emotion regulation", "Emotional disorders", "Anxiety disorders" y "Mood disorders" y "Adolescents". Los resultados obtenidos se seleccionaron atendiendo a la especificidad del tema a tratar, al número de citas y al año de publicación. En la búsqueda se incluyeron todos aquellos artículos que abordaban aspectos de la regulación emocional en los trastornos emocionales. Para proceder a la selección, se revisaron los resúmenes de los artículos encontrados con el fin de decidir si la información que contenían estaba relacionada con el objetivo del trabajo. En otros casos fue necesaria la lectura de artículos completos dado que los resúmenes no aportaban información suficiente como para saber si era indicado o no incluirlos en el trabajo. A su vez, algunos de los artículos de interés también se encontraron a través de las referencias bibliográficas de investigaciones revisadas.

Tal y como se muestra en la Tabla 1, la selección inicial de artículos abarcaba 24 artículos tanto experimentales como de revisión bibliográfica y sistemática relativos al objeto de estudio, los cuales sirvieron para recabar información. Tras su lectura, los artículos más relevantes para la presente revisión se seleccionaron en base a determinados criterios de inclusión, como la especificidad en el tema de estudio, es decir, que se centraran en la relación entre la regulación emocional y los trastornos emocionales), que la muestra estuviera compuesta por adolescentes, que el tamaño de la muestra fuera considerable y en base a la similitud de los cuestionarios de evaluación de las estrategias de regulación emocional y de los trastornos emocionales (depresión y ansiedad). Así pues,

atendiendo a estos criterios, la sección final de bibliografía básica incluía 10 artículos experimentales, aunque también se utilizaron revisiones bibliográficas que sirvieron para enmarcar el tema.

Tabla 1. *Selección inicial de artículos relativos a regulación emocional y trastornos emocionales.*

---

**Artículos seleccionados inicialmente**

---

Abela, J. R., Brozina, K., y Haigh, E. P. (2002). An examination of the response styles theory of depression in third-and seventh-grade children: A short-term longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 515-527.

---

Aldao, A., y Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 974-983.

---

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.

---

Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 211-221.

---

Betts, J., Gullone, E., y Allen, J. S. (2009). An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *British Journal of Developmental Psychology*, 27(2), 473-485.

---

Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(1), 56-65.

---

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 6.

---

Cova, F., Rincón, P., y Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia psicológica*, 27(2), 155-160.

---

Duarte, A. C., Matos, A. P., y Marques, C. (2015). Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Gender's Moderating Effect. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 275-283.

---

---

Tabla 1 (continuación).

---

d'Acremont, M., y Van der Linden, M. (2007). How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of adolescence*, 30(2), 271-282.

---

Extremera, N., Durán, A., y Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism–pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1069-1079.

---

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.

---

Garnefski, N., Kraaij, V., y van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28(5), 619-631.

---

Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603-611.

---

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.

---

Gresham, D., y Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents: The explanatory roles of personality and attachment. *Personality and Individual Differences*, 52(5), 616-621.

---

Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., y Nolen-Hoeksema, S. (2008). Emotion regulation and internalizing symptoms in a longitudinal study of sexual minority and heterosexual adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(12), 1270-1278.

---

Larsen, J. K., Vermulst, A. A., Geenen, R., Van Middendorp, H., English, T., Gross, J. J., ... y Engels, R. C. (2013). Emotion Regulation in Adolescence A Prospective Study of Expressive Suppression and Depressive Symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 33(2), 184-200.

---

McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(9), 544-554.

---

---

Tabla 1 (continuación).

---

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.

---

Min, J. A., Yu, J. J., Lee, C. U., y Chae, J. H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1190-1197.

---

Omran, M. P. (2011). Relationships between cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety. *Open Journal of Psychiatry*, 1(03), 106.

---

Silk, J. S., Steinberg, L., y Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child development*, 74(6), 1869-1880.

---

Southam-Gerow, M. A., y Kendall, P. C. (2000). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 319-327.

---

El propósito de acotar el número de artículos era obtener resultados que realmente pudieran ser atribuibles a la población seleccionada con el menor sesgo posible, y así llegar a conclusiones más concretas y fiables, y de esta forma poder comparar los resultados con otros artículos de la misma temática que se hayan centrado en otras poblaciones.

## **Resultados**

Todos los artículos utilizados para la presente revisión tienen como objetivo común estudiar la relación entre la regulación emocional y los trastornos emocionales (depresión y/o ansiedad) en los adolescentes. Sin embargo, presentan ciertas diferencias entre ellos en cuanto a algunos aspectos, como el método de evaluación utilizado para examinar las estrategias de la regulación emocional y los trastornos emocionales.

Como muestra la Tabla 2, las muestras de los artículos a analizar estaban compuestas por adolescentes con un rango de edad comprendidos entre 11 y 18 años, relativamente equiparados por géneros y de población escolar (estudiantes de secundaria obligatoria y de estudios pre-universitarios). El estudio de Larsen y cols., (2013) y Cova y cols., (2009) no aportaba el rango de edad de la muestra, sólo la media. Asimismo, tanto el artículo de Garnefski y cols., (2002) como el de Garnefski, y Kraaij (2006) añadieron muestras de población adulta con el objetivo de comparar los resultados con la muestra adolescente. Es importante destacar que las muestras de adolescentes de todos los artículos eran población no clínica, por lo que con los métodos de evaluación diagnóstica utilizados pretendían evaluar síntomas de depresión y ansiedad, no entidades diagnósticas.

Tabla 2. Características de las muestras y métodos de evaluación de los artículos utilizados para la revisión.

Artículo	Población de estudio	Muestra	Edad	Género	Método de evaluación	
					Regulación emocional	Depresión y/o Ansiedad
<b>Garnefski y cols., (2005)</b>	Estudiantes adolescentes, (población no clínica)	271 adolescentes	12-18	138 chicos y 133 chicas	CERQ	YSR
<b>Garnefski y cols., (2002)</b>	Estudiantes adolescentes y adultos, (población no clínica)	<u>Adolescentes:</u> 487  <u>Adultos:</u> 630	<u>Adolescentes:</u> 12-16  <u>Adultos:</u> 18-71	<u>Adolescentes:</u> 200 chicos y 287 chicas  <u>Adultos:</u> 250 chicos y 380 chicas	CERQ	SCL-90
<b>Garnefski, y cols., (2001)</b>	Estudiantes adolescentes (población no clínica)	487 adolescentes	12-16	200 chicos y 287 chicas	CERQ	SCL-90
<b>Burwell y Shirk (2007).</b>	Estudiantes adolescentes (Población no clínica)	168 adolescentes	12-15	70 chicos y 98 chicas	RSS RSQ	CDI CDRS-R MCC
<b>Cova y cols., (2009)</b>	Estudiantes adolescentes (Población no clínica)	268 adolescentes	14	Chicas	RRS	BDI-II BAI

Tabla 2 (continuación).

<b>Garnefski, y Kraaij (2006)</b>	Adolescentes, adultos (población no clínica) y adultos (población clínica)	<u>Adolescencia temprana:</u> 597	<u>Adolescencia temprana:</u> 12-15	<u>Adolescencia temprana:</u> 257 chicos y 340 chicas	CERQ	SLC-90
		<u>Adolescencia tardía:</u> 1.163	<u>Adolescencia tardía:</u> 16-18	<u>Adolescencia tardía:</u> 547 chicos y 610 chicas		
		<u>Adultos:</u> 611	<u>Adultos:</u> 18-65	<u>Adultos:</u> 244 varones y 367 mujeres		
		<u>Personas mayores:</u> 89	<u>Personas mayores:</u> 66-97	<u>Personas mayores:</u> 43 varones y 46 mujeres		
		<u>Pacientes psiquiátricos:</u> 301	<u>Pacientes psiquiátricos:</u> 18-65	<u>Pacientes psiquiátricos:</u> 121 varones y 422 mujeres		
<b>Duarte y cols., (2015)</b>	Estudiantes adolescentes (Población no clínica)	319 adolescentes	13-15	102 chicos y 217 chicas	CERQ	CDI

Tabla 2 (continuación).

<b>Larsen y cols (2013)</b>	Estudiantes adolescentes (Población no clínica)	1753 adolescentes	13,8	890 chicos y 863 chicas	ERQ	CES-D
<b>McLaughlin y cols., (2011)</b>	Estudiantes adolescentes (Población no clínica)	1065 adolescentes	11-14	545 chicos y 520 chicas	EESC CAMS CSMS CRSQ	CDI MASC
<b>Betts y cols., (2009)</b>	Estudiantes adolescentes (Población no clínica)	88 adolescentes	12-16	33 chicos y 55 chicas	ERQ	RADS-2

Los instrumentos para evaluar las estrategias de regulación emocional y los síntomas de depresión y ansiedad variaban de un estudio al otro, tal y como se puede apreciar en la tabla. Aún así, en la mayoría de los artículos, las estrategias de regulación emocional se evaluaron mediante el CERQ (Garnefski, Kraaij, y Spinhoven, 2001), un cuestionario compuesto por 36 preguntas en una escala de tipo Likert (1 es casi nunca y 5 es casi siempre), que incluye nueve subescalas que hacen referencia a nueve estrategias de regulación cognitiva, cada una de ellas compuesta de cuatro elementos. Las estrategias cognitivas abordadas son el sentimiento de culpa, culpar a otros, la rumiación (o focalización en el pensamiento), catastrofismo, la puesta en perspectiva, la focalización positiva, la reevaluación positiva, la aceptación y la refocalización en los planes. Además de dichas estrategias, otros artículos se centran en la valoración de otras mediante el uso de distintos instrumentos. En el caso de Burwell y Shirk (2007), utilizaron el *Responses to Stress Questionnaire* (Connor-Smith y cols., 2000), de 57 ítems, para valorar el estilo de afrontamiento de los adolescentes, que incluyen estrategias de implicación de control primario en el problema (solución de problemas, expresión de la emoción y regulación emocional), de control secundario (pensamiento positivo, reestructuración positiva, aceptación y distracción) y de no implicación voluntaria (evitación, negación y pensamiento ilusorio), en respuesta a estresores sociales y académicos. Además de dicho cuestionario, Burwell y Shirk (2007) y Cova y cols., (2009), añadieron a su estudio el *Ruminative Response Scale* (adaptado de Nolen-Hoeksema y Morrow, 1991), que evalúa la presencia del estilo de respuesta rumiativo. Larsen y cols., (2013) y Betts y cols. (2009) utilizaron el *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross y John, 2003), una escala de 10 ítems que evalúa el uso de dos estrategias de regulación emocional, la reevaluación cognitiva y la supresión. McLaughlin y cols., (2011) utilizaron la subescala de 8 ítems la *Emotion Expression*

*Scale for Children* (EESC; Penza-Clyve y Zeman, 2002) para valorar la comprensión emocional, el cual presenta enunciados que reflejan falta de conciencia y comprensión emocional en los que los adolescentes tienen que contestar en una escala de tipo Likert. En este mismo estudio, evaluaron otros aspectos de la desregulación emocional a través de la *Children's Sadness Management Scale* (CSMS; Kovacs, 1992) and *Anger Management Scale* (CAMS; Stith y Hamby, 2002), dos escalas con 12 y 11 ítems respectivamente de tipo Likert, que valoran aspectos emocionales adaptativos y desadaptativos de expresión y la regulación de las emociones específicas de la tristeza y la ira (Zeman, Shipman, y Penza-Clyve, 2001). Por último, McLaughlin y cols., (2011) también administraron el *Children's Response Styles Questionnaire* (CRSQ; Abela, y cols., 2002), una escala de 25 ítems que evalúa el grado en que los jóvenes responden a sentimientos de tristeza con la rumia, distracción o resolución de problemas, en la cual se pide a los jóvenes que evalúen la frecuencia y el modo en el que responden cuando están tristes en una escala de tipo Likert.

En cuanto a los métodos utilizados para valorar los problemas emocionales, también se encuentra variabilidad entre los estudios, siendo el más utilizado el *Symptom Checklist-90-R* (SLC-90; Derogatis, 1977) un instrumento de cuantificación sintomática que permite evaluar, entre otros problemas psicológicos, una gran variedad de síntomas de ansiedad y depresión. Otros instrumentos que coinciden en varios de los artículos seleccionados, son el *Youth Self-Report* (YSR; Achenbach, 1991), compuesto por 113 ítems que analiza tanto problemas emocionales como conductuales y el *Children's Depression Inventory* (CDI), que consta de 27 ítems y se puede aplicar tanto en niños como en adolescentes. Por otro lado, otros artículos como Larsen y cols., (2013) utilizaron el *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CES-D; Radloff, 1977), una escala de autoinforme de 20 ítems, que representan los componentes más

importantes de la sintomatología depresiva (afecto negativo, afecto positivo, síntomas somáticos y retardo motor problemas interpersonales). Del mismo modo, Burwell y Shirk (2007) hicieron uso de una entrevista semiestructurada para la depresión, la *Children's Depression Rating Scale-Revised* (CDRS-R; Poznanski y Mokros, 1999) y del *Mood and Conduct Checklist* (American Psychiatric Association, 1994), en cuyos 40 ítems se incluyen los criterios de depresión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4th ed.; American Psychiatric Association, 1994). Cova y cols., (2009) utilizaron el *Beck Depression Inventory* (BDI-II; Beck, 1996) para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva, y el *Beck Anxiety Inventory* (BAI; Beck, 1993) para la sintomatología ansiosa, ambos compuestos por 21 ítems. McLaughlin y cols., (2011) hicieron uso del *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC; March, Parker, Sullivan, Stallings, y Conners, 1997), que evalúa, a través de 39 ítems en una escala tipo likert, síntomas físicos de la ansiedad, evitación del daño, ansiedad social, y ansiedad por separación, y es apropiado para edades entre 8 y 19. Por último, Betts y cols., (2009) valoraron la sintomatología depresiva mediante los 30 ítems de la segunda edición de la *Reynolds Adolescent Depression Scale* (RADS-2; Reynolds, 2002), cuyos ítems reflejan estados que son respondidos en una escala likert, en la que puntuaciones altas indican elevados síntomas de depresión.

Por otra parte, es relevante destacar que, a diferencia de la mayoría de artículos cuyas muestra se componían de adolescentes, algunos de los artículos utilizados presentaban muestras adicionales compuestas por adultos con el fin de comparar las estrategias utilizadas por población adolescente y adulta. A pesar de dichas diferencias entre las características de las muestras, se consideró necesario incluir estos artículos en la revisión teniendo en cuenta la escasez de estudios experimentales que se centran exclusivamente en adolescentes y, además, su utilidad para proporcionar una mejor

comprensión de los tipos de estrategias utilizadas por los adolescentes en comparación con otras poblaciones. Lo mismo sucede con el artículo de Garnefski (2005), que además de valorar síntomas de trastornos internalizantes, también incluía externalizantes (como problemas de conducta), lo que en parte aporta información adicional y permite hacer comparaciones entre ambos tipos de trastornos.

A continuación, se reflejan los resultados encontrados en los artículos expuestos en la Tabla 2, analizando aspectos como las estrategias de regulación emocional más utilizadas por los adolescentes, la relación que existe entre las distintas estrategias de regulación emocional y la sintomatología emocional y la diferenciación entre la rumia y la reflexión en relación con la depresión durante la adolescencia.

### **Uso de estrategias de regulación emocional por los adolescentes**

Garnefski y cols., (2002) realizaron un estudio en el que compararon a adolescentes y a adultos en el uso de estrategias de regulación emocional utilizando el CERQ para evaluar el uso de las estrategias de regulación emocional, que incluían la aceptación, el catastrofismo, auto-culpa, reevaluación positiva, poner en perspectiva, volver a centrarse en la planificación, la reorientación positiva, rumiación y el sentimiento de culpa. Los resultados mostraron diferencias significativas entre la muestra de adolescentes y adultos para las nueve estrategias cognitivas de regulación emocional, de modo que las nueve estrategias cognitivas eran significativamente más utilizadas por los adultos en comparación con los adolescentes. Es decir, los adolescentes utilizaban las nueve estrategias cognitivas propuestas por el CERQ, pero informaban de un uso significativamente menor de todas las estrategias de regulación emocional que los adultos. En concreto, la mayor diferencia se apreciaba en la estrategia de reevaluación positiva, de modo que aunque los adolescentes utilizaban la reevaluación cognitiva, los

adultos la utilizan más frecuentemente como estrategia de regulación, con el fin de crear un sentido positivo a un evento negativo (véase Tabla 3).

Tabla 3. Diferencias en las estrategias cognitivas de afrontamiento entre adolescentes y adultos: medias, desviaciones estándar y prueba F (Tomado de Garnefski y cols., 2002).

	Adolescentes		Adultos		Prueba F univariada	
	M	D.S.	M	D.S.	F (1,1206)	p
Aceptación	8.98	3.36	10.65	3.63	68.69	0.000
Catastrofismo	5.81	2.28	6.23	3.80	8.20	0.004
Culpar a otros	5.97	2.04	6.40	2.76	9.35	0.002
Reevaluación positiva	8.57	2.98	12.20	4.07	313.63	0.000
Puesta en perspectiva	9.25	3.37	11.45	3.86	111.49	0.000
Reenfoque en planificación	9.70	3.43	12.79	3.88	212.29	0.000
Refocalización positiva	9.21	3.39	9.86	3.63	10.27	0.001
Rumiación	8.15	3.37	10.24	3.80	100.24	0.000
Auto-culpa	7.28	2.91	8.27	3.06	32.96	0.000

Entre las nueve estrategias evaluadas, la estrategia cognitiva más utilizada por los adolescentes fue la de "reenfoque en la planificación" (M=9.70), mientras que la estrategia menos utilizada por esta misma población fue la de "catastrofismo" (M=5.81), tal y como muestra la Tabla 3 (Garnefski y cols., 2002). Del mismo modo, otro estudio con características similares (Garnefski, y cols., 2001), indicó que las estrategias más adaptativas fueron más frecuentemente utilizadas por los adolescentes que las menos adaptativas. En concreto, la estrategia de "reenfoque en la planificación" fue la más utilizada, mientras que "culpar a otros" y "catastrofismo" fueron las menos utilizadas como estrategias cognitivas de afrontamiento, lo que coincide con el estudio anterior.

Asimismo, cabe resaltar que, aunque en el estudio de Garnefski y cols., (2002), los adolescentes utilizaban en menor medida todas las estrategias utilizadas por población

adulta, el grado en el que los participantes utilizaban estas estrategias mostraba un aumento progresivo de la adolescencia a la edad adulta, sobre todo en cuanto a la reevaluación positiva.

Estos resultados van en consonancia con los resultados de otro estudio (Garnefski, y Kraaij, 2006), que revelaba que los adolescentes más jóvenes (adolescencia temprana) usaban las nueve estrategias cognitivas, medidas por el CERQ, con una frecuencia significativamente menor que los adolescentes más mayores (adolescencia tardía), ya que presentaban puntuaciones significativamente más bajas en todas las estrategias de regulación emocional, excepto en "catastrofismo" y "culpar a otros". A su vez, los adolescentes más mayores tenían puntuaciones más bajas que los adultos en seis de las nueve estrategias ("rumiación", "refocalización positiva", "reevaluación positiva", "puesta en perspectiva", "catastrofismo" y "culpar a otros"). Así pues, los resultados indicaban que el grado en que las estrategias son utilizadas mostraba un crecimiento desde la adolescencia a la adultez, especialmente la reevaluación positiva.

A pesar de esto, los resultados de otro estudio (Duarte y cols., 2015) mostraron que, en lo que respecta a la edad, existe una tendencia a aumentar los niveles de síntomas depresivos a medida que los adolescentes se hacen mayores. A la edad de 15 años aproximadamente, hay una mayor incidencia de síntomas depresivos para ambos sexos, sobre todo para las chicas, en el que se observan diferencias significativas entre los 13 y 15 años. Asimismo, en este mismo estudio (Duarte y cols., 2015), se encontró que las chicas tendían a utilizar estrategias de regulación más desadaptativas que los chicos ante eventos de vida negativos, concretamente la "rumiación" y la "auto-culpa". Asimismo, respecto a estrategias consideradas como adaptativas, las chicas mostraron una mayor tendencia a utilizar la estrategia de "aceptación" que los chicos, pero no se observaron diferencias de género en cuanto al uso de estrategias de "planificación", "puesta en

perspectiva", "reevaluación positiva" y "reorientación positiva". En cambio, en el estudio de Garnefski, y Kraaij, (2006), los datos mostraban que las chicas puntuaban más alto en todas las estrategias de regulación emocional, tanto en las estrategias adaptativas como desadaptativas.

### **Relación entre regulación emocional y problemas emocionales en adolescentes.**

En referencia a la relación entre la regulación emocional y los problemas emocionales, Garnefski y Kraaij (2005) evaluaron el grado en que las estrategias de regulación emocional cognitivas eran determinantes de problemas emocionales y externalizantes en una muestra compuesta por 271 adolescentes. Para valorar la sintomatología de dichos problemas y las estrategias de regulación emocional que tendían a utilizar, se les administró el YSR y el CERQ, respectivamente, y se clasificó a los participantes por aquellos que presentaban problemas emocionales, problemas de externalización, los que presentaban comorbilidad de problemas emocionales y externalización y el grupo control (no tenían síntomas significativos de ninguna de las dos categorías). Los resultados mostraron que el uso de estrategias de regulación emocional cognitivas explicaban mayor varianza para los problemas emocionales que para los de externalización (48,4%). De hecho, no se encontró ninguna estrategia específica de regulación emocional cognitiva en la que los individuos con trastornos externalizantes obtuvieran puntuaciones significativamente mayores que en los trastornos emocionales, por lo que el uso de las estrategias de regulación emocional cognitivas se relacionaba significativamente más con los trastornos emocionales que con los externalizantes. Además, las estrategias de regulación emocional cognitivas específicas relacionadas con los problemas interiorizados no eran las mismas que las que se relacionaban con los externalizantes (véase Tabla 4).

Tabla 4. *Relación entre estrategias de regulación emocional y escalas de internalización y externalización del YSR: Correlaciones (r) de Pearson (orden cero) y coeficientes de regresión estandarizados (β). (Tomado de Garnefski y Kraaij, 2005).*

	Problemas internalizantes		Problemas externalizantes	
	Correlación de Pearson (orden cero)	Coefficiente de regresión estandarizado	Correlación de Pearson (orden cero)	Coefficiente de regresión estandarizado
	<i>r</i>	<i>β</i>	<i>r</i>	<i>B</i>
Género	0.39***	0.33***	-0.24***	-0.38***
Edad	ns	ns	ns	ns
Problemas internalizantes	-	-	0.20**	0.38***
Problemas externalizantes	0.20**	0.25***	-	-
Estrategias de regulación emocional				
Auto-culpa	0.41***	0.22***	ns	ns
Aceptación	ns	ns	ns	ns
Rumiación	0.45***	0.27***	ns	ns
Refocalización positiva	ns	ns	0.12*	0.17*
Planificación	ns	ns	ns	ns
Reevaluación positiva	-0.24***	-0.30***	ns	ns
Puesta en perspectiva	ns	ns	ns	ns
Catastrofismo	0.20**	ns	0.13*	ns
Culpar a otros	ns	ns	0.14*	ns
Varianza total explicada ( $R^2$ )		48.4%		21.7%

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

Como se puede observar en la Tabla 4, las estrategias que estaban específicamente relacionadas con los problemas de internalización fueron el "sentimiento de culpa", la "rumiación" y la "falta de reevaluación positiva", mientras que los problemas externalizantes se asociaron con la estrategia de "reorientación positiva" (Garnefski y Kraaij, 2005).

El estudio de Garnefski y cols., (2002), que se centró en comparar en adultos (N=630) y adolescentes (N=487) el uso de las estrategias de regulación cognitiva con

los síntomas depresivos y ansiosos, confirmó esta estrecha relación entre ambas variables. El estudio mostró que, tanto para los adolescentes como para los adultos, las estrategias de "auto-culpa", "rumiación", "catastrofismo" y "reevaluación positiva" desempeñaban un papel más importante en la aparición de síntomas emocionales que otras estrategias cognitivas. Asimismo, otro estudio (Garnefski, y Kraaij, 2006) en el que se comparaban las relaciones entre las estrategias de regulación emocional cognitivas y síntomas depresivos en cinco muestras de participantes de distintas edades (adolescencia temprana, adolescencia tardía, adultos, ancianos y pacientes psiquiátricos) coincidió con los resultados del estudio anterior (Garnefski y cols., 2002), en que las estrategias de "rumiación", "catastrofismo", "reevaluación positiva" y la "auto-culpa" tenían mayor importancia en el desarrollo de los síntomas de la depresión tanto en población adulta como adolescente. De esta manera, la "rumiación" y el "catastrofismo" y la "auto-culpa" estaban positivamente relacionados con la sintomatología, mientras que la "reevaluación positiva" estaba relacionada de manera negativa con la misma.

Específicamente para la adolescencia, se puede observar que, tanto la muestra de adolescencia temprana como la tardía presentaban relaciones significativas entre las estrategias de "auto-culpa", "rumiación", el "catastrofismo", la "refocalización positiva" y la "reevaluación positiva" con los síntomas depresivos, tal y como muestra la Tabla 5. Además, el "reenfoque en lo positivo" se mostraba únicamente relacionado con los síntomas depresivos en las muestras de adolescentes, pero no en ninguna de las tres muestras compuestas por adultos. En concreto, para la muestra de adolescencia temprana, las estrategias cognitivas de regulación que estaban más significativamente relacionadas con la sintomatología depresiva eran la "auto-culpa" y la "rumiación", mientras que para la adolescencia tardía eran la "auto-culpa", la "rumiación", el "catastrofismo" y la "reevaluación positiva" (Garnefski, y Kraaij, 2006).

Tabla 5. Resultados del análisis de regresión con síntomas depresivos como variable dependiente y el género y las estrategias cognitivas como variables independientes. (Tomado de Garnefski, y Kraaij, 2006)

	Muestras				
	Adolescencia temprana $\beta$	Adolescencia tardía $\beta$	Población general adulta $\beta$	Ancianos $\beta$	Muestra de adultos psiquiátricos $\beta$
Género	.07	.09**	.02	.10	.13**
Auto-culpa	.30***	.23***	.16***	ns	.33***
Aceptación	ns	ns	6.23	3.80	8.20
Rumiación	.41***	.29***	.26***	.26***	.21***
Refocalización positiva	.08*	.10**	ns	ns	ns
Planificación	ns	ns	ns	ns	-.16*
Reevaluación positiva	-.14**	-.20***	-.31***	-.64***	-.11*
Puesta en perspectiva	ns	ns	ns	.30**	ns
Catastrofismo	.08*	.22***	.37***	.22*	.31***
Culpar a otros	ns	ns	ns	ns	ns
$R^2$ (ajustado)	37.91%	32.91%	42.6%	44.4%	39.2%

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

Así pues, como muestra la Tabla 5, cabe destacar que la adolescencia tardía mostraba relaciones más fuertes en las estrategias de "refocalización positiva", "reevaluación positiva" y "catastrofismo" con los síntomas depresivos, mientras que ocurre lo contrario con las estrategias de rumiación y auto-culpa, cuya asociación con los síntomas depresivos disminuye en los adolescentes más mayores (Garnefski, y Kraaij, 2006).

Igualmente, el estudio de Garnefski y cols., (2002) señaló que las estrategias que más se relacionaban positiva y significativamente con los síntomas depresivos en los adolescentes fueron la "rumiación", la "auto-culpa" y, en menor medida pero igualmente de manera significativa, el "catastrofismo". Asimismo, la "reevaluación positiva", también presentaba una relación negativa significativa con la sintomatología depresiva,

por lo que el uso habitual de esta estrategia se relacionaba con menor sintomatología (véase a la Tabla 6).

Tabla 6. *Relaciones entre las estrategias cognitivas de regulación emocional y los síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de adolescentes y adultos: análisis de regresión múltiple (Tomado de Garnefski y cols., 2002).*

Estrategias de regulación cognitiva	Síntomas depresivos		Síntomas ansiosos	
	Adolescentes $\beta$	Adultos $B$	Adolescentes $\beta$	Adultos $B$
Aceptación	0.04	0.07*	-0.08	0.09*
Catastrofismo	0.10*	0.35***	-0.01	0.39***
Culpar a otros	-0.07	0.04	-0.08	0.01
Reevaluación positiva	-0.13**	-0.29***	-0.05	-0.32***
Puesta en perspectiva	0.05	0.01	0.02	0.01
Reenfoque en planificación	-0.03	-0.06	-0.02	-0.02
Refocalización positiva	-0.08	0.01	0.03	0.09*
Rumiación	0.45***	0.28***	0.54***	0.18***
Auto-culpa	0.31***	0.17***	0.19***	0.12**
Varianza total explicada ( $R$ )	38.8%	43.3%	32.7%	37.0%

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

En cuanto a las estrategias relacionadas con los síntomas ansiosos, las estrategias más significativas en los adolescentes fueron la "rumiación" y la "auto-culpa". De hecho, la "auto-culpa" y la "rumiación" eran las estrategias que presentaban una mayor relación significativa con los síntomas emocionales en los adolescentes en comparación con los adultos, especialmente la "auto-culpa". En la muestra adulta, las estrategias de "catastrofismo", "reevaluación positiva", "rumiación" y "auto-culpa" eran las que más se relacionaban significativamente tanto para síntomas de ansiedad como de depresión, especialmente el "catastrofismo" y la "reevaluación positiva" (Garnefski y cols., 2002).

Estos resultados van en consonancia con el estudio de Garnefski y cols., (2001), en el que se evaluó las relaciones con medidas de ansiedad y depresión en una muestra de

487 adolescentes a través de un diseño test-retest, en el que se realizaron dos evaluaciones separadas por un intervalo de tiempo de 5 meses. Los resultados mostraron que todas las estrategias de CERQ correlacionaban significativamente con síntomas de depresión y ansiedad, especialmente la "rumiación" y la "auto-culpa", que presentaba una relación positiva y significativa con dicha sintomatología. Sin embargo, tras controlar la influencia de las otras estrategias del CERQ, únicamente encontraron una relación positiva significativa entre la "rumiación", "auto-culpa" y "catastrofismo" con los síntomas de depresión y ansiedad. De esta forma, los adolescentes que tendían a usar dichas estrategias desadaptativas durante la experiencia de eventos negativos, predisponían a presentar mas síntomas emocionales (véase la Tabla 7). Asimismo, se observó que los síntomas depresivos y ansiosos no se explicaban a partir de una única estrategia de afrontamiento específica, sino a una combinación de ellas.

Tabla 7. *Intercorrelaciones entre las escalas del CERQ y los síntomas de depresión y ansiedad en el seguimiento (Tomado de Garnefski y cols., 2001).*

Subescalas CERQ	Depresión		Ansiedad	
	Pearson r	Parcial r	Pearson r	Parcial r
Auto-culpa	0.46***	0.31***	0.40***	0.23***
Aceptación	0.29***	0.00	0.26***	0.00
Rumiación	0.55***	0.44***	0.54***	0.44***
Refocalización positiva	0.09*	-0.17***	0.15***	-0.07
Reenfoque en planificación	0.28***	-0.03	0.29***	0.01
Reevaluación positiva	0.17***	-0.16***	0.20***	-0.10*
Puesta en perspectiva	0.24***	-0.04	0.23***	-0.04
Catastrofismo	0.35***	-0.21***	0.26***	-0.10*
Culpar a otros	0.18***	-0.04	0.16***	-0.06
Total "positivo"	0.27***	-0.11**	0.29***	-0.03
Total "negativo"	0.53***	0.48***	0.48***	-0.39***
Total "cognitivo"	0.41***	-	0.40***	-

\*\*\* $p < .001$ ; \*\* $p < .01$ ; \*  $p < .05$ .

En cuanto a estrategias adaptativas frente a los síntomas emocionales, tal y como se aprecia en la Tabla 3, el "reenfoque en lo positivo" y la "reevaluación positiva" presentaron relaciones negativas con la depresión, mientras que la ansiedad sólo se relacionó negativamente con la "reevaluación positiva". Por tanto, los adolescentes que respondieron que utilizaban en mayor medida dichas estrategias adaptativas, también informaron de menores síntomas de depresión y ansiedad (Garnefski y cols., 2001). Estos datos coinciden con el estudio de Garnefski y Kraaij, (2006), que señalaba que las estrategias de "reevaluación positiva" y el "reenfoque en lo positivo" se relacionaban de manera negativa con los síntomas de depresión tanto en la adolescencia temprana como en la tardía, así como con el de Garnefski y cols., (2002), cuyos datos apoyaban la "reevaluación cognitiva" como una estrategia fuertemente relacionada con menores síntomas de emocionales, aunque en menor medida que en los adultos.

Esto va en coherencia con los datos del estudio de Duarte y cols., (2015), cuyo objetivo era poner a prueba el efecto moderador del género en la relación entre las estrategias de regulación emocional y los síntomas depresivos. Los resultados indicaban que el uso de la estrategia de "reevaluación positiva" disminuía los síntomas depresivos en los adolescentes, aunque el impacto de esta estrategia en la sintomatología depresiva en chicas y chicos era diferente. Así pues, este estudio encontró un efecto moderador del género en la relación entre la reevaluación positiva y los síntomas de depresión en una muestra de 319 adolescentes. Tal y como muestra la Figura 1, cuando los adolescentes se exponían ante unas mismas condiciones de reevaluación positiva, la sintomatología depresiva se reducía en ambos géneros, aunque las chicas seguían manteniendo mayores niveles de síntomas depresivos que los chicos en todas las condiciones.

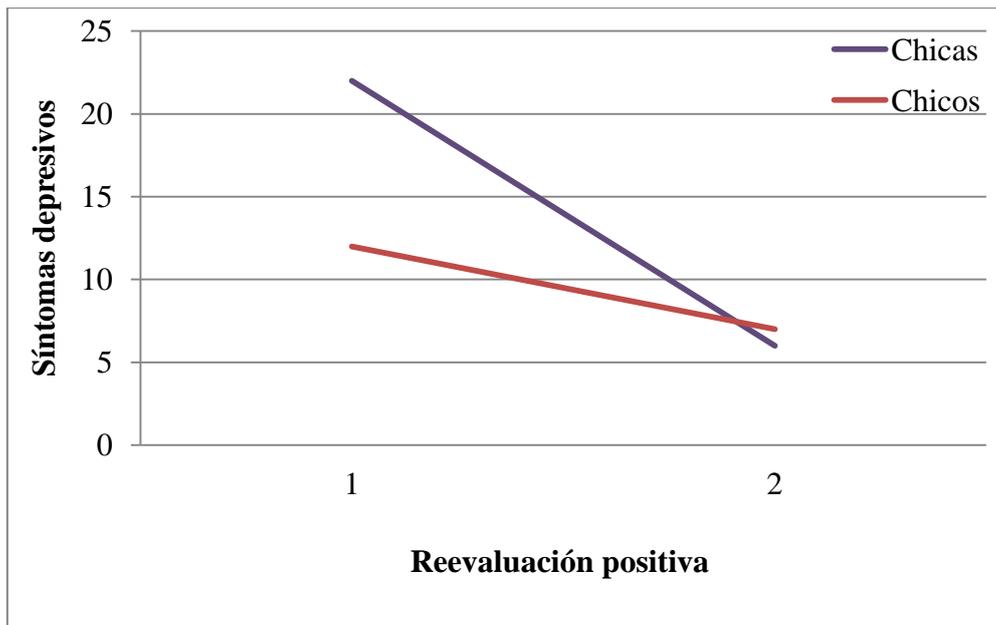


Figura 1. Representación gráfica de la moderación (Tomado de Duarte y cols., 2015).

En cambio, ante la condición de alta reevaluación positiva, ambos géneros alcanzaron el mismo bajo nivel de síntomas depresivos, es decir, cuando los adolescentes utilizaban más la reevaluación positiva para regular sus emociones ante un evento negativo o estresante, más se reducían los niveles de depresión, disminuyendo de manera más pronunciada en las chicas y alcanzando niveles tan bajos como los de los chicos (véase la Figura 1). Por tanto, el género tenía un efecto moderador en la relación entre la reevaluación positiva y los síntomas depresivos.

Si bien es cierto que las investigaciones anteriores se han centrado en estudiar la fuerza de las relaciones entre las estrategias de regulación emocional y los problemas emocionales, el estudio de McLaughlin (2011) examinó las relaciones recíprocas entre los déficits de regulación emocional y trastornos psicopatológicos, con la intención de conocer la dirección de la relación entre ambas variables. Los aspectos de desregulación emocional y la sintomatología psicopatológica, que incluía depresión, ansiedad, comportamiento agresivo y la psicopatología alimentaria, se evaluaron en una muestra de 1.605 adolescentes en dos momentos separados por siete meses. En primer lugar, se

encontró que cada uno de los procesos emocionales evaluados, que englobaba la comprensión emocional, la expresión desregulada de la tristeza y la ira, y la rumiación ante una situación de estrés estaban positivamente inter-correlacionados, formando un solo factor latente de desregulación emocional, lo que indica que la desregulación en uno de estos procesos se asociaba con la desregulación en otros procesos de desregulación. En segundo lugar, se examinó la asociación longitudinal entre dicho factor de desregulación emocional en un determinado momento (Tiempo 1) con cada uno de los cuatro tipos de psicopatología siete meses más tarde (Tiempo 2). La desregulación emocional del Tiempo 1, se asoció significativamente con los síntomas de ansiedad ( $\beta = 0,19$ ,  $p < 0,001$ ), la agresividad ( $\beta = 0,18$ ,  $p < .001$ ), y la psicopatología alimentaria ( $\beta = .20$ ,  $p < 0,001$ ) en el Tiempo 2. Sin embargo, la desregulación emocional no se asoció con aumentos posteriores en los síntomas depresivos ( $\beta = 0,01$ ,  $p = 0,879$ ). Por el contrario, cuando se evaluó si la presencia de psicopatología en un primer momento (Tiempo 1) se asociaba de forma prospectiva con la desregulación emocional en el Tiempo 2, es decir, siete meses más tarde, se observó que la desregulación de las emociones en el Tiempo 2 no se asoció ni con síntomas de ansiedad ( $\beta = 0,06$ ,  $p = .351$ ), ni con síntomas depresivos ( $\beta = 0,00$ ,  $p = .973$ ), ni con la conducta agresiva ( $\beta = 0,07$ ,  $p = .131$ ), ni con la patología alimentaria ( $\beta = 0,03$ ,  $p = 0,517$ ). Esto es, la presencia de síntomas de ansiedad y depresión no predijo cambios posteriores en la desregulación emocional a lo largo del tiempo.

En cambio, Larsen y cols., (2013), realizaron un estudio longitudinal y prospectivo con el objetivo de examinar la dirección de la relación entre el uso habitual de la supresión y los síntomas depresivos en una muestra de 1.753 adolescentes. Los adolescentes participantes del estudio, fueron evaluadas de sintomatología depresiva y del uso de la supresión como estrategia habitual de regulación, en dos momentos

diferentes en el tiempo, con un intervalo de un año entre ambas evaluaciones. En la Figura 2 se muestra el modelo de relaciones recíprocas entre la supresión expresiva y los síntomas depresivos. El estudio reveló que ambas variables correlacionaban positiva y significativamente en el tiempo de manera unidireccional, de tal forma que los síntomas depresivos se asociaban con un mayor uso de la supresión con el tiempo. Por el contrario, la supresión expresiva no mostraba una correlación significativa con el aumento de los síntomas depresivos un año más tarde ( $\beta = .01$ ) (véase Figura 2). En otras palabras, la presencia de síntomas depresivos predijo un incremento en el uso de la supresión expresiva un año más tarde, pero la supresión no precedió al desarrollo de futuros síntomas depresivos. Aunque el tamaño del efecto de la relación entre ambas variables un año más tarde era pequeña ( $\beta = .15$ ,  $p < .001$ ), se mostraba consistente en ambos géneros, y no presentaban diferencias significativas entre chicos y chicas.

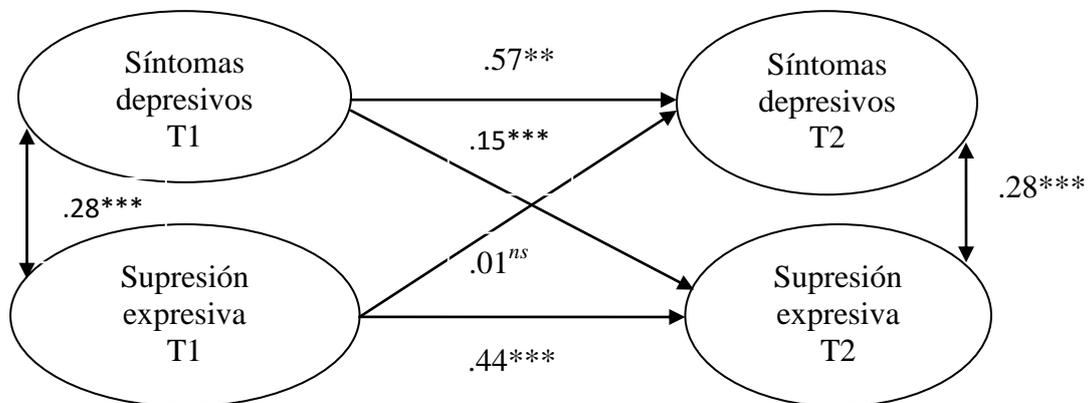


Figura 2. Modelo longitudinal para probar las relaciones recíprocas entre la supresión expresiva y síntomas depresivos (Tomado de Larsen y cols., 2013).

Asimismo, el estudio transversal de Betts y cols., (2009), examinó la influencia de las estrategias de regulación emocional (supresión y reevaluación cognitiva), del temperamento (aproximación, flexibilidad y calidad del estado de ánimo) y del estilo de crianza de los hijos (sobrepotección y apego) en la depresión, comparando a un grupo

de adolescentes (N=44) con síntomas de depresivos con otro (N=44) con bajos niveles del mismo tipo de sintomatología. Los resultados mostraron que el grupo de alta sintomatología depresiva presentaba una puntuación media más alta en el estilo de crianza sobreprotector y en la estrategia de regulación cognitiva de supresión. Por el contrario, el grupo con baja sintomatología depresiva evidenciaba una puntuación media más alta en la estrategia de regulación emocional de reevaluación cognitiva, así como la aproximación temperamental, la flexibilidad a los cambios, la calidad en el estado de ánimo positivo y el apego. Sin embargo, de los tres factores medidos en el estudio (regulación emocional, temperamento y estilo de crianza), el aspecto que más se relacionó como un correlato de la sintomatología depresiva en los adolescentes fueron las estrategias de regulación emocional. Por tanto, los adolescentes del grupo con alta sintomatología depresiva tendían a utilizar con más frecuencia la estrategia de supresión [ $F_{(1,86)} = 20.64, p < .001$ ] y con menos frecuencia la estrategia de reevaluación cognitiva [ $F_{(1,86)} = 6.05, p < .05$ ] que el grupo con sintomatología depresiva baja, aunque la diferencia fue menos significativa para la reevaluación cognitiva. En general, las diferencias en la represión y la reevaluación eran presentaba un tamaño del efecto pequeño.

### **Relación de la rumiación y la reflexión con los síntomas de depresión en adolescentes**

Algunas investigaciones han propuesto que el concepto habitualmente empleado de rumiación abarca dos dimensiones distintas, la reflexión y la rumiación negativa. Así, por ejemplo, en un estudio longitudinal, Burwell y Shirk, (2007), examinaron las relaciones entre los subtipos de rumiación, el afrontamiento y los síntomas depresivos en la adolescencia temprana con una muestra de 168 adolescentes. Para ello, utilizaron una adaptación de la RSS original para su uso en población adolescente (N=168), la

cual valora dos tipos de estrategias de regulación emocional cognitivas, la reflexión (analítica y activa) y la rumiación negativa (melancólica y pasiva). Los participantes fueron evaluados en dos momentos diferentes a lo largo del tiempo, con un intervalo de tiempo entre evaluaciones de 6 a 8 semanas.

En primer lugar, se encontró que la rumiación negativa y la reflexión mostraron diferentes asociaciones con otras estrategias de afrontamiento. En concreto, la rumia negativa estaba relacionada con las estrategias de afrontamiento desadaptativas de no implicación en el problema, es decir, de evitación, negación y/o escape, mientras que la reflexión se relacionó positivamente con estrategias adaptativas destinadas a cambiar el factor estresante, como la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva.

Asimismo, se observó que las chicas utilizaban más la estrategia de la reflexión que los chicos, pero con niveles comparables de rumiación. No se encontraron diferencias de género en el uso de la rumiación, pero sí en el efecto de esta estrategia en el desarrollo de los síntomas de depresión. En relación con esto, los resultados del estudio señalaron que la rumiación mediaba parcialmente con el incremento de los síntomas depresivos a lo largo del tiempo, especialmente en las chicas, ya que para los chicos no era de la misma magnitud y no fue estadísticamente significativa (Burwell y Shirk, 2007), aunque hay que tener en cuenta que el menor número de adolescentes de género masculino en la muestra puede reducir el poder estadístico. Por el contrario, no se encontró relación entre el uso de la reflexión con el cambio de síntomas depresivos a lo largo de tiempo, por lo que la utilización de esta estrategia no parecía aumentar el riesgo de desarrollar síntomas depresivos.

Estos resultados son congruentes con el estudio de Cova, Rincón, y Melipillán (2009) que evaluaron las mismas variables en una muestra de 268 adolescentes de sexo femenino a lo largo de un año, utilizando una versión abreviada de la RRS (Cova y

cols., 2007), que excluía todos los ítems de la versión original que podrían solaparse con síntomas de depresión. Así pues, se realizaron dos evaluaciones a los participantes, una inicial en la que se evaluó el uso de la reflexión y rumiación negativa y síntomas de depresión y ansiedad, y otra evaluación de seguimiento realizada un año después desde esa primera evaluación. Al igual que en el estudio de Burwell y Shirk, (2007), los resultados indicaron que la rumiación (repetitiva y centrada en lamentaciones y la autoevaluación negativa de uno mismo), mostraba una relación significativa con la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo ( $\beta = 3,50$ ,  $p < 0,001$ ). En cambio, la reflexión acerca del malestar que uno experimenta no mostró el mismo tipo de influencia, asociándose sólo transversalmente con la presencia de sintomatología depresiva, ya que aunque mostró una relación negativa con la depresión de manera prospectiva, no resultó ser significativa ( $\beta = -0,02$ ,  $p = 0,75$ ).

## Discusión

La literatura científica ha investigado de manera consistente la influencia de las estrategias de regulación emocional en el desarrollo y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad y depresión en población adulta, mostrando un menor interés en investigar dicha relación en población adolescente. Sin embargo, el aprendizaje de la regulación emocional es un reto central en la adolescencia, ya que supone un período de desarrollo emocionalmente intenso que implica mayor vulnerabilidad en el desarrollo de los trastornos emocionales, por lo que una adecuada regulación emocional adquiere especial importancia en este período.

Según los resultados de los estudios plasmados en esta revisión, la estrategia cognitiva de regulación emocional más utilizada por los adolescentes es el "reenfoque en la planificación", mientras que las menos utilizadas son el "catastrofismo" y "culpar a otros" (Garnefski y cols., 2001, 2002). Sin embargo, al igual que los adultos, los adolescentes hacen uso de todas las estrategias de regulación emocional, utilizando en mayor medida estrategias adaptativas, pero en menor medida que ellos, especialmente la reevaluación cognitiva (Garnefski y cols., 2002). Esto podría estar relacionado con las características propias de este período, en el que las capacidades cognitivas más avanzadas se están desarrollando y perfeccionando, junto a las estructuras cerebrales de las que dependen (Spear, 2000). De hecho, la frecuencia con la que los adolescentes utilizan las estrategias cognitivas de regulación emocional aumenta con la edad. En otras palabras, se muestra un crecimiento progresivo en el uso de la mayoría de las estrategias desde la adolescencia temprana hasta la edad adulta, por lo que se podría decir que las estrategias cognitivas se encuentran cada vez más perfeccionadas en el tiempo a medida que se produce una maduración en los adolescentes, en especial la

reevaluación positiva, dado requiere de mayor flexibilidad cognitiva (Garnefski y cols, 2002, 2006). Este aumento en el uso de estrategias, coincide con el aumento de los síntomas depresivos a medida que aumenta la edad en los adolescentes, sobre todo en las chicas, que tienden a utilizar estrategias cognitivas de regulación emocional más desadaptativas que los chicos, como la rumiación y la auto-culpa, ante los eventos negativos de la vida. No obstante, ninguno de los dos géneros parecen utilizar en mayor medida que el otro estrategias cognitivas adaptativas, es decir, ambos géneros utilizan estrategias cognitivas adaptativas aproximadamente en la misma medida, a excepción de un mayor uso de la aceptación en las chicas (Duarte y cols, 2015). Sin embargo, aunque en principio puede resultar una estrategia adaptativa, depende de la interpretación que los participantes hagan de ella, ya que puede interpretarse como una forma pasiva de resignación en lugar de una plena aceptación de los acontecimientos negativos (Martin y Dahlen, 2005).

Además, los resultados de los estudios analizados, indican que el uso de las estrategias cognitivas de regulación emocional se relaciona más con los síntomas internalizantes o emocionales (ansiedad y depresión) que con trastornos de tipo externalizante (Garnefski y cols., 2005). En conjunto, los datos de los distintos estudios explorados en esta revisión (Garnefski y cols., 2001, 2002, 2005, 2006), coinciden en que las estrategias especialmente vinculadas con los trastornos emocionales en la adolescencia son la auto-culpa, la rumiación y la reevaluación positiva y en menor medida, pero igualmente relacionado de manera significativa, el catastrofismo, al igual que ocurre en población adulta (Garnefski y cols., 2002, 2006). Sin embargo, las estrategias cognitivas de rumiación y auto-culpa, además, de ser aquellas más asociadas a dicha sintomatología entre los adolescentes, presentan incluso mayor relación con los síntomas emocionales que en el caso de los adultos. Así pues, la rumiación y la auto-

culpa se relacionan con la ansiedad y depresión, de manera que un mayor uso estas estrategias predice el aumento de la sintomatología emocional. En cambio, la reevaluación positiva se relacionaba significativamente de manera negativa, por lo que su uso habitual disminuye de manera importante los síntomas emocionales en los adolescentes, aunque de manera diferente en chicos y chicas. Esto es, los adolescentes que tienden a utilizar la "reevaluación positiva" ante acontecimientos negativos de la vida, presentan menores niveles de síntomas depresivos, pero disminuyen de manera más pronunciada en las chicas que en los chicos (Duarte y cols., 2015).

Aunque no de manera tan significativa como la reevaluación positiva, el "reenfoque positivo" también parece disminuir los síntomas depresivos en los adolescentes, presentando mucha menos influencia en la población adulta. Asimismo, en la evolución desde la adolescencia temprana a la tardía, tanto la reevaluación positiva como la refocalización positiva parecen aumentar su efecto en la disminución de la sintomatología depresiva, especialmente la reevaluación positiva. De la misma forma, el catastrofismo también adquiere mayor importancia en la adolescencia tardía, aumentando en mayor medida los síntomas depresivos. Sin embargo, la rumia y la auto-culpa parecen predisponer en mayor medida a la experimentación de síntomas emocionales durante la adolescencia temprana, disminuyendo la fuerza de dicha asociación a medida que los adolescentes se hacen mayores y se acercan a la transición a la edad adulta (Garnefski y cols., 2002; 2006).

Por otro lado, algunos de los estudios (Burwell y Shirk, 2007; Cova y cols, 2009), diferencian la rumiación de la reflexión, asociando la rumiación con estrategias de no implicación en los problemas (evitación y negación), y la reflexión con la conciencia reflexiva acerca del malestar emocional. Mientras que la rumiación media parcialmente la aparición de síntomas depresivos a largo plazo, sobre todo en las chicas, la reflexión

no parece contribuir a la aparición, mantenimiento o agravamiento de la depresión, lo que podría sugerir que, aunque parece adoptar un rol más bien inocuo, podría contribuir a una mayor comprensión de la experiencia emocional, facilitando la resolución de problemas y la reevaluación positiva. Por tanto, es cuando los adolescentes se centran de forma pasiva en sus síntomas y en sus consecuencias cuando los adolescentes pueden estar en riesgo de desarrollar síntomas depresivos. Sin embargo, es necesario realizar más investigación acerca de la diferenciación entre la rumiación y la reflexión, así como delimitar mejor el concepto de reflexión para evaluar de manera más efectiva sus efectos en los síntomas emocionales.

Respecto a la relación bidireccional entre la desregulación emocional (englobando la comprensión emocional, la expresión desregulada de la tristeza y la ira, y la rumia) y los síntomas emocionales, los resultados muestran que un déficit de regulación emocional predice la aparición de síntomas de ansiedad a lo largo del tiempo, pero no de depresión. Por el contrario, ni la sintomatología ansiosa ni la depresiva predicen cambios posteriores en la desregulación emocional. Esto sugiere que los problemas en la regulación emocional son un predictor pero no una consecuencia de los trastornos emocionales en los adolescentes, de modo que la presencia de psicopatología ansiosa y depresiva no predice los cambios posteriores en la desregulación emocional con el tiempo, por lo que la presencia de dicha sintomatología no hace que los adolescentes tengan una menor capacidad para gestionar de forma eficaz sus emociones (McLaughlin y cols., 2011). Sin embargo, Larsen y cols., (2013) revelaron que los síntomas depresivos pueden conducir a un mayor uso de la supresión expresiva a largo plazo, pero no al revés (Larsen y cols., 2013). Asimismo, otro estudio (Betts y cols, 2009) coincidió en que los adolescentes con altos niveles de sintomatología depresiva informaron de un mayor uso de la supresión expresiva y un uso menos frecuente de la

estrategia de la reevaluación cognitiva en comparación con los adolescentes con baja sintomatología depresiva. Por tanto, esto apoya la teoría de que las estrategias focalizadas en la respuesta son menos adaptativas (Gross y John, 2003) y puede sugerir que la supresión, más que un factor de riesgo, podría ser una consecuencia del estado emocional causado por los síntomas depresivos. No obstante, estos resultados no permiten sacar conclusiones causales, pues podrían estar influenciados por terceras variables, y la dirección de la influencia no es concluyente, por lo que es necesaria investigación adicional.

En **conclusión**, se demuestra claramente que el uso de ciertas estrategias cognitivas de regulación emocional y los síntomas depresivos y ansiosos están relacionados. Así pues, a pesar de que existen muchas maneras de regular las emociones ante eventos negativos de la vida, algunas estrategias cognitivas como la rumiación, la auto-culpa y el catastrofismo podrían actuar como factores de riesgo, aumentando las posibilidades de desarrollar trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, mientras que otras, como la reevaluación positiva, disminuyen esa posibilidad, actuando como factor protector. Asimismo, los adolescentes utilizan de manera muy similar las mismas estrategias cognitivas de regulación emocional que los adultos, pero en menor grado que ellos, y utilizan más frecuentemente las estrategias adaptativas que las desadaptativas. Sin embargo, las estrategias utilizadas por los adolescentes, se relacionan más fuertemente con el desarrollo de los síntomas emocionales en comparación con los adultos, es decir, los efectos que tienen las distintas estrategias en los adolescentes (tanto adaptativas como desadaptativas), protegen menos y predisponen más al desarrollo de los trastornos emocionales que en los adultos. Esto sugiere que, o bien los adolescentes utilizan las estrategias cognitivas menos frecuentemente que los adultos ante diferentes acontecimientos negativos, o bien los adolescentes utilizan las estrategias cognitivas en

contextos en los que no resultan tan apropiadas, lo que resultaría coherente teniendo en cuenta que las capacidades cognitivas más avanzadas, como la flexibilidad de pensamiento, se están aprendiendo en el período de la adolescencia. De hecho, la capacidad de moverse con flexibilidad entre las distintas estrategias de afrontamiento en función del contexto, resulta esencial para una adecuada adaptación (Aldwin, 1994; Thompson; 1998).

Por tanto, dado que la adolescencia se considera un período de vulnerabilidad en el desarrollo de los trastornos emocionales y su estrecha relación con las estrategias de regulación emocional, es crucial la **prevención** para afrontar este período de desarrollo de la manera más normalizada posible, sobre todo en aquellos adolescentes con más dificultades en afrontar las experiencias emocionales característicos de este período, y para promover un adecuado desarrollo adulto posterior. La identificación de aquellas estrategias más vinculadas a los trastornos emocionales puede ayudar a detectar a aquellos adolescentes con más riesgo de desarrollar un problema emocional prevenir a tiempo. Así, las intervenciones preventivas en este colectivo podrían ir dirigidas a fomentar las estrategias cognitivas de regulación emocional que actúan como factores de protección (reevaluación cognitiva) y disminuir aquellas que aumenten el riesgo (rumia y auto-culpa). De esta manera, el objetivo principal de estas intervenciones sería evitar que las estrategias desadaptativas se conviertan desde un principio en estilos establecidos y que, más tarde, en la adultez sean más resistentes al cambio, realizando la prevención tan tempranamente como sea posible en la adolescencia.

Además, estos hallazgos refuerzan las recientes conceptualizaciones de la **desregulación emocional como un factor transdiagnóstico** importante en los trastornos emocionales, así como la importancia del Protocolo Unificado para adolescentes con problemas emocionales (*Unified Protocol for Children: Emotion*

*Detectives*), el cual está siendo aplicado en Estados Unidos (EEUU). Si bien el Protocolo Unificado de Barlow (2011) ha tenido más relevancia en población adulta y está funcionando con éxito, la aplicación del Unified Protocol for Children: Emotion Detectives (UP-C:ED) también podría tener ventajas frente a los tratamientos enfocados en los trastornos específicos cuando presentan comorbilidad entre trastornos emocionales y en la sanidad pública española, reduciendo costes y largas listas de espera en este tipo de colectivo vulnerable, con lo que se evitaría muchos casos de cronificación de los trastornos y complicaciones en la edad adulta (Sandín, 2012). Además, los resultados preliminares de los ensayos llevados a cabo mediante la aplicación del Protocolo Unificado para adolescentes muestran una reducción significativa de los problemas emocionales en niños y adolescentes (Ehrenreich-May y Bilek, 2012). Este protocolo elaborado por Ehrenreich y cols., (2012) en la Universidad de Miami, consiste en un tratamiento transdiagnóstico en formato grupal que implementa un conjunto de principios básicos y técnicas cognitivas con el fin de abordar los factores comunes que subyacen a los trastornos de ansiedad y depresión infanto-juvenil, basándose principalmente en la educación emocional y en el manejo de las emociones. El programa dota un papel importante a los padres de los pacientes y combina diferentes estrategias y técnicas cognitivas utilizadas en adultos adaptadas a niños y adolescentes, que se centra en la comprensión de sus experiencias emocionales, la evitación emocional y la importancia de la exposición a situaciones emocionales y el aprendizaje de estrategias de regulación emocional, destacando la importancia de la reevaluación cognitiva para aumentar la flexibilidad del pensamiento. El objetivo principal del protocolo es identificar las debilidades de cada paciente y capacitarlos para que desarrollen habilidades y estrategias adaptativas necesarias para afrontar adecuadamente los problemas y acontecimientos negativos de la vida. De esta manera,

la técnicas cognitivas utilizadas en este protocolo, permiten a los pacientes reinterpretar la realidad y relativizar las amenazas percibidas.

En suma, los datos muestran la importancia y la implicación que tiene la identificación de las estrategias de regulación emocional más vinculadas con el desarrollo de los trastornos emocionales en los programas de prevención y tratamiento en una etapa temprana del desarrollo como es la adolescencia. En base a dicha importancia, resulta llamativo que, hasta ahora, se encuentren muchas menos investigaciones en población adolescente sobre la influencia de la regulación emocional en los trastornos emocionales que en población adulta.

Por ello, para **futuras líneas de investigación** sería recomendable llevar a cabo más estudios dirigidos a comprender mejor el papel que adquieren los diferentes aspectos y estrategias de regulación emocional en la aparición y mantenimiento de los trastornos emocionales en la adolescencia. Además, aunque los resultados han mostrado una relación entre las estrategias de regulación emocional con los síntomas emocionales, no hay conclusiones acerca de la relación bidireccional entre los síntomas emocionales y la desregulación emocional, por lo que es necesaria investigación adicional para respaldar los resultados del estudio de Mclaughin y cols., (2011) con el fin de clarificar si la aparición de trastornos emocionales predicen cambios en la regulación de las emociones. También sería interesante realizar futuros estudios longitudinales para determinar si otros aspectos de desregulación emocional que no se midieron en dicho estudio y estrategias como la supresión, se asocian específicamente con el riesgo de desarrollar depresión en adolescentes a largo plazo. Por último, se deberían de hacer más estudios que incluyan todas las estrategias de regulación emocional, ya que muchos sólo incluyen algunas estrategias cognitivas, y que analizaran más detalladamente las

diferencias de género en relación a la influencia de las estrategias cognitivas con los trastornos emocionales.

Por otro lado, muchos de los artículos analizados en la revisión, se centran en relacionar las estrategias cognitivas de regulación emocional con la depresión, ya que no se encuentran muchos estudios que relacionen las estrategias con ambos trastornos emocionales (ansiedad y depresión), así como tampoco se encuentran apenas estudios que examinen las estrategias en los trastornos de ansiedad. Por ello, sería conveniente llevar a cabo futuras investigaciones que incluyeran ambos trastornos emocionales para identificar las estrategias cognitivas comunes. Además, es importante destacar la **heterogeneidad de métodos de evaluación** utilizados en los diferentes estudios analizados en esta revisión, ya que muy pocos estudios utilizan las mismas medidas para evaluar tanto la regulación emocional como los síntomas de ansiedad y depresión, por lo que sería relevante llevar a cabo más estudios controlando este tipo de variables para comprobar si los resultados de esta revisión pueden replicarse y generalizarse. Asimismo, las muestras utilizadas en todos estos estudios se componen de adolescentes estudiantes (población general adolescente), por lo que sería recomendable ampliar el estudio a **población clínica adolescente** con el objetivo de poder evaluar los aspectos y estrategias de regulación emocional una vez se hayan desarrollado los trastornos emocionales en los adolescentes. Esto sería de utilidad para determinar qué estrategias cognitivas tienden a utilizar los adolescentes con trastornos emocionales y cuáles pueden ser más efectivas en el tratamiento psicológico de estos trastornos en el período de la adolescencia.

## Referencias

- Abela, J. R., Brozina, K., y Haigh, E. P. (2002). An examination of the response styles theory of depression in third-and seventh-grade children: A short-term longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(5), 515-527.
- 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.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Aldwin, C. M. (1994). *Stress, coping and development*. New York: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, J. C. (1994). Epidemiology. In T. H. Ollendick, N. J. King, & W. Yule (Eds.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 293–315). New York: Plenum Press.
- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B., y cols. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck A. T., & Steer, R. A. (1993). *BAI Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Betts, J., Gullone, E., y Allen, J. S. (2009). An examination of emotion regulation, temperament, and parenting style as potential predictors of adolescent depression risk status: A correlational study. *British Journal of Developmental Psychology*, 27(2), 473-485.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.
- Burke, K. C., Burke, J. D., Rae, D. S., y Regier, D. A. (1991). Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five US community populations. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 789-795.
- Burwell, R. A., y Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(1), 56-65.
- Campbell-Sills, L., y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.
- Casey, B. J., Jones, R. M., y Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124(1), 111-126.
- Chang, E. C., Downey, C. A., y Salata, J. L. (2004). Social problem solving and positive psychological functioning: Looking at the positive side of problem solving. In E.

- C. Chang, T. J. D'Zurilla, y L. J. Sanna (Eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 99–116). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Cole, P. M., Michel, M. K., y Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 73-102.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., y Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 68, 976–992.
- Cova, F., Rincón, P., y Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia psicológica*, 27(2), 155-160.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: administration, scoring and procedures manual-I for the (revised) version*. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.
- Duarte, A. C., Matos, A. P., y Marques, C. (2015). Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Gender's Moderating Effect. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 275-283.
- Ehrenreich-May, J., y Bilek, E. L. (2012). The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), 41-55.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American psychologist*, 48(4), 384

- 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.
- Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2002). *CERQ: manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- 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.
- Garnefski, N., Kraaij, V., y van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28(5), 619-631.
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van den Kommer, T., y Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of adolescence*, 25(6), 603-611
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of personality and social psychology*, 74(1), 224.
- Gross, J. 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, 348-362.
- Gross, J. J., y Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, 64(6), 970.

- Hilt, L., y Nolen-Hoeksema, S. (2009). The emergence of gender differences in depression in adolescence. *Handbook of depression in adolescents*, 111-135.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., y Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131.
- Kamphuis, J. H., y Telch, M. J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure-based treatments for specific fears. *Behaviour research and therapy*, 38(12), 1163-1181.
- Kashdan, T. B., y Breen, W. E. (2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy*, 39(1), 1-12.
- Kovacs, M. *Children's Depression Inventory manual*. Multi-Health Systems; North Tonawanda, NY: 1992.
- Kring, A. M., y Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. *The regulation of emotion*, 359-385.
- Larsen, J. K., Vermulst, A. A., Geenen, R., Van Middendorp, H., English, T., Gross, J. J., ... y Engels, R. C. (2013). Emotion Regulation in Adolescence A Prospective Study of Expressive Suppression and Depressive Symptoms. *The Journal of Early Adolescence*, 33(2), 184-200.
- Larson, R., y Richards, M. H. (1991). Daily companionship in late childhood and early adolescence: Changing developmental contexts. *Child development*, 62(2), 284-300.

- Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E. J., y Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 203–215.
- March, J. S., Parker, J. D., Sullivan, K., Stallings, P., y Conners, C. K. (1997). The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *Journal of the American academy of child and adolescent psychiatry*, 36(4), 554-565.
- 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.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., y Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(9), 544-554.
- Mennin, D., y Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 329-352.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The Response Styles Theory. En C. Papageorgiou y A. Wells (eds.), *Depressive Ruminations: Nature, theory, and treatment* (p. 107–123). West Sussex: Wiley & Sons.
- Nolen-Hoeksema, S., y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality & Social Psychology*, 61, 115–121.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, 3(5), 400-424.

- Penza-Clyve, S., y Zeman, J. (2002). Initial validation of the emotion expression scale for children (EESC). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 540-547.
- Poznanski, E. O., & Mokros, H. B. (1999). *Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., y cols. (1997). Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- Reynolds, W. M. (2002). *Reynolds adolescent depression scale – 2*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Oatley, K., y Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and emotion*, 1(1), 29-50.
- Öngen, D. E. (2010). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 9, 1516-1523.
- Peterson, A.C. y Leffert, N. (1995). What is special about adolescence?. In *Psychosocial disturbances in young people*, Rutter, M. (Ed.), Cambridge: Cambridge University Press, pp. 3-36
- Rottenberg, J., y Gross, J. J. (2007). Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 323-328.

- Sandín, B. (2012). Transdiagnóstico y psicología clínica: Introducción al número monográfico. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-184.
- Stith, S. M., y Hamby, S. L. (2002). The anger management scale: Development and preliminary psychometric properties. *Violence and Victims*, 17(4), 383-402.
- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 24(4), 417-463.
- Steinberg, L., Dahl, R., Keating, D., Kupfer, D. J., Masten, A. S., y Pine, D. S. (2006). *The study of developmental psychopathology in adolescence: Integrating affective neuroscience with the study of context*. In: Cicchetti, D.; Cohen, D., editors. *Developmental Psychopathology*. Vol. 2. Wiley; New York: 2006. p. 710-741.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.
- Tooby, J., y Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and sociobiology*, 11(4-5), 375-424.
- Zeman, J., Shipman, K., y Penza-Clyve, S. (2001). Development and initial validation of the Children's Sadness Management Scale. *Journal of Nonverbal Behavior*, 25(3), 187-205.