



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Rodríguez Biglierí, Ricardo; Vetere, Giselle
Trastornos de personalidad en pacientes con trastornos de ansiedad: su impacto en la
utilización de estrategias de regulación emocional
Anuario de Investigaciones, vol. XX, 2013, pp. 75-82
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949038>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD: SU IMPACTO EN LA UTILIZACIÓN DE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

PERSONALITY DISORDERS IN PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS: THEIR IMPACT ON EMOTION REGULATION STRATEGIES

Rodríguez Biglieri, Ricardo¹; Vetere, Giselle²

RESUMEN

Los Trastornos de Ansiedad (TA) comórbidos con Trastornos de Personalidad (TP) se asocian con sintomatología severa y de tipo crónica. Nuevos avances sugieren que ello podría relacionarse con el empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. El objetivo de la investigación fue comparar las estrategias de regulación emocional de pacientes con TA con y sin TP comórbidos. De 112 sujetos con TA, 33 presentaron TP comórbidos. Éstos últimos registraron síntomas ansiosos más severos y menor empleo de estrategias de Reevaluación Positiva, Resolución de Problemas, Descarga Emocional y Búsqueda de Gratificaciones Alternativas. El uso de Reevaluación Positiva, Búsqueda de Apoyo y Resolución de Problemas presentó correlaciones negativas fuertes con puntuaciones de ansiedad. Los resultados sugieren la necesidad de desarrollar intervenciones específicas para este grupo de pacientes, promoviendo intervenciones destinadas a disminuir procesos rumiativos y fomentando el uso de estrategias adaptativas como la Revaloración Positiva y Resolución de Problemas.

Palabras clave:

Trastornos de ansiedad - Trastornos de personalidad - Regulación emocional - Ansiedad rasgo

ABSTRACT

Anxiety Disorders (AD) with comorbid Personality Disorders (PD) is associated with severe and chronic symptoms. New developments suggest that this might be related with the use of dysfunctional emotion regulation strategies. The aim of this study was to compare the use of emotion regulation strategies in patients with anxiety disorders with and without comorbid PD. The sample consisted of 112 subjects with AD (33 of them with comorbid personality disorder). The results showed that patients with comorbid anxiety and personality disorders had more severe symptoms and report less use of Positive Reappraisal, Problem Solving, Emotional Discharge and Seeking Alternative Rewards. Use of Positive Reappraisal, Seeking Guidance and Support and Problem Solving presented strong negative correlations with anxiety severity scores. Findings suggest the necessity of developing specific interventions for this group of patients by promoting interventions aimed to reduce ruminative processes and encouraging the use of adaptive strategies such as Positive Reappraisal and Problem Solving.

Key words:

Anxiety disorders - Personality disorders - Emotion regulation - Anxiety

¹Doctor en Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA. Profesor Adjunto Regular, Facultad de Psicología, UBA. Director del proyecto "Estrategias de Afrontamiento Focalizadas en la Regulación Emocional en Pacientes con Depresión Mayor Unipolar y Trastornos de Ansiedad", programación UBACyT 2012-2015. E-mail: rodriguezbiglieri@psi.uba.ar

²Profesora de Psicología, UBA. Especialista en Psicología Clínica. Investigadora Adjunta. Carrera de Investigador Científico, GCABA.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cerca del 25% de la población mundial experimentará un trastorno de ansiedad (TA) en algún momento de su vida, señalando entonces el serio problema de salud pública que estos cuadros constituyen (OMS, 2004, 2012). En el mismo sentido, la Encuesta Mundial de Salud Mental realizada por la OMS entre 2001 y 2003 halló que los en la mayoría de los países analizados los TA se encontraron entre los cuadros psiquiátricos más comunes (Alonso et al., 2002; Deemyttenaere et al., 2004). Existe, además, una extensa literatura respecto del impacto negativo que estos cuadros producen sobre la calidad de vida de los pacientes, limitando su funcionamiento laboral, social y académico e incrementando la probabilidad de suicidio (Culpepper, 2011; Guan, Deng, Cohen y Chen, 2011).

Por otro lado, numerosos estudios han documentado la elevada comorbilidad entre TA y Trastornos de Personalidad. Sanderson, Wetzler, Beck y Betz (1994), por ejemplo, hallaron que cerca del 35% de una amplia muestra de pacientes con TA presentaba comorbilidad con al menos un TP, siendo los más frecuentes los pertenecientes al clúster C "ansioso-temeroso" (27%) del DSM-IV (APA, 1994). En dicha muestra, el 61% de los pacientes con Fobia Social y el 49% de quienes padecían Trastorno de Ansiedad Generalizada cumplían criterios diagnósticos para al menos un TP. El Trastorno de Angustia, por su parte, ha sido asociado frecuentemente con el Trastorno Límite de la Personalidad y los Trastornos Dependiente y Evitativo (Skodol et al., 1995).

Los pacientes con TA que presentan TP comórbido se caracterizan por exhibir cuadros de tipo crónico, síntomas más severos y un nivel de deterioro mayor en su calidad de vida en comparación con pacientes sin dicha comorbilidad. Recientemente, un meta-análisis que tomó en cuenta los estudios realizados entre 1980 y 2010 sobre el tema, encontró que la tasa de comorbilidad entre ambos cuadros osciló entre 35% para Trastorno de Estrés Postraumático y 52% en el caso del Trastorno Obsesivo Compulsivo (Friborg, Martinussen, Kaiser, Overgard & Rosenvinge, 2013). A su vez, los autores hallaron que los TP del clúster C eran dos veces más frecuentes que los del A y B entre pacientes con TA.

La presencia de TP comórbido también se ha asociado sistemáticamente con una menor respuesta a los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos en pacientes con Trastorno de Angustia (Mennin & Heimberg, 2000; Prasko et al., 2005; Telch, Kamphuis & Schmidt, 2011), Trastorno Obsesivo Compulsivo (Keeley, Storch, Merlo & Geffken, 2008) y Fobia Social (Vyskocilova, Prasko, Novak & Pohlova, 2011). En el mismo sentido, la presencia de TP en cuadros de ansiedad se ha asociado con un incremento en el uso recursos de los sistemas de salud, consumo de psicofármacos y pervivencia de síntomas ansiosos y depresivos de forma crónica (Jasson, Hesse & Fridell, 2008; Kasen et al., 2007).

Recientemente ha habido un renovado interés en el estudio de las estrategias de regulación emocional en diferentes trastornos (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Hayes,

2008; Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault, 2008). La regulación emocional se conceptualiza como un proceso por medio del cual los sujetos modulan sus respuestas emocionales empleando estrategias que modifican la magnitud o tipo de las mismas; o bien cambian la forma en que el individuo se vincula con ellas (Bargh y Williams, 2007; Rodríguez Biglieri, Aune y Vetere, 2013). Dicho proceso tiene la finalidad de responder apropiadamente a las demandas ambientales y necesidades personales (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Cole, Martin & Dennis, 2004; Gratz & Roemer, 2004; Gross, 1998; Thompson, 1994; Rottenberg & Gross, 2003).

Diversos autores postulan que una adecuada regulación emocional se asociaría con una mayor calidad de vida y buen desempeño social, académico y laboral; mientras que un déficit en dicho proceso se relacionaría con un aumento en la probabilidad de desarrollar cuadros psicopatológicos (Brackett & Salovey, 2004; Berenbaum et al., 2003; Greenberg, 2002; Gross, 2007; Kring & Bachorowski, 1999; Mennin & Farach, 2007). En ese sentido, se ha hipotetizado que ante el surgimiento de estados emocionales displacenteros los pacientes con comorbilidad con TP presentarían un perfil diferente a los pacientes sin TP respecto del empleo de estrategias de regulación emocional. Más precisamente, se piensa que emplearían en mayor medida estrategias disfuncionales, las cuales se vincularían con el aumento en la severidad de los síntomas depresivos y ansiosos. Sin embargo, esta línea de investigación es aún muy reciente y no cuenta con un número de investigaciones representativo (Mennin & Farach, 2007).

Dado que la presencia de TP comórbidos en pacientes con cuadros de ansiedad se asocia con una menor respuesta al tratamiento, mayor deterioro en la calidad de vida, tendencia a la cronicidad y mayor uso de recursos médicos, sería de suma relevancia determinar el tipo de estrategias de regulación emocional empleadas por estos pacientes con la finalidad de observar su relación con la severidad de la sintomatología. Dicha información sería de gran utilidad tanto para la elaboración de modelos teóricos sobre la ansiedad que contemplen el impacto de la presencia de TP comórbidos como para el diseño de tratamientos más eficaces para este grupo de pacientes. La investigación que aquí se reporta tuvo como objetivo identificar las estrategias de regulación de emociones displacenteras utilizadas por pacientes con trastornos de ansiedad comórbidos con TP. Con la finalidad de examinar posibles diferencias en el uso de estrategias se efectuaron comparaciones entre grupos de pacientes con cuadros de ansiedad con y sin TP comórbidos. Por otro lado, también se analizaron las relaciones entre dichas estrategias con la severidad de la sintomatología de tipo depresivo y ansioso.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por dos grupos independientes, seleccionados intencionalmente. El primero de ellos, denominado grupo ansioso (GA), fue integrado por 79

pacientes que cumplieran criterios diagnósticos para algún Trastorno de Ansiedad (TA) según criterios DSM IV-TR (APA, 2002). Fueron excluidos del grupo pacientes que presentaban TA debido a enfermedad médica o consumo de sustancia, Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, Bipolaridad, Retraso Mental y Trastornos de Personalidad. Del total del GA, 20 pacientes cumplían criterios para Trastorno de Ansiedad Generalizada; 17 para Trastorno de Angustia sin Agorafobia; 15 pacientes presentaban Trastorno Obsesivo Compulsivo; 12 Fobia Social; 10 Trastorno de Angustia con Agorafobia y 5 con Trastorno de Ansiedad no especificado. La edad media de este grupo fue de 32,5 años (DT = 9,1) y lo integraban 36 hombres y 43 mujeres. La mayoría (60%) eran solteros y habían alcanzado niveles de estudio de tipo terciario y/o universitario incompleto.

El grupo restante (GA+TP) estuvo compuesto por un grupo de pacientes (n=33) que cumplieron criterios diagnósticos para TA y que presentaban además, al menos un Trastorno de Personalidad. Del total del grupo GA+TP, 11 pacientes presentaban Trastorno Evitativo de la Personalidad, 10 Trastorno Límite de la Personalidad, 5 Trastorno Dependiente de la Personalidad, 4 Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Personalidad y 3, Trastorno de la Personalidad no especificado. Se excluyeron pacientes con Esquizofrenia u otros Trastornos Psicóticos, Bipolaridad o Retraso Mental. De ellos 15 eran hombres y 18 mujeres, la edad media del grupo fue de 33,1 años (DE = 9,12).

No se registraron diferencias significativas respecto de las variables sociodemográficas entre ambos grupos. La muestra clínica se obtuvo de los servicios de Psicopatología y Salud mental de los Hospitales I. Pirovano y Dr. Cosme Argerich, y consultantes de distintas instituciones privadas dedicadas a la atención en salud mental.

Instrumentos

1. Cuestionario Sociodemográfico (CSD). Instrumento para caracterizar las muestras en función de aspectos sociodemográficos básicos tales como edad, género, estado civil y nivel de instrucción y ocupación.
2. Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First, Spitzer, Williams & Gibbon, 1995). Esta entrevista está diseñada para utilizarse tanto con pacientes psiquiátricos como en sujetos que se encuentran bajo evaluación psicopatológica. Fue desarrollada para facilitar la evaluación diagnóstica de acuerdo a los criterios DSM-IV (APA, 1994). Ha probado ser de suma utilidad clínica y de investigación.
3. Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Smith-Benjamin, 1999). Entrevista diseñada para facilitar la evaluación diagnóstica de acuerdo a los criterios de trastornos de personalidad del DSM-IV (APA, 1994). Ha probado ser de suma utilidad clínica y de investigación.
4. Inventario de Depresión de Beck, versión II (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 2006). Escala de 21 ítems que evalúa la severidad de los síntomas afectivos, cognitivos, motivacionales, vegetativos y psicomotores de la

depresión. La prueba ha sido validada en nuestro medio mostrando adecuadas propiedades psicométricas. Los índices de consistencia interna, así como las pruebas de validez externa, arrojaron valores muy satisfactorios.

5. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1994). El instrumento evalúa el constructo ansiedad en sus formas estado y rasgo, por medio de dos subescalas independientes de 20 ítems cada una. El STAI ha sido adaptado y validado en nuestro medio, contándose con baremos locales (Leibovich de Figueroa, 1991).
6. Inventario de Respuestas de Afrontamiento para adultos (CRI-A) (Moos, 1993). Instrumento de 48 ítems diseñado para evaluar las estrategias de afrontamiento empleadas por un sujeto. Se evalúan ocho tipos diferentes de respuestas, agrupadas en relación al foco de afrontamiento (aproximación vs. evitación) y al método empleado (cognitivo vs. conductual). Se utilizará la versión adaptada y validada en nuestro medio por la Dra. Mikulic (1998). La consigna de la versión utilizada fue modificada contemplando las sugerencias de Karekla y Panayiotou (2011) para la evaluación del afrontamiento de emociones displacenteras. Dicha modificación no modificó las características psicométricas del instrumento original (Rodríguez Biglieri, Aune, Aiello Rocha & Vetere, en preparación).

Procedimientos

En primer lugar todos los sujetos fueron informados sobre las características de la investigación, obteniéndose el consentimiento informado de aquellos que desearon participar. A cada uno de los entrevistados se les aseguró el carácter confidencial de la información brindada y se les notificó que el uso de los datos sería con fines exclusivamente científicos. Asimismo, se les comunicó su derecho a retirar su colaboración en cualquier momento de la evaluación sin que ello viera afectado en modo alguno su evaluación y/o tratamiento por parte de los establecimientos o profesionales derivadores. Finalmente, se procedió a administrar todos los cuestionarios y escalas. En función de los resultados de la SCID-I y SCID-II se procedió a dividir la muestra en base a los criterios de inclusión y exclusión de cada grupo.

RESULTADOS

En primer lugar ambos grupos fueron comparados respecto de las variables sociodemográficas en búsqueda de posibles diferencias. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las variables sexo, nivel de instrucción, nivel de escolarización, edad o estado civil. Luego, se calcularon los estadísticos descriptivos de cada grupo en función de las variables dependientes severidad de la sintomatología depresiva y ansiosa (tabla 1) y estrategias de regulación emocional (tabla 2).

La prueba z de Kolmogorov-Smirnov y el test de Levene de igualdad de varianzas permitieron evaluar los supuestos de homocedasticidad y normalidad muestral, registrándose resultados que permitieron asumir dichos su-

puestos, por lo que se procedió luego a emplear estadística paramétrica para los cálculos posteriores.

La tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos para las escalas que evaluaban severidad de síntomas depresivos y ansiosos. Respecto de la severidad de la sintomatología depresiva no se hallaron diferencias estadísticas significativas entre los grupos ($t=.415, p<.05$). Por otro lado, las pruebas conducidas sobre la severidad de la sintomatología ansiosa sí registraron diferencias significativas, tanto para la forma ansiedad rasgo ($t= 6,217, p<.001$) como para la forma estado del STAI ($t= 3,710, p<.001$). En ambos casos los pacientes del grupo GA+TP presentaron síntomas ansiosos más severos. En cuanto al cálculo de los tamaños de efecto, se registraron tamaños de tipo grande tanto para la ansiedad rasgo ($d= 2.23$) como para la forma ansiedad estado ($d=.93$).

La tabla 2 presenta los resultados de la comparación de los grupos GA y GA+TP mediante prueba *t* de Student y el cálculo del tamaño de efecto para cada estrategia de regulación por separado.

En relación a las estrategias de regulación utilizadas no se encontraron diferencias significativas a nivel estadístico en la frecuencia del uso de las estrategias de Aceptación-Resignación, Evitación Cognitiva y Búsqueda de Apoyo.

Como puede observarse también en la Tabla 2, en lo que respecta al uso de las estrategias de Reevaluación Positiva, Resolución de Problemas, Descarga Emocional y Gratificaciones Alternativas, el grupo GA+TP presentó en forma estadísticamente significativa puntajes medios más bajos que el grupo GA.

No obstante, en lo que concierne al empleo de la estrategia de análisis lógico, los pacientes con trastornos de ansiedad comórbido con trastorno de personalidad registraron comparativamente puntuaciones medias más elevadas.

Posteriormente, para analizar la relación entre las estrategias utilizadas y la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva en el grupo GA+TP se utilizó un análisis de correlación de Pearson. Como puede observarse en la tabla 3, se registró una correlación fuerte de tipo positivo y significativa a nivel estadístico entre el uso de la estrategia de Análisis Lógico y la severidad de la sintomatología ansiosa en su forma rasgo ($r=.88, p<.01$).

En cuanto a las estrategias de Resolución de Problemas, Búsqueda de Gratificaciones Alternativas y Evitación Cognitiva, todas presentaron correlaciones fuertes ($r>.80$) de tipo negativa y significativas a nivel estadístico con la severidad de la sintomatología depresiva. Por su parte las estrategias de Revaloración Positiva, Búsqueda de Apoyo y Resolución de Problemas registraron correlaciones fuertes de sentido negativo y significativas a nivel estadístico con la severidad de la ansiedad en su forma rasgo.

DISCUSIÓN

En primer lugar cabe señalar que los resultados presentados son sólo de carácter preliminar, debiendo ser interpretados a la luz del pequeño tamaño muestral y la discrepancia en el tamaño de los grupos.

Para comenzar es pertinente destacar que el hecho de que aproximadamente el 30% de la muestra de pacientes con TA presentase TP comórbido es convergente con los hallazgos provenientes de la literatura sobre el tema, ya que diversos estudios han reportado que aproximadamente entre un 25% a un tercio de los pacientes ansiosos presentan dicha comorbilidad (Friborg et al., 2013). Asimismo, cerca del 60% de los pacientes presentaba TP del clúster C del DSM IV, dato convergente con la literatura sobre el tema.

Respecto de la hipótesis sobre que los pacientes con TP comórbido presentarían síntomas más severos, la misma no pudo corroborarse en relación con la severidad de los síntomas depresivos. Este dato es sumamente relevante ya que parece contradecir los resultados de investigaciones previas y la opinión altamente diseminada sobre el tema entre profesionales dedicados a la atención clínica. No obstante, cabe resaltar que dado el tamaño muestral no pueden sacarse conclusiones tajantes al respecto. Se necesitaría controlar variables como cronicidad del problema y tipo de TP, entre otras, para observar con mayor precisión el comportamiento de dicha variable. Se contempla que tales condiciones se verán posibilitadas a medida que avance el presente proyecto de investigación, siendo objeto entonces de análisis posteriores.

No obstante, sí se registraron diferencias significativas en relación con los síntomas ansiosos. La presencia de TP parece incrementar la severidad de dichos síntomas, tanto en relación a los niveles actuales de ansiedad (ansiedad estado) como respecto de la tendencia a reaccionar de manera ansiosa en forma permanente ante estímulos diversos (ansiedad rasgo). En ese sentido, los resultados señalan que los grupos difirieron más en relación a la variable ansiedad rasgo, dato congruente con la hipótesis de que la presencia de TP incrementaría la tendencia de los pacientes ansiosos a presentar interpretaciones ansiógenas de manera estable. Este hecho señalaría la relevancia de modificar las intervenciones terapéuticas, adaptándolas a la necesidad de contrarrestar un estilo interpretativo menos flexible.

Esto último es convergente con el resultado encontrado sobre el empleo de estrategias de Revaloración Positiva por parte de pacientes con TP comórbido. El hecho de que estos pacientes muestren de manera significativa un menor uso de dicha estrategia señala su dificultad a la hora de reinterpretar, resignificar o flexibilizar sus estados emocionales displacenteros, enmarcándolas dentro de una concepción más positiva. Por lo tanto, la presencia de TP comórbido se asoció con una mayor tendencia hacia interpretaciones de tipo ansiógenas sumado a una menor tendencia a poder reevaluar positivamente las emociones displacenteras.

Por otro lado, estos pacientes registraron además una menor utilización de estrategias como la Búsqueda de

Gratificaciones Alternativas, Descarga Emocional y Resolución de Problemas como medio para afrontar estados emocionales displacenteros. Es decir que, además del aumento de las interpretaciones ansiógenas sumado a un menor empleo de estrategias cognitivas de reevaluación, los pacientes manifiestan también una tendencia menor al uso de estrategias comportamentales (acciones concretas) destinadas a lidiar con el malestar emocional.

Sin embargo, el hecho de que los pacientes con TP comórbido presentasen una mayor tendencia a emplear el Análisis Lógico como medio de afrontamiento de emociones displacenteras parece contradecir algunas de las expresiones manifestadas anteriormente.

No obstante cabe señalar, como lo hicimos en otra oportunidad, que los reactivos utilizados por el CRI-A para mediar dicho constructo se asemejan a los utilizados para caracterizar a procesos rumiativos (Ej. ¿Trató de prever o de anticiparse a cómo resultaría todo?; ¿Se imaginó, una y otra vez, qué decir o hacer?), los cuales se han asociado con el incremento en los niveles de malestar. Por lo tanto, es posible que los resultados en esta subescala del CRI-A den cuenta de la tendencia de los pacientes a emplear procesos rumiativos para evaluar las implicaciones y consecuencias que les va a acarrear sentirse de determinada manera.

Existe abundante literatura sobre el impacto negativo de la rumiación sobre el estado de ánimo (Nolen-Hoeksema, 1991), por lo que de esta manera no sorprendería la fuerte correlación de tipo positivo observada entre la tendencia a utilizar Análisis Lógico y el aumento en la propensión a manifestar ansiedad como rasgo caracterológico estable. Respecto de las estrategias de Resolución de Problemas y Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, cabe destacar que su empleo se asoció fuertemente con la disminución de síntomas depresivos, por lo que sería de sumo interés evaluar el posible impacto de añadir intervenciones destinadas a incrementar su uso por parte de pacientes ansiosos con TP comórbido.

El mayor uso de las estrategias de Revaloración Positiva, Búsqueda de Apoyo y Resolución de Problemas, a su vez, se asoció fuertemente con la disminución de los niveles de ansiedad rasgo, lo cual señala la necesidad de ahondar en mayor medida respecto de la relación entre los constructos.

Tomados en conjunto los resultados, si bien preliminares y sujetos a las restricciones mencionadas al inicio, pueden tener implicaciones muy relevantes para el desarrollo de intervenciones psicoterapéuticas.

Por un lado, indican que existen diferencias significativas entre pacientes con trastornos de personalidad con y sin comorbilidad con TP, por lo que se el tratamiento en ambos circunstancias debería adaptarse a las características particulares de cada caso.

Por otro lado, señalan que la presencia de TP comórbido incrementa el uso de estrategias de Análisis Lógico, tal vez por el incremento de procesos de tipo rumiativo, a la vez que disminuye la tendencia a reevaluar positivamente los estados emocionales displacenteros. Asimismo, los pacientes con TP emprenden menos acciones concretas

para resolver dicho estado anímico ya sea por medio de la Descarga Emocional, a través de gratificaciones sustitutas o emprendiendo soluciones alternativas.

Cabe preguntarse entonces sobre la posible utilidad de promover intervenciones destinadas a la disminución de procesos rumiativos de pensamiento a la vez que se promueva el uso de estrategias de Revaloración Positiva, Búsqueda de Apoyo, Gratificaciones Alternativas y Resolución de Problemas.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las variables severidad de la sintomatología depresiva y ansiosa

	Grupo	x	DE
BDI-II	GA	24,57	6,55
	GA+TP	25,39	6,61
STAI-Estado	GA	53,67	9,62
	GA+TP	62,48	8,93
STAI-Rasgo	GA	58,87	4,48
	GA+TP	69,52	3,92

Tabla 2: Estadísticos descriptivos, resultados de comparación entre grupos y Tamaño de Efecto registrado

Estrategia de regulación	Grupo	N	X	Desvío Estándar	T	d de Cohen
Análisis Lógico	Ansioso	79	15,64	2,48	2,859**	0.52
	Ansioso + TP	33	14,28	2,70		
Revaloración Positiva	Ansioso	79	5,24	3,33	-10,477***	-2.24
	Ansioso + TP	33	13,33	3,87		
Búsqueda de apoyo	Ansioso	79	11,97	2,74	-,834	-0.16
	Ansioso + TP	33	12,43	2,96		
Resolución de problemas	Ansioso	79	9,33	1,95	-4,214***	-1.14
	Ansioso + TP	33	11,62	2,04		
Evitación Cognitiva	Ansioso	79	13,67	1,88	-,401	-0.09
	Ansioso + TP	33	13,87	2,30		
Resignación-Aceptación	Ansioso	79	12,70	1,55	,893	0.35
	Ansioso + TP	33	12,09	1,83		
Búsqueda de gratificaciones alternativas	Ansioso	79	7,15	2,62	-12,846***	-2.32
	Ansioso + TP	33	12,89	2,33		
Descarga Emocional	Ansioso	79	10,06	2,83	-2,405*	-0.58
	Ansioso + TP	33	11,63	2,55		

* $p < .01$
 ** $p < .005$
 *** $p < .001$

Tabla 3. Matriz de correlaciones de Pearson entre las estrategias utilizadas y las puntuaciones en BDI-II y STAI del grupo GA+TP

	Análisis Lógico	Revaloración positiva	Búsqueda de apoyo	Resolución de problemas	Evitación cognitiva	Aceptación-resignación	Búsqueda de gratificaciones alternativas	Descarga emocional
BDI-II	,328	,245	,226	-,803**	,380*	-,367*	-,853**	-,676**
STAI-Estado	-,276	-,300	-,180	-,499**	-,441*	-,371*	-,608**	,393*
STAI-Rasgo	,884**	-,832**	-,808**	-,821**	-,773**	-,709**	,464*	,282

**Correlación significativa a nivel de $p < .01$
 * Correlación significativa a nivel de $p < .05$

BIBLIOGRAFÍA

- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Alonso, J., Ferrer, M., Romera, B., Vilagut, G., Anyermeyer, M., Bernert, S., Brugha, T., Taub, N., McColgen, Z., De Girolamo, G., Polidori, G., Mazzi, F., De Graaf, R., Vollebergh, W., Bowman, MA, Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, MJ, Palacin, C., Autonell, J., Katz, SJ, Kessler, RC, Kovess, V., Lépine, JP, Arbabzadeh-Bouchez, S., Ormel, J., Bruffaerts, R. (2002). The European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000) Project: Rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11, 55-67.
- American Psychiatric Association.(1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a ed). Barcelona: Masson.
- Bargh, J.A. & Williams, L.E. (2007). On the nonconscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 429-445). New York: Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *Inventario de depresión de Beck: BDI-II* (2ª Ed.). Bs. As.: Paidós.
- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H.N., Vernon, L.L. & Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 206-226.
- Brackett, M.A. & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. In G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179-194). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Campbell-Sills, L. & Barlow, D.H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford Press.
- Cole, P.M., Martin, S.E. & Dennis, T.A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Culpepper, L. (2011). Understanding the burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(6), 340-348.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.-P., Angermeyer, MC, Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, EG, Fayyad, JA, Karam, AN, Mneimneh, ZN, Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., de Graaf, R., Ormel, J., Gureje, O., Shen, Y., Huang, Y., Zhang, M., Alonso, J., Haro, JM, Vilagut, G., Bromet, EJ, Gluzman, S., Webb, C., Kessler, RC, Merikangas, KR, Anthony, JC, Von Korff, MR, Wang, PS, Brugha, TS, Aguilar-Gaxiola, S., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, BE, Zaslavsky, AM, Chatterji, S., Ustun, TB (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Smith-Benjamin, L. (1999). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV- SCID-II*. Barcelona: Masson.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Williams, J.B. & Gibbon, M. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I): User's guide and interview. Research version*. Biometrics Research Department, New York. Psychiatric Institute.
- Friborg, O., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K.T. & Rosenvinge, J.H. (2013). Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: A meta-analysis of 30 years of research. *Journal of Affective Disorders*, 145 (2), 143-155. doi: 10.1016/j.jad.2012.07.004.
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Feelings*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J.J. (Ed.) (2007). *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press.
- Guan, B., Deng, Y., Cohen, P. & Chen, H. (2011). Relative impact of Axis I mental disorders on quality of life among adults in the community. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 293-298.
- Hayes, S.C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science & Practice Reviews*, 15, 286-295.
- Jansson, I., Hesse, M. & Fridell, M. (2008). Personality disorder features as predictors of symptoms five years post-treatment. *American Journal on Addictions*, 17(3), 172-175. doi: 10.1080/10550490802019725.
- Karekla, M. & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 163-170.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A.E., First, M., Johnson, J.G., Brook, J.S. & Oldham, J.M. (2007). Comorbid personality disorder and treatment use in a community sample of youths: a 20-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(1), 56-65.
- Keeley, M.L., Storch, E.A., Merlo, L.J. & Geffken, G.R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychological Review*, 28(1), 118-130.
- Kring, A.M. & Bachorowski, J.A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13, 575-599.
- Leibovich de Figueroa, N.B. (1991). Ansiedad: algunas concepciones teóricas y su evaluación. En M. M. Casullo, N. Leibovich de Figueroa, & M. Aszkenazi (Eds.), *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 121-154). Bs. As.: Psicoteca.
- Mennin, D.S. & Farach, F.J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329-352.
- Mennin, D.S. & Heimberg, R.G. (2000). The impact of comorbid mood and personality disorders in the cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Clinical Psychological Review*, 20 (3), 339-357.
- Mikulic, I.M. (1998). *Ecoevaluación Psicológica del Ex delincuente en su Ambiente Natural*. Universidad de Belgrano, Tesis Doctoral no Publicada.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory Psychological Assessment Resources*. Inc Florida. USA.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options*. Ginebra: autor.

- Organización Mundial de la Salud. (2012). *La depresión, una crisis mundial*. Ginebra: autor.
- Prasko, J., Houbová, P., Novák, T., Záleský, R., Espa-Cervená, K., Pasková, B. & Vyskocilová, J. (2005). Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder-comparison study. *Neuro Endocrinology Letters*, 26(6), 667-674.
- Rodríguez Biglieri, R., Auné, S., Vetere, G. (2013). Regulación emocional en pacientes con Trastornos de Ansiedad: un estudio comparativo con una muestra comunitaria. *Anuario de Investigaciones, XIX, Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología. UBA*, 273-280.
- Rodríguez Biglieri, R., Aune, S., Aiello Rocha, V. & Vetere, G. *El Inventario de Respuestas de Afrontamiento como herramienta para la evaluación de regulación emocional*. Manuscrito en preparación.
- Roemer, L., Orsillo, S.M. & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized control trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 76, 1083-1089.
- Rottenberg, J. & Gross, J.J. (2003). When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 227-232.
- Sanderson, W.C., Wetzler, S., Beck, A.T. & Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51 (2), 167-74.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Hyler, S.E., Stein, D.J., Hollander, E., Gallaher, P.E., Lopez, A.E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of Psychiatry Research*, 29 (5), 361-74.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. & Jacobs, G. (1994). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, STAI*. (4ª ed). Madrid: TEA.
- Telch, M.J., Kamphuis, J.H. & Schmidt, N.B. (2011). The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 45(4), 469-474. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.08.008.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Vyskocilova, J., Prasko, J., Novak, T. & Pohlova, L. (2011). Is there any influence of personality disorder on the short term intensive group cognitive behavioral therapy of social phobia? *Bio-medical papers of the Medical Faculty of the University Palacký, Olomouc, Czechoslovakia*, 155(1), 85-94.

Fecha de recepción: 15 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 5 de septiembre de 2013