

Original

Inteligencia Emocional y Ansiedad en tiempos de pandemia: Un estudio sobre sus relaciones en jóvenes adultos

Raquel Moral Castro^a y Carolina Pérez Dueñas^{a, b, c}^aDepartamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Córdoba (España).^bInstituto Maimónides de Investigación Biomédica (IMIBIC), Córdoba (España).^cHospital Universitario Reina Sofía de Córdoba (España).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Article history:

Received el 4 de Agosto de 2021

Accepted el 5 de Marzo de 2022

Available online el 11 de Abril de 2022

Palabras clave:

Ansiedad

Inteligencia Emocional Percibida

Regulación emocional y COVID-19

R E S U M E N

Antecedentes y objetivos: La pandemia de COVID-19 ha provocado que gran parte de la población experimente ansiedad. Los niveles de Inteligencia Emocional Percibida (IEP) y regulación emocional pueden ser factores clave para modular los niveles de ansiedad y prevenir trastornos emocionales. El objetivo es analizar cómo influyen los niveles de IEP y las formas de regulación emocional de reappraisal y supresión en la ansiedad experimentada. **Materiales y métodos:** 99 participantes de 18 a 35 años cumplimentaron el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B) para ansiedad, el Trait Meta Mood Scale (TMMS-24) para IEP, el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) para regulación emocional y un cuestionario sociodemográfico y de situaciones relacionadas con el COVID-19. **Resultados:** Los factores de IEP medidos predicen los niveles de ansiedad, puntuaciones altas en atención y bajas en claridad y reparación predicen distintas respuestas de ansiedad y en distintas situaciones en porcentajes variables. Los factores de reappraisal y supresión no predicen los niveles de ansiedad. Las mujeres experimentan más ansiedad que los hombres y aquellas personas con familiares o amigos que han sufrido COVID-19 experimentan menos ansiedad. **Conclusiones:** Niveles altos en atención y bajos en claridad y reparación son factores de riesgo para experimentar distintos tipos de ansiedad en distintas situaciones, mientras que las formas de regulación emocional de reappraisal y supresión no parecen ser relevantes. Factores sociodemográficos como ser mujer o experiencias relacionadas con el COVID-19 parecen ser factores de riesgo o protectores que deben ser estudiados para prevenir la ansiedad en contextos de pandemia.

Emotional Intelligence and Anxiety during the COVID-19 Pandemic: A study on their relationships in young adults

A B S T R A C T

Background and objectives: The COVID-19 pandemic has caused a large part of the world population to experience anxiety. The levels of Perceived Emotional Intelligence and emotional regulation can be key factors in modulating the levels of anxiety experienced and preventing the emotional disorders. The aim is to analyze how the IEP levels and forms of emotional regulation of reappraisal and suppression influence the anxiety experience. **Materials and methods:** 99 participants aged between 18 and 35 completed the Inventory of Anxiety Situations and Responses (ISRA-B) to analyze anxiety, the Trait Meta Mood Scale (TMMS-24) for IEP, the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) for emotional regulation and a sociodemographic questionnaire and situations related to the experience with COVID-19. **Results:** The measured IEP factors predict anxiety levels, high attention and low clarity and repair predict different anxiety responses and in different situations in variable percentages. Reappraisal and suppression factors do not predict anxiety levels. Women experience more anxiety than men and those who have had relatives or friends who have suffered from COVID-19 experience less anxiety. **Conclusions:** High levels of attention to feelings and low levels of clarity and emotional repair are risk factors for experiencing different types of anxiety in different situations, while the forms of emotional regulation of reappraisal and suppression do not seem to be relevant, sociodemographic factors such as being a woman or one's own experiences in relation to COVID-19 seem to be risk or protective factors that should be studied to prevent anxiety in pandemic contexts.

Keywords:

Anxiety

Perceived Emotional Intelligence

Emotional regulation and

COVID-19

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquelmoral@outlook.es (R. Moral); cpduenas@uco.es (C. Pérez).

Introducción

Estudios recientes han puesto de manifiesto que debido al COVID-19 la población ha presentado depresión, irritabilidad, cambios de humor, angustia emocional, insomnio, estrés postraumático o ira (Salari et al., 2020), aportando evidencias de que las personas han experimentado psicosis, ataques de pánico, ansiedad e incluso pensamientos suicidas, además de emociones como miedo, tristeza e ira. Esto se debe a que es un virus que ha desencadenado un aislamiento social, que no está explorado en profundidad, a su rápida propagación y a unos altos índices de mortalidad, lo que ha favorecido este tipo de emociones y unas devastadoras consecuencias psicológicas y económicas (Brooks et al., 2020). Existen rasgos sociodemográficos que tienen un riesgo añadido para la percepción de amenaza y ansiedad, favoreciendo emociones negativas, por lo que variables como sexo, edad, nivel de estudios, haber dado positivo en COVID-19 o conocer a alguien que haya sufrido la enfermedad deben ser consideradas relevantes como moduladoras de los efectos psicológicos producidos por la COVID-19 (Jurado et al., 2020; Lee et al., 2020).

La ansiedad es una respuesta normal que surge ante la amenaza de un resultado negativo, con una alta prevalencia en la vida cotidiana y se considera que está implicada en la psicopatología de los trastornos emocionales (Cano-Vindel et al., 2020). El comportamiento ansioso está desencadenado por la interacción entre las características de la propia persona y las situaciones en las que se desenvuelve (García-Fernández et al., 2011). La ansiedad puede manifestarse mediante un triple sistema de respuesta: cognitiva, fisiológica o motora, rompiendo la idea de que la ansiedad es un concepto individual y aceptando que es un constructo que se muestra a través de una teoría tridimensional. Estas respuestas pueden surgir ante cuatro tipos de situaciones, como son: situaciones de evaluación, interpersonales, fóbicas y situaciones de la vida cotidiana. Las respuestas cognitivas se definen como la ansiedad que se muestra mediante pensamientos o sentimientos de miedo, inseguridad, temor, amenaza o preocupación, pudiendo llegar a presentar una ansiedad psicopatológica, en la que se percibe la amenaza de forma inminente. El concepto de las respuestas fisiológicas hace alusión a los niveles de activación del sistema nervioso autónomo, sistema nervioso somático y sistema nervioso central y, por ende, aumentando la actividad electrodérmica, cardiovascular, la frecuencia respiratoria y el tono músculo-esquelético. Por último, las respuestas motoras son los índices de agitación motora producidos por el incremento de las respuestas cognitivas y fisiológicas ante las diferentes situaciones (Barlow, 2004). Estas respuestas pueden ser directas como temblores, tics, tartamudeo, inquietud motora o gesticulaciones, disminución de la capacidad para la discriminación perceptiva y de la memoria a corto plazo, o respuestas indirectas que hacen alusión a conductas de evitación o escape que no están controladas por la persona. Este sistema de respuestas puede no covariar entre sí, conociéndose este fenómeno como discordancia o fraccionamiento de la respuesta. Es decir, una persona sometida a una situación ansiosa presenta en cada sistema de respuesta una intensidad diferente, existiendo independencia entre ellos (Martínez-Monteaagudo et al., 2012).

Para poder paliar la ansiedad es de vital importancia el dominio de las habilidades de Inteligencia Emocional (IE) sobre todo la regulación emocional. La IE ayuda a reducir emociones como el miedo o la ira, teniendo en cuenta que cuanto mayor nivel de IE presenten, experimentarán menor intensidad emocional del miedo, la tristeza o la ansiedad (Morón y Biolik-Morón, 2020). Además, promover un estilo de vida saludable y recursos psicológicos, como las habilidades de IE pueden ayudar eficazmente a disminuir los efectos negativos que la pandemia conlleva (Bermejo-Martins et al., 2021). La IE,

según el modelo de Mayer y Salovey (2007), podría definirse como la "habilidad para percibir y valorar la emoción, habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando estos facilitan el pensamiento, habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y habilidad para regular las emociones que promuevan el crecimiento emocional e intelectual" (p. 10). La población con altos niveles de IE es capaz de evaluar las situaciones de ansiedad de forma más positiva al utilizar técnicas de afrontamiento y regulación más adaptativas (Ruiz-Aranda et al., 2014). Por ello, los individuos emocionalmente inteligentes podrían poner en práctica estrategias de afrontamiento más eficaces y manifestar reacciones y respuestas al estrés de menor intensidad (Extremera, 2020).

En este estudio nos centramos en el concepto de Inteligencia Emocional Percibida (IEP), definida como la capacidad percibida de las personas para prestar atención a sus estados de ánimo y emociones, su capacidad para discriminar entre ellos y su capacidad para regularlos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). De acuerdo con la literatura, la IEP se relaciona negativamente con los niveles de ansiedad, en concreto, aquellas personas con menores niveles de ansiedad presentan mayor claridad hacia sus sentimientos y una mayor capacidad para regular sus emociones. Los niveles de la IEP, medida mediante el TMMS-24, tienen un carácter predictivo respecto a la ansiedad (Fernández-Berrocal, Alcaide, et al., 2006).

Por otra parte, el componente de regulación emocional puede ser definido como "el proceso en el que influenciamos las emociones que vamos a tener, cuándo las vamos a tener y cómo las vamos a experimentar y expresar" (Gross, 1998, p. 275). En la literatura encontramos que algunas estrategias de regulación emocional, como la reevaluación cognitiva o *reappraisal*, están relacionadas negativamente con la ansiedad (Joorman et al., 2007).

La regulación emocional y la IEP son dos conceptos diferentes, pero con una fuerte relación. Ser inteligente emocionalmente permite el desarrollo de habilidades estrechamente relacionadas con la regulación emocional. Esta favorece la evaluación de las emociones y proporciona estrategias para poder cambiarlas, modificando su duración, intensidad y valencia (Gross y John, 2003). Podemos señalar que las personas que presentan un déficit en la capacidad de regulación emocional son quienes tienen mayor probabilidad de padecer emociones desadaptativas, siendo estas más intensas y duraderas, favoreciendo la aparición de trastornos emocionales.

Dado que las emociones pueden regularse utilizando numerosas estrategias, en este artículo adoptamos un modelo de procesamiento emocional consensuado para operacionalizar conceptualmente distintas formas de regulación emocional (Gross, 1998). Según este modelo, la regulación emocional puede enfocarse en el antecedente mediante una estrategia denominada *reappraisal*, de manera que la persona puede cambiar la forma de interpretar la situación de forma que disminuya su aversión (Gross y John, 2003) o se puede centrar en la respuesta, utilizando la estrategia denominada *supresión* que consiste en la inhibición de la conducta expresiva de una emoción activada implicando el esfuerzo para controlar las expresiones faciales, verbales y gestuales, asociado a la respuesta emocional en curso (Goldin et al., 2008).

Estudios previos en los que se han relacionado estas dos formas de regulación emocional con los niveles de ansiedad indican que la estrategia de *reappraisal* es más eficaz que la de *supresión* (Breen y Kashdan, 2011; Goldin et al., 2008; Hofmann et al., 2009), por lo que hipotetizamos una correlación negativa entre los niveles de ansiedad experimentados y la estrategia de *reappraisal* y una correlación positiva con la estrategia de *supresión*.

En este estudio es importante resaltar el contexto tan característico en el que se desenvuelve, ya que, en los años 2020 y 2021. España estaba pasando por momentos muy críticos, tanto sanitarios, sociales, económicos y políticos, siendo importante destacar

que el estudio se desarrolla en plena segunda ola sanitaria desde que se decretara el estado de alarma en el país en marzo de 2020. En el momento de la investigación, la tasa de contagios y fallecimientos eran las más elevadas desde que comenzó la pandemia, lo que favoreció el desarrollo y mantenimiento de esa sensación de incertidumbre y ansiedad ante la amenaza del virus, superando la tasa de 500 casos por 100.000 habitantes en la provincia de Córdoba (Arjona, 2021). Destacar que todas las localidades pertenecientes a la provincia se encontraban cerradas perimetralmente, con un toque de queda impuesto a nivel nacional, tal y como se recoge en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, del Boletín Oficial del Estado. Las relaciones sociales tal y como se conocían hasta ahora eran casi inexistentes por el cierre de los locales de ocio y la reducción de personas permitidas en una reunión, según el Decreto del Presidente 2/2021, de 8 de enero, recogido en el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. En cualquier momento se considera oportuno investigar para mejorar el bienestar de la sociedad con el fin de paliar las emociones que más efectos negativos pueden tener para las personas, pero en una situación como la vivida, debería considerarse prioritario.

Así, el objetivo principal de este estudio es analizar cómo influyen los niveles de IEP y las formas de regulación emocional en la ansiedad experimentada en tiempos de pandemia. En concreto, en el triple sistema de respuesta (cognitiva, fisiológica y motora) y las cuatro situaciones descritas anteriormente (situaciones de evaluación, interpersonales, fóbicas y situaciones de la vida cotidiana). Debido a los cambios sociales tan importantes destacados anteriormente y a la literatura previa, adicionalmente exploramos si algunas variables sociodemográficas o factores relacionados con el COVID-19 pueden estar influyendo de manera diferencial en los niveles de ansiedad percibidos, IEP y formas de regulación emocional. Así, de acuerdo con la literatura previa, esperamos encontrar mayores niveles de ansiedad en las mujeres que en los hombres y en aquellas personas que han sufrido COVID-19 o un familiar o amigo lo ha padecido (Jurado et al., 2020; Lee et al., 2020).

En relación con la IEP, hipotetizamos que las personas con mayores niveles de IEP experimentarán menor ansiedad. Por último, respecto a las estrategias de regulación emocional, se esperaba encontrar que las personas que utilizan la estrategia de *reappraisal* experimentarán menor ansiedad y las que utilizan las de supresión su ansiedad será mayor.

Materiales y método

Muestra

En este estudio participaron inicialmente 137 sujetos, pero tras la exclusión de aquellos que no completaron el total de los cuestionarios, fueron 99 los que conformaron la muestra final. El estudio se llevó a cabo en la provincia de Córdoba, España. El 34,3% de los sujetos eran hombres (N = 34) y el 65,7% mujeres (N = 65), con edades comprendidas entre los 18 y 35 años (M = 26,55; DT = 5,30). De los sujetos que proporcionaron estos datos sociodemográficos, el 61,6% se encontraba en una relación de pareja frente al 38,3% que estaban solteros. El 49,4% de los sujetos convivían con sus padres y hermanos. En relación a los estudios y situación laboral, el 55,5% poseía estudios universitarios y el 72,7% se encontraba activo laboralmente. El 17,1% ha estado en tratamiento psicológico, el 11,1% ha sufrido alguna enfermedad relacionada con la ansiedad, y el 5% ha tomado medicación para algún trastorno mental. Atendiendo a los factores relacionados específicamente con el COVID-19, solo el 7% ha sufrido la enfermedad y el 75,7% ha tenido algún familiar o amigo que lo ha sufrido.

Instrumentos

Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA-B), de Cano-Vindel et al., (2020), con formato de situación-respuesta (S-R), en el que se recogen 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. Las situaciones se agrupan en cuatro áreas situacionales: situaciones de evaluación, situaciones interpersonales, situaciones fóbicas y situaciones de vida cotidiana. Por otro lado, las respuestas de ansiedad se dividen en tres subescalas, evaluando tres métodos de respuesta: cognitiva, fisiológica y motora. El conjunto de los 46 ítems analiza la frecuencia con la que la persona experimenta ansiedad, atendiendo a una escala de tipo Likert: desde casi nunca (0) hasta casi siempre (4) para la escala R (respuestas), y desde nada (0) a muchísimo (4) para la escala S (situaciones). Los primeros 24 ítems evalúan la respuesta de ansiedad: a nivel cognitivo (ítems 1 - 7, donde encontramos ítems como "me siento inseguro"), a nivel fisiológico (ítems 8 - 17, donde encontramos ítems como "siento náuseas o mareo") y a nivel motor (ítems 18-24, donde encontramos ítems como "quedo paralizado o mis movimientos son torpes"). La suma de estos 24 ítems arroja un valor de ansiedad autoinformada (total R, Total de Respuestas), además de tres puntuaciones diferentes para cada una de los sistemas de respuesta. Los otros 22 ítems evalúan la ansiedad frente a unas situaciones potencialmente ansiógenas: situaciones de evaluación (7 ítems, por ejemplo "si tengo que hablar en público"), situaciones interpersonales (5 ítems, por ejemplo "cuando tengo que asistir a una reunión social o conocer gente nueva"), situaciones fóbicas (5 ítems, por ejemplo "en lugares altos, o en aguas profundas") y situaciones de vida cotidiana (5 ítems, por ejemplo "en mi trabajo o cuando estudio"). La suma de estos 22 ítems arroja una puntuación total de las situaciones (total S), y cuatro puntuaciones diferentes de cada una de las situaciones. La puntuación total de ansiedad (T) se obtiene sumando el Total de respuestas (R) y el Total de situaciones (S).

Los índices de consistencia interna o alfa de Cronbach son de (.91) para la escala total de respuesta, (.84) para la subescala de respuesta cognitiva, (.86) para la subescala de respuesta fisiológica, (.70) para la subescala de respuesta motora, (.89) para la escala total de situaciones, (.82) para las situaciones de evaluación, (.74) para las situaciones interpersonales, (.69) para situaciones fóbicas, (.74) para situaciones de vida cotidiana y (.94) para el total de ansiedad (Cano-Vindel et al., 2020).

Trait Meta Mood Scale (TMMS-24). Para evaluar la IEP se utilizó la escala TMMS-24, adaptada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), compuesta por 24 ítems que se distribuyen en tres dimensiones de ocho ítems cada una de ellas: atención emocional, percepciones que tiene el sujeto sobre la capacidad de atención y evaluación de los sentimientos, con un coeficiente de alfa de Cronbach de (.90); claridad emocional, comprensión y el análisis de las emociones, para poder etiquetarlas y entender la posibilidad de relación entre estas, con un alfa de Cronbach de (.90) y reparación emocional, habilidad para regular o controlar las propias emociones y la de los otros, teniendo un alfa de Cronbach de (.86). Es una escala de tipo Likert de cinco puntos, desde 1: nada de acuerdo, a 5: totalmente de acuerdo. Para la obtención de las puntuaciones se debe sumar los ítems del 1 al 8 para el factor atención, los ítems del 9 al 16 para el factor claridad, y los ítems del 17 al 24 para el factor reparación.

Emotion Regulation Questionnaire (ERQ). La regulación emocional fue evaluada mediante la versión española validada por Gómez-Ortiz et al., (2016) del ERQ (Gross y John, 2003). Se trata de una escala de autoinforme compuesta por 10 ítems de tipo Likert de siete puntos, desde 1: completamente en desacuerdo, hasta 7: totalmente de acuerdo. Existen dos dimensiones o factores: el primer factor, denominado *reappraisal* o reevaluación cognitiva, recoge seis

ítems, y el segundo factor, supresión emocional, recoge los cuatro ítems restantes. La puntuación toma el promedio de todas las puntuaciones de las escalas de reevaluación cognitiva o *reappraisal* y supresión emocional. Cuanto mayor sea el valor, mayor será el uso de dicha estrategia. El índice de fiabilidad de alfa de Cronbach es de (.79) para la escala de *reappraisal* y (.73) para la escala de supresión (Gómez-Ortiz et al., 2016).

Cuestionario sociodemográfico. Con el fin de conocer los principales datos sociodemográficos y relacionados con la experiencia del COVID-19 de nuestra muestra se incluyeron los siguientes: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral actual, con quién convive, si tiene diagnosticada alguna enfermedad, si toma alguna medicación y si está relacionada con el trastorno de la ansiedad, si ha sufrido COVID-19 o si algún familiar se ha contagiado y si hay algún aspecto relevante a mencionar relacionado con la temática de la investigación: ansiedad, emociones y COVID-19.

Procedimiento

El proceso de participación se realizó mediante un muestreo incidental por accesibilidad, debido a la imposibilidad de realizarlo de forma presencial. La recogida de datos se realizó en diciembre de 2020.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Córdoba y fue realizado siguiendo los estándares éticos de la Declaración de Helsinki de 1964. El estudio se publicitó a través de la red social de Facebook, en la que una de las investigadoras colgó en su página un enlace a la Hoja de Información del estudio en formato online, donde se informaba del estudio y se realizaba la petición de difusión del mismo. Esta información llegó en primera instancia a los contactos de la investigadora (jóvenes adultos). Estos lo compartieron y les llegó a los contactos de sus contactos, y así sucesivamente, hasta ampliar la población objeto de estudio. Se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve, pues un primer sujeto propone a otros la posibilidad de participación, produciendo un efecto acumulativo de participantes. Aquellas personas interesadas en formar parte del estudio accedieron al enlace y adjuntaron su correo electrónico. Posteriormente, la investigadora les envió un correo facilitándole la hoja de Consentimiento Informado para que pudieran expresar su conformidad para ser incluidos. Tras la recepción del documento firmado, se les envió un segundo correo con un enlace web seguro para poder cumplimentar los cuestionarios de la investigación. A cada participante se le asignó un código de identificación personal para garantizar la confidencialidad, de acceso único para el propio sujeto y la investigadora, con el fin de ofrecerle los resultados personales una vez finalizado el estudio. En primer lugar, rellenaron el cuestionario sociodemográfico, después el *ISRA-B*, el *TMMS-24* y finalizaron con el *ERQ*.

Análisis de datos

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 25. En primer lugar, para conocer mejor las características de la muestra, se realizaron análisis descriptivos de las dimensiones de cada cuestionario en función de las variables sociodemográficas y los factores relacionados con el COVID-19 registrados, obteniendo así sus medias y desviaciones típicas. En segundo lugar, con el fin de explorar si existen diferencias significativas en los niveles de ansiedad, IEP o estilos de regulación emocional dependiendo de las características sociodemográficas o factores relacionados con el COVID-19 registradas, se

llevaron a cabo pruebas t de Student (en el caso de dos grupos) y ANOVAs (en el caso de más de dos grupos) en los casos de cumplirse los supuestos de normalidad (calculado mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov) y homocedasticidad (calculado mediante la prueba de Levene). En el caso de no cumplirse los supuestos para los análisis paramétricos, realizamos el análisis no paramétrico correspondiente, la U de Man Whitney o Kruskal Wallis. Mediante el programa G*Power analizamos el tamaño del efecto (TE) y el poder estadístico. Para su interpretación se señala un tamaño del efecto pequeño cuando $d \geq .20$, mediano cuando $d \geq .50$ y grande cuando $d \geq .80$.

En tercer lugar, para analizar la relación entre la ansiedad, la IEP y los estilos de regulación emocional, realizamos análisis de correlación entre los factores del *ISRA-B* y los del *TMMS-24* y el *ERQ*. En el caso de cumplir los criterios para análisis paramétricos realizamos la correlación de Pearson. En caso contrario, el estadístico no paramétrico aplicado fue la correlación de Spearman. De acuerdo con nuestras hipótesis previas, esperamos correlaciones negativas entre los factores del *ISRA-B* y los factores de atención, claridad y reparación y el *reappraisal* y correlaciones positivas entre los factores del *ISRA-B* y el factor de supresión.

Por último, para cumplir con el principal objetivo de la investigación, se realizaron regresiones jerárquicas por pasos sucesivos para cada uno de los factores de ansiedad donde las variables dependientes fueron los factores de ansiedad y las independientes los factores de IEP y estilos de regulación emocional que correlacionaron con cada factor. Por último, se realizó un análisis de potencia estadística mediante el programa G*Power para estudiar los valores del TE de los análisis (f^2) así como los valores de probabilidad de error ($1 - \beta$) con un $\alpha = 0,05$ y un tamaño de la muestra total de 99. Adicionalmente, para el TE empleamos el coeficiente de determinación (R^2), el cual brinda información acerca del porcentaje de variabilidad de la variable dependiente explicada por el modelo (variables independientes). Para su interpretación, se ha señalado que un valor de $R^2 < 0,02$ no tiene TE, $R^2 \geq 0,02$ expresa un TE pequeño, $R^2 \geq 0,13$ un TE mediano y $R^2 \geq 0,26$ un TE grande (Ellis, 2010). Se utilizó el método de pasos sucesivos porque es un procedimiento en el que las variables independientes entran o salen del modelo dependiendo de su significación, lo que nos permite comprobar con mayor eficacia cuáles son las variables que mejor predicen los diferentes tipos de ansiedad, además de evitar problemas de colinealidad.

Resultados

En la **Tabla 1** se pueden ver los análisis descriptivos de todas las variables en función de las diferentes condiciones sociodemográficas y factores relacionados con el COVID-19, aportando la N, media, y desviaciones típicas.

En las variables de ansiedad, IEP y regulación emocional con respecto al sexo, encontramos diferencias significativas en los siguientes tipos y situaciones de ansiedad: ansiedad cognitiva [$t_{(99)} = -4,571$, $p < .05$, IC 95% (-8,224 a -3,244), $1 - \beta = .98$, $d = 1$] con un tamaño del efecto grande, ansiedad fisiológica (rango promedio hombre: 35,79; rango promedio mujer: 57,43; $Z = -3,56$, $U = 622$, $p < .05$, $1 - \beta = .99$, $d = .79$) con un tamaño del efecto mediano, ansiedad total (rango promedio hombre: 35,76; rango promedio mujer: 57,45; $Z = -3,57$, $U = 621$, $p < .05$, $1 - \beta = .99$, $d = .82$) con un tamaño del efecto grande, situaciones de evaluación (rango promedio hombre: 33,37; rango promedio mujer: 58,70; $Z = -4,17$, $U = 539,5$, $p < .05$, $1 - \beta = .99$, $d = .97$) con un tamaño del efecto grande, situaciones fóbicas (rango promedio hombre: 39,54 rango promedio mujer: 55,47; $Z = -2,62$, $U = 749,5$, $p < .05$, $1 - \beta = .98$, $d = .59$) con un tamaño del efecto mediano y situaciones de vida cotidiana (rango promedio hombre: 36,25;

Tabla 1
Estadísticos Descriptivos.

	Ansiedad Cognitiva		Ansiedad Fisiológica		Ansiedad Motora		Ansiedad Total		Situaciones de Evaluación		Situaciones Interpersonales		Situaciones Fóbicas		Situaciones de Vida Cotidiana		Atención		Claridad		Reparación		Reappraisal		Supresión		
	N	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
Total	99	15,00	6,50	9,97	8,983	8,58	5,41	33,55	18,36	18,22	5,83	6,22	3,78	8,36	4,61	5,54	3,35	28,98	5,62	30,07	5,95	30,05	6,26	30,07	6,67	14,82	5,56
Sexo																											
Hombre	34	11,24	5,816	5,88	6,222	7,41	5,269	24,53	14,718	14,76	5,710	5,35	3,190	6,65	4,155	3,88	2,683	27,47	5,796	30,94	5,597	31,97	5,167	16,53	5,235	31,79	5,443
Mujer	65	16,97	5,984	12,11	9,492	9,18	5,417	38,26	18,399	20,03	5,065	6,68	4,000	9,26	4,604	6,40	3,353	29,77	5,399	29,62	6,125	29,05	6,585	13,92	5,552	29,17	7,108
Edad																											
Entre 18 y 25 años	28	16,57	4,582	11,29	9,710	9,61	5,903	37,46	17,326	18,93	4,936	7,00	3,538	8,93	4,311	5,96	3,237	29,75	5,286	29,71	5,912	29,75	5,522	14,14	5,373	28,61	6,391
Entre 26 y 35 años	71	14,38	7,050	9,45	8,698	8,17	5,185	32,00	18,639	17,94	6,164	5,92	3,850	8,14	4,728	5,37	3,398	28,68	5,749	30,21	6,007	30,17	6,568	15,08	5,646	30,65	6,738
Estado civil																											
Soltero	38	15,89	6,204	9,62	7,551	8,59	5,134	34,11	16,494	17,30	5,676	5,89	3,550	8,11	4,789	5,05	3,018	29,49	5,173	28,89	6,480	29,81	7,023	14,14	5,483	29,38	8,132
Casado	14	14,29	5,863	8,93	6,978	7,00	4,095	30,21	14,067	19,43	5,867	7,21	2,547	8,93	4,104	4,64	2,373	27,86	3,570	29,36	4,088	28,07	3,362	16,57	4,146	30,14	4,865
Noviazgo	47	14,23	6,719	9,91	9,670	8,62	5,286	32,77	18,975	18,38	5,863	6,04	4,160	8,21	4,549	5,98	3,548	28,68	6,273	31,00	5,801	30,77	6,315	14,60	5,777	30,40	5,848
Con quién convive																											
Pareja	29	14,52	7,448	10,07	9,787	7,83	6,353	32,41	21,730	17,76	6,621	6,10	4,345	7,14	4,573	5,69	3,892	28,41	5,931	30,59	5,227	29,34	7,103	15,07	5,958	30,48	6,434
Padres	20	14,40	6,091	9,40	8,488	9,30	4,868	33,10	15,754	17,40	5,225	6,75	3,878	9,40	3,761	5,30	3,435	27,60	5,009	28,20	7,770	31,85	5,958	16,55	4,947	29,85	7,095
Padres y hermanos	29	15,69	6,607	10,48	8,433	8,69	4,425	34,86	16,692	18,55	5,520	5,76	3,481	8,59	4,866	5,90	2,870	29,97	6,062	30,59	5,666	29,79	6,779	14,07	5,464	29,45	7,515
Familia	15	14,47	5,866	9,27	10,740	8,33	6,510	32,07	21,110	19,13	6,413	6,53	3,758	8,60	5,289	4,87	3,681	29,33	5,728	31,33	5,753	30,07	4,367	15,00	5,707	31,53	5,055
Compañeros de piso	4	14,75	3,403	9,00	6,377	11,25	4,573	35,00	13,367	18,25	5,188	7,50	2,380	9,00	3,559	5,00	2,160	31,50	3,512	28,00	4,320	29,25	6,131	12,50	4,726	30,75	5,377
Solo	2	22,50	,707	14,00	8,485	7,00	4,243	43,50	13,435	21,50	4,950	4,50	2,121	9,50	7,778	6,50	,707	29,00	1,414	28,50	3,536	27,50	7,778	8,00	4,243	23,00	8,485
Nivel de estudios																											
Estudios Primarios	3	9,00	8,185	3,67	5,508	4,00	6,083	16,67	19,655	13,00	8,718	5,33	3,512	6,67	4,163	4,00	3,464	28,00	1,000	28,33	3,512	26,33	2,887	19,33	4,933	29,33	4,933
Educación Secundaria	6	11,67	6,653	4,17	6,494	9,50	4,970	25,33	15,245	18,00	6,164	6,00	3,742	6,83	4,997	4,83	2,927	24,67	8,524	29,50	9,138	35,50	5,320	17,17	5,913	32,67	6,314
Bachillerato	8	12,50	5,606	6,75	6,985	6,00	4,309	25,25	13,156	16,25	6,409	4,50	4,140	6,63	4,340	3,88	3,523	28,13	6,621	29,13	5,249	29,63	5,999	15,63	3,889	26,63	5,236
Grado Medio	11	15,73	8,296	14,64	12,436	11,73	7,485	42,09	26,542	18,45	6,639	7,73	4,077	10,00	3,633	5,91	4,700	26,82	6,585	31,18	4,792	29,27	6,182	17,91	4,110	30,36	5,201
Grado Superior	16	15,88	7,615	11,06	9,413	9,19	6,348	36,13	21,008	17,56	6,663	6,25	4,282	7,94	4,464	4,88	4,209	28,75	5,459	30,38	8,065	29,50	6,861	14,63	4,745	30,13	7,615
Grado, Diplomatura o Licenciatura	25	15,04	5,412	9,52	8,063	8,12	4,585	32,68	16,129	18,96	5,653	7,00	4,072	8,68	5,445	6,64	2,767	30,00	5,795	29,28	5,792	29,20	7,100	14,88	5,357	27,72	7,080
Máster o Doctorado	30	16,10	6,032	10,86	8,770	8,17	4,497	35,14	15,926	19,07	4,906	5,45	2,971	8,72	4,463	5,69	2,606	30,28	4,165	30,41	4,898	31,24	5,896	12,66	6,405	32,21	6,338
Situación laboral																											
Desempleado	10	17,30	6,601	14,60	6,687	9,60	2,459	41,50	11,891	10,90	5,343	7,40	3,502	11,60	3,864	5,60	3,502	26,60	6,168	28,00	4,899	26,70	7,103	15,40	5,700	29,50	4,503
Estudiante	17	17,00	8,008	13,24	11,099	9,35	5,511	39,59	21,760	18,53	6,043	6,82	4,419	9,47	5,064	6,18	3,695	29,88	5,743	28,65	7,960	29,65	6,538	16,24	5,574	29,53	7,867
Empleado y estudiante	21	15,76	5,881	9,90	9,038	8,71	5,763	34,38	18,195	18,14	5,624	5,76	4,073	7,29	3,052	5,76	3,463	29,29	5,340	29,81	5,288	29,10	6,848	14,10	5,157	28,57	7,717
Está o ha estado en tratamiento psicológico																											
Sí	17	18,00	5,123	13,88	8,873	10,47	5,467	42,35	17,117	21,76	3,562	6,59	4,139	9,12	3,295	6,82	3,893	32,76	4,480	31,00	5,916	29,53	5,970	12,12	5,361	30,59	6,104
No	82	14,38	6,608	9,16	8,844	8,18	5,343	31,72	18,171	17,49	5,959	6,15	3,722	8,21	4,835	5,27	3,186	28,20	5,530	29,88	5,980	30,16	6,355	15,38	5,465	29,96	6,816
Enfermedad relacionada con la Ansiedad																											
Sí	11	20,78	6,741	21,33	10,025	14,67	7,730	56,78	21,638	23,33	3,775	10,89	4,197	11,00	3,122	9,56	4,065	30,22	6,241	27,44	8,748	27,44	7,552	14,89	4,595	25,56	7,230
No	88	13,45	8,042	6,91	7,609	6,91	3,986	27,27	17,413	17,45	6,362	5,00	3,464	6,82	5,689	4,64	3,443	29,55	6,424	30,55	6,393	31,00	6,826	11,36	4,342	30,55	6,154
Toma medicación para algún trastorno mental																											
Sí	5	21,80	6,058	23,00	12,021	17,00	7,348	61,80	24,682	24,00	4,301	11,00	6,633	11,80	2,049	10,80	3,633	31,80	6,496	26,60	6,107	24,80	6,380	15,60	3,782	22,40	5,128
No	94	14,64	6,351	9,28	8,319	8,13	4,945	32,04	16,843	17,91	5,762	5,97	3,444	8,18	4,637	5,26	3,111	28,83	5,566	30,26	5,922	30,33	6,169	14,78	5,650	30,48	6,517

Tabla 1
Estadísticos Descriptivos (continued).

	Ansiedad Cognitiva			Ansiedad Fisiológica			Ansiedad Motora			Ansiedad Total			Situaciones de Evaluación			Situaciones Interpersonales			Situaciones Fóbicas			Situaciones de Vida Cotidiana			Atención		Claridad		Reparación		Reappraisal		Supresión	
	N	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
Ha sufrido Covid-19																																		
Sí	7	19,43	6,630	13,57	11,267	12,00	4,655	45,00	20,944	22,57	4,077	9,29	4,716	12,14	3,338	7,86	3,671	33,00	2,380	28,86	7,403	26,86	6,336	13,29	5,992	32,71	6,897							
No	92	14,66	6,403	9,70	8,802	8,32	5,392	32,67	17,976	17,89	5,832	5,99	3,624	8,08	4,575	5,36	3,277	28,67	5,680	30,16	5,869	30,29	6,227	14,93	5,543	29,87	6,652							
Algún familiar o amigo ha sufrido Covid-19																																		
Sí	75	15,09	5,953	8,41	7,604	8,09	4,788	61,60	15,635	18,19	5,409	6,11	3,555	7,80	4,457	5,01	3,038	28,72	5,471	29,88	5,984	30,23	6,073	14,81	5,260	29,92	6,961							
No	24	14,71	8,121	14,83	11,193	10,08	6,903	39,63	24,463	18,33	7,136	6,58	4,471	10,13	4,712	7,17	3,795	29,79	6,100	30,67	5,947	29,50	6,941	14,83	6,532	30,54	5,793							

rango promedio mujer: 57,19; $Z = -3,46$, $U = 637,5$, $p < .05$, $1 - \beta = .99$, $d = .83$) con un tamaño del efecto grande, donde las mujeres experimentan mayores niveles que los hombres (ver [Tabla 1](#)). Respecto a la IEP y la regulación emocional encontramos solo diferencias estadísticamente significativas en el factor de reparación de la IEP [$t_{(99)} = 2,251$, $p < .05$, IC 95% (0,346 a 5,503), $1 - \beta = .93$, $d = 0.49$] y el factor de supresión de la regulación emocional [$t_{(99)} = 2,261$, $p < .05$, IC 95% (0,319 a 4,894), $1 - \beta = .92$, $d = .48$] ambos con un tamaño del efecto pequeño, donde los hombres tienen puntuaciones más altas que las mujeres (ver [Tabla 1](#)).

En relación a si los familiares o amigos han sufrido COVID-19, encontramos diferencias significativas en los factores de ansiedad fisiológica (rango promedio sí ha sufrido: 45,94; rango promedio no ha sufrido: 62,69; $Z = -2,49$, $U = 595$, $p < .05$, $1 - \beta = .99$, $d = .67$), situaciones fóbicas [$t_{(99)} = -2,194$, $p < .05$, IC 95% (-4,428 a -0,222), $1 - \beta = .94$, $d = .51$] y situaciones de vida cotidiana (rango promedio sí ha sufrido: 45,84; rango promedio no ha sufrido: 63; $Z = -2,56$, $U = 588$, $p < .05$, $1 - \beta = .99$, $d = .63$), las tres con un tamaño del efecto mediano, donde aquellas personas que han tenido la experiencia de algún familiar o amigo contagiado con COVID-19 presentan niveles más bajos que los que no han tenido esa experiencia cercana (ver [Tabla 1](#)).

Dado que en nuestra muestra solo 7 personas han sufrido COVID-19 y 5 toman medicación para algún trastorno mental, realizar comparaciones de medias para estas dos variables no lo consideramos pertinente. Respecto al resto de variables sociodemográficas analizadas, hay que destacar que no hubo diferencias significativas.

En la [Tabla 2](#) se presentan las correlaciones de Pearson y Spearman entre cada uno de los factores del ISRA-B y el TMMS-24 y el ERQ.

A continuación, en la [Tabla 3](#) se presentan los resultados de los análisis de regresión jerárquica por pasos sucesivos, donde las variables dependientes fueron cada uno los tipos de ansiedad medidos por el ISRA-B, y las variables independientes aquellos factores del

TMMS-24 y del ERQ que han correlacionado con cada una de las variables dependientes.

Conclusiones y discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre la IEP, el *reappraisal* y la supresión como estilos de regulación emocional y la ansiedad en tiempos de pandemia en jóvenes adultos. Este estudio aporta datos adicionales a estudios ya realizados en estos dos años de pandemia, en los que se ha puesto de manifiesto el papel de la IE como factor protector de la salud mental durante la pandemia del COVID-19 (ver por ejemplo [Persich et al., 2021](#)). A diferencia de otros estudios, presentamos la influencia de los niveles de IEP y tipos de regulación emocional en los niveles de ansiedad distinguiendo un triple sistema de respuesta (cognitiva, fisiológica y motora) y cuatro tipos de situaciones (de evaluación, interpersonal, fóbicas y de la vida cotidiana). Además, exploramos cómo las variables sociodemográficas y otras relacionadas con el COVID-19 pueden estar influyendo de manera diferencial en los niveles de ansiedad experimentados.

De acuerdo con nuestra hipótesis inicial, los factores de atención, claridad y reparación influyen de forma significativa en los niveles de ansiedad, coincidiendo con estudios, como los de [Fernández-Berrocal, Alcaide, et al., \(2006\)](#), donde se afirma que el rasgo de IE puede desempeñar un papel de alivio en las relaciones afectivas negativas de miedo o ansiedad, moderando la reacción a eventos estresantes. En concreto, altos niveles de atención y bajos de claridad y reparación emocional predicen la ansiedad total y cognitiva, altos niveles de atención y bajos en reparación predicen la ansiedad fisiológica y altos niveles de atención y bajos en claridad predicen la ansiedad motora. Atendiendo a la ansiedad en función de las situaciones encontramos que los altos niveles de atención predicen las situaciones

Tabla 2
Coeficiente de correlación de Pearson o Rho de Spearman y alfa de Cronbach.

Variables	IEP			Regulación Emocional			Alfa de Cronbach
	Atención	Claridad	Reparación	Reappraisal	Supresión		
Ansiedad cognitiva	.259**	-.303**	-.385**	-.207*	.153	.869	
Ansiedad fisiológica	.204*	-.154	-.237**	-.109	.089	.896	
Ansiedad motora	.272**	-.216*	-.215*	-.108	.072	.710	
Total ansiedad	.268**	-.233*	-.335**	-.157	.118	.926	
Situaciones de evaluación	.278**	-.116	-.157	-.150	.081	.841	
Situaciones interpersonales	.094	-.269**	-.148	-.058	.216*	.707	
Situaciones fóbicas	.211*	-.151	-.134	-.037	.020	.690	
Situaciones de la vida cotidiana	.306**	-.257*	-.185	.180	-.182	.786	
Alfa de Cronbach	.835	.897	.868	.728	.860		

*La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

Tabla 3

Análisis de Regresión Jerárquico por Pasos Sucesivos de las Variables de Ansiedad, IE y Regulación Emocional.

Variable	Total R ²	R ² corregida	F	β	1 - β	f ²
Ansiedad Cognitiva						
Paso 1	,148	,139**	16,860**		,98	,173
Reparación				-,385**		
Paso 2	,267	,252**	17,482**		,99	,364
Reparación				-,417***		
Atención				,346**		
Paso 3	,327	,305**	15,364**		,99	,485
Reparación				-,304**		
Atención				,408***		
Claridad				-,279**		
Ansiedad Fisiológica						
Paso 1	,058	,048	5,994		,68	,061
Atención				,241*		
Paso 2	,125	,107	6,855*		,92	,142
Atención				,265*		
Reparación				-,260**		
Ansiedad Motora						
Paso 1	,084	,075*	8,933*		,84	,091
Atención				,290*		
Paso 2	,172	,154*	9,937**		,98	,207
Atención				,290***		
Claridad				-,210**		
Total Ansiedad						
Paso 1	,100	,091**	10,768**		,90	,111
Reparación				-,316**		
Paso 2	,218	,202**	13,371**		,99	,278
Reparación				-,348**		
Atención				,345**		
Paso 3	,254	,230	10,782**		,99	,340
Reparación				-,260*		
Atención				,393***		
Claridad				-,217*		
Situaciones de Evaluación						
Paso 1	,093	,084*	9,988*		,88	,010
Atención				,306**		
Situaciones Interpersonales						
Paso 1	,097	,088*	10,415*		,89	,010
Claridad				-,311**		
Situaciones Fóbicas						
Paso 1	,086	,077*	9,133*		,85	,094
Atención				,293**		
Situaciones de Vida Cotidiana						
Paso 1	,107	,098**	11,588**		,92	,119
Atención				,327**		
Paso 2	,256	,241**	16,524**		,99	,344
Atención				,430***		
Claridad				-,400***		

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

de evaluación y las situaciones fóbicas, bajos niveles de claridad predicen las situaciones interpersonales y que la combinación de estos (altos niveles de atención y bajos en claridad) predice la ansiedad en las situaciones de vida cotidiana. De acuerdo con estudios previos, los niveles altos de claridad y reparación y medios/bajos en atención indicarían una alta IEP (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002). Dado que aquellas personas que prestan más atención a sus sentimientos presentan más ansiedad, tal vez entrenando habilidades atencionales como forma de regulación emocional podrían ser más eficaces. Estos datos convergen con la literatura sobre el estu-

dio de sesgos atencionales en personas ansiosas (Pérez-Dueñas et al., 2009).

Por otra parte, en contraposición a la segunda hipótesis planteada, *reappraisal* y supresión no han influido en los niveles de ningún tipo de ansiedad, cuando son controladas por las dimensiones de la IEP, como ya señalaron investigaciones como la realizada por Biglieri (2012), en la que se estudió la relación de las actitudes ansiosas con otras formas de regulación como el análisis lógico, la búsqueda de apoyo o la resolución de problemas. Sin embargo, se puede apreciar una correlación positiva, aunque pequeña, entre los niveles de

ansiedad cognitiva y el *reappraisal*, y una correlación negativa entre los niveles de ansiedad en situaciones interpersonales y supresión. Dado que los individuos ansiosos presentan sesgos de amenaza en múltiples niveles de procesamiento de información, incluidos los aspectos de orientación de la atención, aprendizaje y *appraisal* cognitivo y la ansiedad cognitiva implica procesos cognitivos, no es de extrañar dicha correlación (Britton, et al., 2011). Esta correlación positiva puede estar mostrando la ineficacia del *reappraisal* como estrategia de regulación emocional en individuos con altos niveles de ansiedad cognitiva. Estudios futuros en los que se entrene el *reappraisal* como estrategia de regulación emocional teniendo en cuenta los niveles de ansiedad cognitiva, fisiológica o motora deberán esclarecer su eficacia en función del tipo de respuesta a la ansiedad. Por otra parte, aunque la literatura indique que la supresión como estrategia de regulación emocional no es tan adaptativa como otras, tal vez en situaciones específicas como las interpersonales sí que pueda serlo (Breen y Kashdan, 2011). Estudios futuros en los que la supresión se utilice como forma de regulación emocional en personas ansiosas solo en situaciones interpersonales podrían arrojar luz a este tipo de relación.

Respecto a las variables sociodemográficas y relacionadas con el COVID-19 registradas, de acuerdo a nuestra hipótesis, el sexo es una variable importante a tener en cuenta, ya que los niveles de ansiedad total, de todos los tipos de respuesta y situaciones diferentes varían en función de ser hombre o mujer, experimentando las mujeres mayores niveles de ansiedad con respecto a los hombres (López et al., 2006). En cuanto a la edad, no se han encontrado diferencias significativas en nuestro estudio, aunque podemos ver mayores niveles en todos los tipos y situaciones de ansiedad cuanto más joven es la población. Esto va en concordancia con los resultados de otros estudios, en los que atribuyen estas diferencias a la falta de habilidades de los jóvenes para afrontar situaciones nuevas o que generan incertidumbre (Hidalgo et al., 2020). El hecho de no encontrar diferencias puede ser debido a la homogeneidad de la muestra. Estos resultados se constatan con estudios como el de Sandín et al. (2020), donde apunta un mayor nivel de ansiedad en la población de menor edad y sexo femenino. El estado civil no ha revelado diferencias en los niveles de ansiedad, pues los tres grupos en los que se divide la muestra (soltero, noviazgo, casado) arrojan resultados similares, en contraposición con otros estudios que recogen que la población casada presenta mayores niveles de ansiedad frente al COVID-19 (Ortega et al., 2021). Estos resultados pueden deberse al hecho de que solo 14 de los 99 participantes en el estudio estaban casados y eran aquellos con más edad. Estudios previos también indican que las personas que viven solas tienen mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental y por tanto de experimentar ansiedad en estas situaciones de pandemia (Andrades-Tobar, 2021). Sin embargo, dado que solo 2 personas de nuestra muestra vivían solas, este estudio no nos permite explorar este factor de riesgo ante la ansiedad. Respecto al nivel de estudios, aunque no se encontraron diferencias significativas, podemos indicar que los sujetos con mayor nivel de estudios tienden a presentar mayores niveles de ansiedad y atención, probablemente por tener un conocimiento mayor de lo que supone el COVID-19 como amenaza para nuestra salud (Lozano-Vargas, 2021). De igual forma, en variables como si han estado en tratamiento psicológico, si tiene alguna enfermedad relacionada con la ansiedad o si toma medicación, aunque no se han encontrado diferencias significativas, existe una tendencia diferencial entre el grupo que ha contestado de manera afirmativa en comparación con el grupo que ha contestado de manera negativa. Este dato va en línea con otros estudios que indican que los niveles de ansiedad de las personas que ya contaban con un diagnóstico y tratamiento psicológico relacionado con la ansiedad se han incrementado con la pandemia, sobre todo en los

grupos considerados de riesgo (Ozamiz-Etxebarria, Dosil-Santamaria, Picaza-Gorrochategui, e Idoiaga-Mondragon, 2020). Respecto al hecho de haber sufrido COVID-19 o no, solo 7 personas de nuestra muestra lo habían padecido y la media de ansiedad total fue mayor que para el resto de participantes en nuestro estudio. Revisando la literatura encontramos cómo el hecho de sufrir COVID-19 ha sido la causa del aumento y, en otros casos, de la aparición de síntomas relacionados con trastornos mentales, como la ansiedad, en gran parte de la población contagiada, siendo estos niveles aún más altos en la población que ya presentaba alguna otra enfermedad previa (Conesa, 2021). Un último dato interesante, a seguir investigando en futuros estudios, es el hecho de que aquellas personas que han tenido un familiar o amigo que ha padecido COVID-19 presentan menores niveles de ansiedad que aquellos que no han tenido esa experiencia. Tal vez este dato se pueda explicar por el hecho de haberse expuesto a la enfermedad, pero sin haberla sufrido en primera persona. Un dato interesante para investigar en futuros estudios que puede ayudar a manejar la coronofobia.

Entre las limitaciones cabe destacar que el estudio se vio afectado en la fase de reclutamiento y posteriormente en el análisis de los resultados debido a las condiciones propias derivadas de la pandemia en la que la recopilación de los datos fue en formato on-line, favoreciendo un reducido tamaño de la muestra por falta de compromiso en la participación. Quizás el protocolo de consentimiento informado pudo afectar, pues muchos sujetos mostraron interés, pero no participaron al no completar el proceso para ser incluidos. El uso único de medidas de autoinforme es otra de las limitaciones de este estudio, por lo que en estudios futuros en los que se puedan aplicar los test de manera presencial se incluirán otras medidas de ejecución con el MSCEIT (Brackett y Salovey, 2006). De igual forma, la presencia de numerosas variables y aspectos que no han sido considerados para ser analizados por el tamaño de la muestra deben ser tenidos en cuenta para futuros estudios.

Por otro lado, si bien es cierto que la situación de confinamiento y la posibilidad de contagio han afectado a nivel emocional, este estudio no ha estado dirigido a la evaluación de los cambios de los niveles de ansiedad en dicho período. Así, las relaciones encontradas entre IEP y ansiedad podrían estar asociadas a la pandemia, a características personales generales de los sujetos o ambos. Por este motivo, planteamos la necesidad de una investigación longitudinal, en la cual ya se está trabajando con los mismos participantes y variables, donde se analicen las diferencias conforme el contexto pandémico vaya modificándose. Igualmente, en estudios futuros se deberán realizar programas específicos de IE con el objetivo de dotar de habilidades socioemocionales a la población para hacer frente a las situaciones ansiógenas derivadas de situaciones extremas similares a las vividas en estos tiempos de pandemia. Tras la obtención de resultados de este estudio y la revisión de la literatura, se considera prioritario abordar estos aspectos desde una perspectiva de género, dadas las diferencias entre hombres y mujeres, sin olvidar el contexto social y las experiencias vividas por cada persona.

Referencias

- Andrades-Tobar, M., García, F. E., Concha-Ponce, P., Valiente, C. y Lucero, C. (2021). Predictores de síntomas de ansiedad, depresión y estrés a partir del brote epidémico de COVID-19. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 26(1), 13-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.28090>
- Arjona, A. (18 de enero de 2021). Córdoba capital supera ya la tasa de 500 casos y se sitúa a las puertas del cierre perimetral. *Diario Córdoba*. <https://www.diariocordoba.com/cordoba-ciudad/2021/01/18/cordoba-capital-supera-tasa-500-35863376.html>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Bermejo-Martins, E., Luis, E. O., Fernández-Berrocal, P., Martínez, M. y Sarrionandia, A. (2021). The role of emotional intelligence and

- self-care in the stress perception during COVID-19 outbreak: An intercultural moderated mediation analysis. *Personality and Individual Differences*, 177, 110679. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110679>
- Biglieri, R. (2012). Regulación emocional en pacientes con trastornos de ansiedad: un estudio comparativo con una muestra comunitaria. *Anuario de Investigaciones*, 19, 273-280. <http://org/articulo.oa?id=369139948028>
- Brackett, M. A. y Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT). *Psicothema*, 18, 34-41.
- Breen, W. E. y Kashdan, T. B. (2011). Anger suppression after imagined rejection among individuals with social anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 25(7), 879-887. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.04.009>
- Britton, J. C., Lissek, S., Grillon, C., Norcross, M. A. y Pine, D. S. (2011). Development of anxiety: the role of threat appraisal and fear learning. *Depression and anxiety*, 28(1), 5-17. <https://doi.org/10.1002/da.20733>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. y Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moretti, L. S. y Medrano, L. A. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad Breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés*, 26(2-3), 155-166. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.07.004>
- Conesa, A. G. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en los síntomas de salud mental y actuaciones de fisioterapia. *Fisioterapia*, 43(1), 1. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2020.11.001>
- Decreto del Presidente 2/2021, de 8 de enero, por el que se establecen medidas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía en aplicación del Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-COV-2. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, Sevilla, 8 de enero de 2021, núm.3, pp. 4-8.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge University Press.
- Extremera, N. (2020). Coping with the stress caused by the COVID-19 pandemic: future research agenda based on emotional intelligence. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 631-638. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783857>
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91(1), 47-59. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.1.47>
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el TMMS. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 101-122.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. y Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1). <http://doi.org/10.25115/ejrep.v6i15.1289>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological reports*, 94(3), 751-755. <https://doi.org/10.2466%2Fpr0.94.3.751-755>
- García-Fernández, J. M., Inglés, C. J., Martínez-Monteaquedo, M. C., Marzo, J. C. y Estévez-López, E. (2011). Inventario de Ansiedad Escolar: Validación en una muestra de estudiantes de Educación Secundaria. *Psicothema*, 23(2), 301-307. <https://doi.org/10.5093/ed2013a5>
- Goldin, P. R., McRae, K., Ramel, W. y Gross, J. J. (2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577-586. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.05.031>
- Gómez-Ortiz, O., Romera, E. M., Ortega-Ruiz, R., Cabello, R. y Fernández-Berrocal, P. (2016). Analysis of emotion regulation in Spanish adolescents: Validation of the Emotion Regulation Questionnaire. *Frontiers in psychology*, 6, 1959. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01959>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationship, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. <https://org/doi/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hidalgo, M.D., Balluerka, N., Gorostiaga, A., Espada, J.P., Santed, M.Á., Padilla, J.L. y Gómez-Benito, J. (2020). The psychological consequences of COVID-19 and lockdown in the Spanish population: an exploratory sequential design. *International journal of environmental research and public health*, 17(22), 8578. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228578>
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T. y Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 389-394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.010>
- Jormann, J., Siemer, M. y Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of abnormal psychology*, 116(3), 484-490. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.3.484>
- Jurado, M. D. M. M., Herrera-Peco, I., del Carmen Pérez-Fuentes, M. y Linares, J. J. G. (2020). Análisis de la amenaza percibida por la COVID-19 en población española. *Atención Primaria*, 52(7), 515-516. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.05.001>
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A. y Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102268. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>
- López, M. P. S., García, M. E. A. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Lozano-Vargas, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(1), 1-2. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3930>
- Martínez-Monteaquedo, M. C., Inglés, C. J., Cano-Vindel, A. y García-Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y estrés*, 2-3(18), 201-219. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.01.036>
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (2007). Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test. *Multi-Health Systems Incorporated*. <https://doi.org/10.1177%2F15345084070330010601>
- Moroñ, M. y Biulik-Moroñ, M. (2021). Trait emotional intelligence and emotional experiences during the COVID-19 pandemic outbreak in Poland: A daily diary study. *Personality and Individual Differences*, 168, 110348. <https://doi.org/10.1016%2Fj.paid.2020.110348>
- Ortega, A. L., Mesa, I. C., Peña, S. J. y Ramírez, A.A. (2021). Miedo al coronavirus, ansiedad y depresión en profesionales de la salud. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 25(109), 98-106. <https://doi.org/10.47460/uct.v25i109.454>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., e Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Pérez-Dueñas, C., Acosta, A. y Lupiáñez, J. (2009). Attentional capture and trait anxiety: Evidence from inhibition of return. *Journal of anxiety disorders*, 23(6), 782-790. <https://org/doi/10.1016/j.janxdis.2009.03.002>
- Persich, M. R., Smith, R., Cloonan, S. A., Woods-Lubbert, R., Strong, M. y Killgore, W. D. (2021). Emotional intelligence training as a protective factor for mental health during the COVID-19 pandemic. *Depression and anxiety*, 38(10), 1018-1025. <https://doi.org/10.1002/da.23202>
- Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación en crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 14 de marzo de 2020, núm. 67, pp. 25390-25400.
- Ruiz-Aranda, D., Extremera, N. y Pineda-Galán, C. (2014). Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: the mediating effect of perceived stress. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(2), 106-113. <https://doi.org/10.1111/jpm.12052>
- Sandín B., Chorot, P., García-Escalera, J. y Valiente, R. M. (2021). Impacto emocional de la pandemia de COVID-19 durante el periodo de confinamiento en España: Factores protectores y factores de riesgo/vulnerabilidad. *Acción Psicológica*, 18(1), 27-44. <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29520>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoolpoor, S., Mohammadi, M. y Khaleidi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and health*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186%2F12992-020-00589-w>