

Original

Explorando la relación entre las somatizaciones, la ansiedad y la regulación emocional. El efecto mediador de las estrategias desadaptativas.

Gabriel Esteller Collado^{1,2}, María Carpallo González², Roger Muñoz Navarro²¹ Universidad Miguel Hernández² Universidad de Valencia, Facultad de Psicología

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de septiembre de 2023

Aceptado el 5 de noviembre de 2023

Palabras clave:

Ansiedad
Somatizaciones
Regulación emocional
GAD-7
PHQ-15
Estrategias cognitivas adaptativas
Estrategias cognitivas desadaptativas

Keywords:

Anxiety
Somatizations
Emotional regulation
Strategies
GAD-7
PHQ-15
Adaptive cognitive strategies
Maladaptive cognitive strategies

R E S U M E N

Los trastornos emocionales como la ansiedad, la depresión o las somatizaciones son los más frecuentes en la población mundial. En el caso concreto de los trastornos de ansiedad y por somatización la incidencia se sitúa en el 11 y 12%, respectivamente. La relación entre sendos trastornos ha sido ampliamente estudiada, mostrando la existencia de una relación bidireccional entre ambos. Sin embargo, los mecanismos que explican dicha interrelación todavía requieren de mayor estudio. El objetivo del presente trabajo es estudiar el rol mediador de las estrategias cognitivas de regulación emocional adaptativas y desadaptativas en la relación entre la ansiedad y los síntomas somáticos. Para ello, se ha utilizado una muestra de 1,730 participantes españoles. La muestra fue recogida mediante encuestas online dentro de un diseño observacional transversal. Para analizar los datos recogidos se plantean análisis correlacionales de las variables implicadas, así como tres modelos de mediación multivariable entre los síntomas de ansiedad (ansiedad generalizada, ansiedad cognitivo-afectiva o ansiedad somática), las estrategias cognitivas de regulación emocional adaptativas y desadaptativas, y los síntomas somáticos. Los resultados muestran que las estrategias de regulación emocional desadaptativas juegan un rol mediador solo entre la ansiedad de tipo somático y los síntomas somáticos, mientras que este efecto no se observó entre los síntomas de ansiedad generalizada y ansiedad cognitiva. Se debaten las implicaciones clínicas a la hora de abordar los trastornos de ansiedad y las somatizaciones.

Exploring the relationship between somatizations, anxiety and emotional regulation. The mediating effect of maladaptive strategies

A B S T R A C T

Emotional disorders such as anxiety, depression or somatization are the most frequent in the world's population. In the specific case of anxiety and somatoform disorders, the incidence is 11% and 12%, respectively. The relationship between the two disorders has been extensively studied, showing the existence of a bidirectional relationship between them. However, the mechanisms that explain this interrelationship still require further study. The aim of the present work is to study the mediating role of adaptive and maladaptive cognitive strategies of emotional regulation in the relationship between anxiety and somatic symptoms. For this purpose, a sample of 1,730 Spanish participants was used. The sample was collected through online surveys within a cross-sectional observational design. In order to analyze the data collected, correlational analyses of the variables involved, as well as three multivariate mediation models between anxiety symptoms (generalized anxiety, cognitive-affective anxiety or somatic anxiety), adaptive and maladaptive cognitive strategies of emotional regulation, and somatic symptoms are proposed. Results show that maladaptive emotional regulation strategies play a mediating role only between somatic-type anxiety and somatic symptoms, whereas this effect was not observed between generalized anxiety and cognitive anxiety symptoms. Clinical implications for addressing anxiety disorders and somatization are discussed.

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gesteller@umh.es (G. Esteller Collado), macargo7@alumni.uv.es (M. Carpallo González), roger.munoz@uv.es (R. Muñoz Navarro).
<https://doi.org/10.5093/anyes2023a18>

1134-7937/© 2023 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Colegio de la Psicología de Madrid. Todos los derechos reservados.

Introducción

Los trastornos emocionales como la ansiedad, la depresión o las somatizaciones han aumentado significativamente en los últimos años (Vos et al., 2015) y son considerados como los trastornos mentales más comunes en la población (Steel et al., 2014). Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud han estimado la prevalencia global de los trastornos emocionales en un 3,6% (World Health Organization, 2017). Sin embargo, otros estudios señalan cifras más elevadas cuando se habla específicamente de los trastornos de ansiedad y trastornos por somatización, indicando cifras del 12% y 11% respectivamente (Wittchen & Jacobi, 2005). En España, según el último informe realizado por el Ministerio de Sanidad español en el año 2021, la incidencia de los trastornos de ansiedad se sitúa cercana al 10,4% y los trastornos por somatización en un 5,5% (Subdirección General de Información Sanitaria, 2021).

Numerosos trabajos han estudiado la relación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos por somatización (Burton et al., 2011; Lipsanen et al., 2004), señalando que la atención selectiva a procesos corporales aumenta la verbalización de los síntomas somáticos y, por tanto, un mayor grado de experimentación de los mismos (de ahora en adelante se tratarán como sinónimos los términos somatizaciones y síntomas somáticos) (Deary et al., 2007; Mallorquí-Bagué et al., 2016). Autores como Larson et al. (2004) o Rief & Barsky (2005) han defendido que la ansiedad es una respuesta del organismo que precede y provoca la aparición de síntomas somáticos debido al aumento de conciencia o de la alteración de la percepción de las sensaciones físicas. Asimismo, también se ha señalado que la ansiedad y las somatizaciones tienen una alta tasa de comorbilidad debido a su etiología y que, por ello, se encuentran estrechamente relacionadas, llegando a presentar una relación bidireccional (Meuret et al., 2020; Penninx et al., 2021).

En este sentido, en el ámbito clínico, es fundamental contar con herramientas eficaces y precisas para la detección y diferenciación del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y los síntomas somáticos. Entre las herramientas disponibles para la detección de TAG se encuentra la escala de autoinforme *Generalized Anxiety Disorder* (GAD-7), la cual ha mostrado ser eficaz tanto para población general (Spitzer et al., 2006) como para entornos de atención primaria (Muñoz-Navarro et al., 2017). El GAD-7 es un cuestionario breve de siete ítems que ha mostrado la posibilidad de diferenciar dos subfactores o manifestaciones de la ansiedad, un factor cognitivo y un factor somático (Beard & Björgvinsson, 2014; Kertz et al., 2012; Moreno et al., 2019; Moriana et al., 2022; Parkerson et al., 2015). En el caso de los síntomas somáticos, una de las herramientas más utilizadas y eficaces es el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15; Kroenke et al., 2002). Este cuestionario permite detectar la presencia e intensidad de síntomas somáticos mediante quince ítems autoadministrados. Algunos estudios como el realizado por Cano-García et al. (2020) han mostrado la posibilidad de diferenciar en la estructura del PHQ-15 un factor general, cuatro factores específicos de síntomas (dolor, gastrointestinal, cardiopulmonar y fatiga) y un tercer modelo de tipo *bifactor* que engloba a los dos anteriores. Dados los objetivos del presente estudio se han tenido en consideración únicamente las puntuaciones en el factor general del PHQ-15.

Otros autores han centrado su foco de estudio sobre cómo las estrategias de regulación emocional se relacionan con la ansiedad y las somatizaciones (Ariapour & Rajabi, 2016; Brown et al., 2013; Koechlin et al., 2018). Según el DSM-5, los trastornos por síntomas somáticos (TSS) se caracterizan por la presencia de al menos un síntoma corporal persistente, un deterioro a nivel cognitivo, afectivo y conductual, y por una alteración en los procesos de regulación emocional (American Psychiatric Association, 2014). Los trastornos emocionales como el TAG o el TSS pueden manejarse y verse afectados

mediante lo que algunos autores han denominado como estrategias cognitivas de regulación emocional (CERS, por sus siglas en inglés *cognitive emotion regulation strategies*) (Aldao et al., 2010; Dryman & Heimberg, 2018; Naragon-Gainey et al., 2017; O'Rourke & Egan, 2023; Usta & Karas, 2021). Se pueden diferenciar dos tipos de CERS: las CERS adaptativas, como la reevaluación positiva, la aceptación y la resolución de problemas y las CERS desadaptativas, como la preocupación, la rumiación o el catastrofismo (Naragon-Gainey et al., 2017). Esta diferenciación entre CERS adaptativas y desadaptativas se basa en cómo dichas estrategias ayudan a la persona a regular de manera eficaz y consciente sus emociones tras un evento negativo (Jermann et al., 2006). Estudios como el de Ellard et al. (2017) han señalado que el uso de CERS desadaptativas está directamente relacionado con mayores niveles de ansiedad y somatizaciones, y algunas CERS como la rumiación o la preocupación se ha relacionado de forma directa y positiva con los síntomas de ansiedad y somatización (Aldao et al., 2010; Falahatdoost et al., 2020; McEvoy et al., 2013; Schnabel et al., 2022; Tang & Thomas, 2020). Asimismo, el uso disfuncional de estrategias como la metacognición, la conciencia sobre nuestros propios pensamientos, puede llevar a sesgos atencionales dirigidos hacia la amenaza y generar un mayor empleo de las CERS desadaptativas, llevando así a mayores niveles de ansiedad y síntomas somáticos (Wells & Matthews, 2014). Como se puede ver, múltiples autores han estudiado la relación entre la ansiedad, las somatizaciones y las CERS, sin embargo, no se tiene conocimiento de estudios que hayan investigado dicha relación en un modelo de mediación y tomando en consideración los diferentes subfactores del GAD-7.

El objetivo del presente trabajo es estudiar la relación que existe entre los síntomas de ansiedad generalizada y los síntomas somáticos a través de las CERS adaptativas y desadaptativas. Para ello, se proponen tres modelos de mediación donde las variables mediadoras (CERS adaptativas y desadaptativas) y dependiente (síntomas somáticos medidos mediante el PHQ-15) se mantienen estables, pero se utilizan tres variables independientes diferentes (el factor general, el factor cognitivo y el factor somático del GAD-7).

Método

Participantes y procedimiento

Este estudio sigue un diseño observacional transversal. La muestra fue recogida mediante encuestas *on-line* a través de la plataforma *Survey Monkey*. Los participantes del estudio fueron personas adultas con una edad igual o superior a los 18 años. Con el objetivo de recoger la mayor cantidad de muestra se difundió el enlace de la encuesta, junto con una pequeña descripción del estudio y el consentimiento informado, a través de diversos canales *on-line* y personales (e-mail, redes sociales y WhatsApp). La duración estimada para completar los cuestionarios era de unos 15 minutos y cualquier persona con acceso al enlace podía participar. Debido a las propias características observacionales del estudio el único criterio de exclusión fue una edad inferior a los 18 años de edad. Este proyecto fue aprobado por el comité ético evaluador del Hospital Clínico La Fe de Valencia, asegurando la confidencialidad y anonimidad de los datos. Todos los participantes antes de iniciar la encuesta debían leer y firmar el consentimiento informado.

Una vez cerrado el periodo de recogida de datos (4 semanas aproximadamente) un total de 2,647 personas habían comenzado la encuesta, pero solamente 1,730 la habían finalizado correctamente (un 66.7% del total alcanzado). Por tanto, la muestra final se encuentra compuesta por 1,730 participantes mayores de edad provenientes de todo el Estado español. Del total de participantes 1,330 son mujeres (76.9%), 395 son hombres (22.8%) y 5 se identifican como género di-

verso (0.3 %). En cuanto a la edad, las categorías con mayor frecuencia fueron 26-39 años y 40-59 años, acumulando aproximadamente el 77.5 % de la muestra. A continuación, se muestra la [Tabla 1](#) con las características sociodemográficas de la muestra al completo.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

	Muestra total (n = 623)	
	n	%
Género		
Hombre	395	22.8
Mujer	1,330	76.9
Diverso	5	0.3
Edad		
18-25 años	273	15.8
26-39 años	588	34.0
40-59 años	752	43.5
60+	117	6.8
Estado civil		
Casado	652	37.7
Divorciado	142	8.2
Viudo	13	0.8
Soltero	606	35.0
Pareja no casada	317	18.3
Nivel Educativo		
No escolarizado	1	0.1
Educación básica	42	2.4
Educación secundaria	96	5.5
Bachillerato	219	12.7
Estudios universitarios	690	39.9
Máster/Doctorado	682	39.4
Situación laboral		
Tiempo completo	826	47.7
Tiempo parcial	152	8.8
Desempleado en búsqueda de trabajo	215	12.4
Desempleado sin búsqueda de trabajo	187	10.8
Despedido	172	9.9
Temporalmente incapacitado para trabajar	92	5.3
Permanentemente incapacitado para trabajar	6	0.3
Jubilado	80	4.6
Nivel de ingresos anuales		
Menos de 12.000 euros	244	14.1
Entre 12.000 y 14.000	545	31.5
Entre 24.000 y 36.000	501	29.0
Entre de 36.000 y 60.000	316	18.3

Instrumentos

Para la selección de los instrumentos utilizados se siguieron principalmente dos criterios. Por un lado, que los instrumentos fueran breves, ya que debido al método de recolección de datos, cuestionarios muy largos podían llevar a una potencial pérdida de muestra por no ser completados en su totalidad. Y por otro, que todos ellos se encontrasen validados y traducidos al español.

Medidas sintomáticas

Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15): el PHQ-15 fue utilizado para evaluar los síntomas somáticos ([Kroenke et al., 2002](#)). Se

utilizó la versión española del PHQ ([Spitzer et al., 1999](#)) formada por 13 ítems referentes a síntomas somáticos más 2 ítems extras provenientes del PHQ-9 referentes al sueño y la fatiga. En todos los ítems el paciente debe responder en una escala de tipo Likert de 0 a 2 (0= no me ha molestado nada, 1= me ha molestado un poco y 2= me ha molestado mucho) y la puntuación máxima del cuestionario son 30 puntos. Como se ha comentado anteriormente, algunos estudios han mostrado la posibilidad de diferenciar una estructura bifactorial en este instrumento. Sin embargo, dadas las características del presente trabajo se utilizarán solamente las puntuaciones en el factor general del PHQ-15. La media (DV) del PHQ-15 en la muestra fue 6.7 (4.7) y la fiabilidad fue buena ($\alpha = .82$).

Generalized anxiety disorder-7 (GAD-7): el GAD-7 fue utilizado para evaluar los síntomas de ansiedad generalizada. Se trata de un cuestionario compuesto por 7 ítems con una escala de respuesta de tipo Likert de 4 puntos de anclaje (0 = nunca, 1=varios días, 2=más de la mitad de los días y 3=casi todos los días). La persona debe responder en base a la frecuencia que ha presentado los síntomas indicados durante las últimas dos semanas. La puntuación máxima que se puede obtener son 21 puntos. De este cuestionario se puede obtener un factor general realizando la suma de las puntuaciones parciales de los siete ítems o dos subfactores (cognitivo y somático). Para la obtención del subfactor cognitivo- emocional se suman las puntuaciones de los ítems 1, 2 y 3; y para el subfactor somático los ítems 4, 5, 6 y 7 ([Moreno et al., 2019](#)). Se ha utilizado la versión española validada por [García-Campayo et al. \(2010\)](#). La media (DV) del GAD-7 en la muestra fue 6.3 (4.7). Asimismo, la fiabilidad en la escala global y en los factores cognitivo y somático fue buena, respectivamente $\alpha = .88$, $\alpha = .85$ y $\alpha = .76$.

Medidas de estrategias de regulación emocional

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-Short): esta escala fue utilizada para evaluar las estrategias cognitivas de regulación emocional adaptativas y desadaptativas ([Garnefski et al., 2001](#)). Se trata de una versión abreviada del CERQ original que se encuentra validada por [Garnefski & Kraaij \(2006\)](#). El *CERQ-Short* se compone de 18 ítems correspondientes a 9 subescalas, 5 para las estrategias de regulación emocional adaptativas (reenfoque positivo, aceptación, reevaluación positiva, reenfoque en la planificación y puesta en perspectiva) y 4 para las desadaptativas (rumiación, catastrofismo, culpa a otros y autocolpa). La escala de respuesta es tipo Likert con 5 puntos de anclaje (1= casi nunca a 5= casi siempre) y los resultados permiten obtener las puntuaciones parciales para las 9 subescalas, así como para los dos subfactores "estrategias de regulación emocional adaptativas (CERS adaptativas)" y "estrategias de regulación emocional desadaptativas (CERS desadaptativas)". La consistencia interna de ambos factores en la muestra fue buena, ($\alpha = .81$) para las CERS adaptativas y ($\alpha = .73$) para las CERS desadaptativas.

Análisis

Para realizar los análisis estadísticos se ha utilizado el Software de análisis de datos IBM-SPSS (v.26). En primer lugar, se han calculado los estadísticos descriptivos básicos de las variables implicadas en el estudio (PHQ-15, GAD-7-general, GAD-7- cognitivo, GAD-7-somático, CERS Adaptativas y CERS Desadaptativas). En segundo lugar, se ha calculado mediante la *r* de Pearson la matriz de correlaciones de dichas variables con el objetivo de estudiar la naturaleza de su relación.

Finalmente, mediante la Macro PROCESS (v.3.5) ([Hayes, 2018](#)) se realizaron 3 modelos de análisis de mediación multivariable

(modelo 4), cada uno de ellos con una variable independiente distinta (X). En el primer modelo, la variable independiente fue la puntuación en el GAD-7-general, en el segundo la puntuación en el GAD-7-cognitivo y, en el tercero, la puntuación en el GAD-7-somático. En todos los modelos la variable dependiente (Y) fue la puntuación en el PHQ-15 (síntomas somáticos) y los mediadores (M) fueron los dos subfactores del CERQ-Short, las CERS adaptativas y las CERS desadaptativas. En los tres modelos de mediación multivariable se seleccionó un intervalo de confianza al 95% y 10000 muestras de Bootstrapping.

Para todos los modelos se estudian los efectos directos de la variable X sobre los mediadores (a), los efectos directos de los mediadores (M) sobre la variable Y (b), el efecto directo (c'), el efecto total (c) y el efecto indirecto de los mediadores sobre la relación entre X e Y. A continuación, se muestra el modelo hipotético de mediación multivariable propuesto (Figura 1).

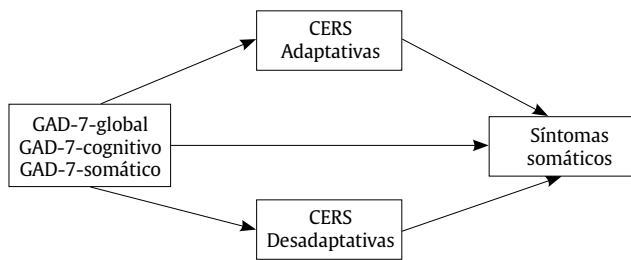


Figura 1
Modelo hipotético de mediación multivariable con cada una de las variables independientes.

Resultados

Estadísticos descriptivos y análisis correlacionales

A continuación, se expone la tabla de descriptivos con las medias, desviaciones típicas y la matriz de correlaciones obtenida para todas las variables de estudio (tabla 2). Como se puede ver, el factor general del GAD-7 correlaciona de forma directa y significativa con los dos subfactores del GAD-7, somático y cognitivo ($r = .94$ y $p = .001$; $r = .96$ y $p = .001$ respectivamente). Asimismo, podemos ver que el factor general del GAD-7 correlaciona de forma directa y significativa con las CERS desadaptativas ($r = .54$ y $p = .001$) y de forma indirecta y significativa con las CERS adaptativas ($r = -.10$ y $p = .001$). Finalmente, con respecto al factor general del GAD-7, vemos que correlaciona de forma directa y significativa con las puntuaciones en el PHQ-15 ($r = .62$ y $p = .001$). El factor GAD-7-cognitivo-emocional correlaciona de forma directa y significativa con el factor GAD-7-somático ($r = .79$ y $p = .001$), con las CERS desadaptativas ($r = .50$ y $p = .001$) y con las puntuaciones del PHQ-15 ($r = .58$

y $p = .001$); y de forma indirecta y significativa con las CERS adaptativas ($r = -.09$ y $p = .001$). El factor GAD-7-somático correlaciona de forma directa y significativa con las CERS desadaptativas ($r = .52$ y $p = .001$) y con las puntuaciones del PHQ-15 ($r = .59$ y $p = .001$); y de forma indirecta y significativa con las CERS adaptativas ($r = -.10$ y $p = .001$). Las puntuaciones en el PHQ-15 no correlacionan de forma significativa con las CERS adaptativas.

Modelos de mediación multivariable

En primer lugar, se exponen los resultados del modelo de mediación multivariable que toma como variable independiente (X) el factor general del GAD-7. Los efectos directos de la variable independiente sobre las dos variables mediadoras resultaron significativos: para las CERS adaptativas ($\beta = -.16$; $SE = .03$; $t = -4.37$; $p < .001$) y para las desadaptativas ($\beta = .59$; $SE = .02$; $t = 26.84$; $p < .001$). En cuanto a los efectos directos de las variables mediadoras sobre los síntomas somáticos del PHQ-15 ninguno fue significativo: para las CERS adaptativas ($\beta = .01$; $SE = .01$; $t = 1.15$; $p = .24$) y para las CERS desadaptativas ($\beta = .01$; $SE = .02$; $t = .34$, $p = .73$). Los efectos indirectos no fueron significativos (figura 2, tabla 3).

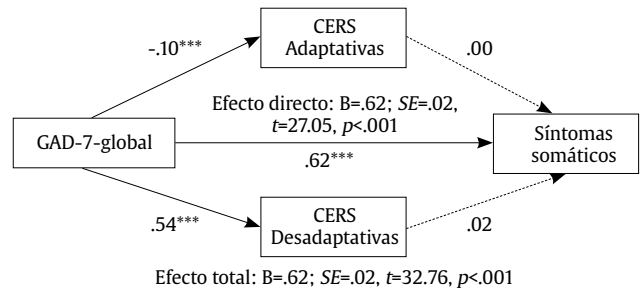


Figura 2
Modelo de mediación entre el GAD-7-global, las estrategias de regulación emocional (CERS) y los síntomas somáticos (PHQ-15).

En segundo lugar, se presenta el modelo que toma como variable independiente (X) el factor cognitivo del GAD-7. Los efectos directos de la variable independiente sobre los dos mediadores resultaron significativos: para las CERS adaptativas ($\beta = -.24$; $SE = .06$; $t = -4.15$; $p < .001$) y para las desadaptativas ($\beta = .97$; $SE = .03$; $t = 27.68$; $p < .001$). Los efectos directos de los mediadores sobre los síntomas somáticos no fueron significativos ni para las CERS adaptativas ($\beta = .01$; $SE = .01$; $t = .61$; $p = .54$) ni para las CERS desadaptativas ($\beta = .03$; $SE = .02$; $t = 1.32$; $p = .19$). Los efectos indirectos no fueron significativos (figura 3, tabla 3).

En tercer lugar, se expone el modelo que toma como variable independiente (X) el factor somático del GAD-7. Los efectos directos

Tabla 2
Estadísticos descriptivos y matriz de correlaciones (n = 1,753)

Variables	M	DT	1	2	3	4	5	6
1. GAD-7-General	6.31	4.67	-					
2. GAD-7-Cognitivo	2.89	2.28	.94**	-				
3. GAD-7-Somático	3.41	2.66	.95**	.79**	-			
4. CERS Adaptativas	35.87	7.19	-.10**	-.09***	-.10	-		
5. CERS Desadaptativas	16.21	5.10	.54*	.50**	.52**	.07**	-	
6. PHQ-15	6.67	4.68	.62***	.58**	.59**	-.04	.34**	-

Nota. ** Correlación es significativa a nivel .01 (bilateral)

de la variable independiente sobre las dos variables mediadoras resultaron significativos: para las CERS adaptativas $\beta = -.34$; $SE = .08$; $t = -4.04$; $p < .001$ y desadaptativas ($\beta = 1.11$; $SE = .05$; $t = 20.79$; $p < .001$). En cuanto a los efectos directos de los mediadores sobre los síntomas somáticos, fueron significativos para las CERS desadaptativas ($\beta = .09$; $SE = .02$; $t = 4.66$; $p < .001$), pero no para las CERS adaptativas ($\beta = .01$; $SE = .01$; $t = .20$; $p = .84$). Los efectos indirectos fueron significativos para las CERS desadaptativas (figura 4, tabla 3).

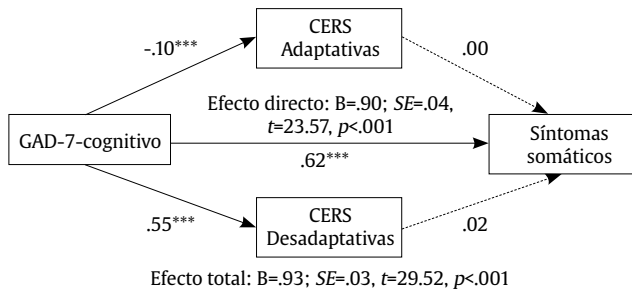


Figura 3
Modelo de mediación entre el GAD-7-cognitivo, las estrategias de regulación emocional (CERS) y los síntomas somáticos (PHQ-15).

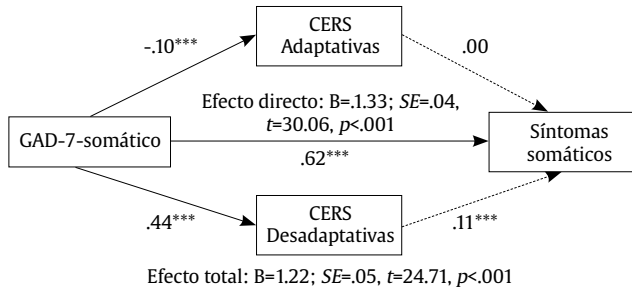


Figura 4
Modelo de mediación entre el GAD-7-somático, las estrategias de regulación emocional (CERS) y los síntomas somáticos (PHQ-15).

Finalmente, se exponen las estimaciones de los efectos indirectos sobre la variable dependiente para cada uno de los modelos de mediación multivariable calculados. Los efectos indirectos resultan significativos cuando el intervalo de confianza no incluye el valor 0, por tanto, como podemos observar en la tabla, solo el efecto indirecto del factor somático del GAD-7 a través de las CERS desadaptativas resulta significativo para los síntomas somáticos (tabla 3).

tativas resulta significativo para los síntomas somáticos (tabla 3).

Discusión

En el presente trabajo se ha estudiado la relación entre los síntomas de ansiedad generalizada (GAD-7-general, GAD-7-cognitivo y GAD-7-somático) y los síntomas somáticos (PHQ-15) a través de las CERS adaptativas y desadaptativas. Para ello, se han realizado análisis de correlación entre las diferentes variables de estudio y se han propuesto tres modelos de mediación multivariable. Los resultados muestran que las estrategias de regulación emocional desadaptativas juegan un rol mediador entre la ansiedad de tipo somático y los síntomas somáticos, pero no entre los síntomas de ansiedad generalizada y ansiedad cognitiva.

Los análisis de correlación han mostrado resultados consistentes con la literatura previa. En primer lugar, se pueden observar correlaciones directas y de una magnitud media entre los síntomas de ansiedad generalizada (general, cognitivo y somático) y los síntomas somáticos. Estos resultados son similares a los reportados por otros autores como Chew et al. (2020) o Shevlin et al. (2020), quienes informaron de que mayores niveles de síntomas somáticos se encontraban asociados con mayores puntuaciones en trastornos emocionales como el TAG o la depresión. En segundo lugar, se han encontrado correlaciones directas y de magnitud media entre los síntomas de ansiedad generalizada y somatizaciones con las CERS desadaptativas. Estos resultados son consistentes con la literatura previa, donde se ha mostrado que las CERS desadaptativas como la rumiación, la preocupación o la supresión pueden llevar al mantenimiento e incremento de los síntomas relacionados con los trastornos emocionales (Aldao et al., 2010; Ariapour & Rajabi, 2016; O'Rourke & Egan, 2023). Asimismo, se han encontrado correlaciones indirectas y de magnitud baja entre las puntuaciones de ansiedad generalizada y somatizaciones con las CERS adaptativas. Estos resultados son similares a los obtenidos por Chae & Hahm (2018) y Wells (2002) donde se muestra que algunas estrategias cognitivas de regulación emocional como la metacognición y la reinterpretación positiva juegan un papel fundamental en la activación y mantenimiento de las CERS desadaptativas, así como en la generación de actitudes y comportamientos positivos. En términos generales, los resultados obtenidos en los análisis de correlación apoyan la literatura existente donde se muestra una relación significativa entre los síntomas de ansiedad generalizada, los síntomas somáticos y las estrategias cognitivas de regulación emocional (Garnefski & Kraaij, 2018; Ouhmad et al., 2023; Wang et al., 2021).

Los modelos de mediación multivariable muestran que solo en uno de ellos se observa un efecto indirecto de las CERS desadaptativas en la relación entre los síntomas de ansiedad generalizada y los síntomas somáticos (Modelo 3). Los dos primeros modelos,

Tabla 3
Estimaciones de los efectos indirectos de los análisis de mediación multivariados

Variable independiente	Mediador (CERS)	Efectos indirectos multivariados		
		Efecto estimado (SE)	95 % IC	
			LI	LS
GAD-7-global	Adaptativas	-.002 (.002)	-.007	.002
	Desadaptativas	.004 (.013)	-.023	.030
GAD-7-cognitivo	Adaptativas	-.002 (.003)	-.009	.004
	Desadaptativas	.028 (-.017)	-.017	.074
GAD-7-somático	Adaptativas	-.000 (.005)	-.011	.008
	Desadaptativas	.103 (.025)	.056	.153

Nota. LI: límite inferior; LS: límite superior; IC: Intervalo de confianza. El efecto indirecto es estadísticamente significativo cuando el intervalo de confianza (IC) no incluye el valor 0 (resaltado en negrita).

aquellos que toman como variable independiente el factor general y el factor cognitivo del GAD-7, no han mostrado la existencia de un efecto indirecto por parte de las CERS. Estos resultados apoyan la tesis propuesta por Roth et al. (2008), donde se plantea la idea de que las personas que puntúan en la escala general del GAD-7 no siempre presentan una activación fisiológica elevada, lo cual se relaciona con menores niveles de somatizaciones. Según Kertz et al. (2012) y Roth et al. (2008), los criterios para el TAG, así como su detección, engloban pacientes con características muy diferentes. Por un lado, existen pacientes con un fuerte perfil cognitivo y por otro, pacientes con un marcado perfil somático. En este sentido, Portman et al. (2011) plantea la posibilidad de diferenciar entre diferentes subtipos de TAG, dando lugar a una subdivisión entre TAG de tipo preocupación, TAG de tipo tensión somática/excitación autónoma y TAG de tipo combinado, el cual sería una mezcla de los dos anteriores. Estos hallazgos también ponen en relieve la importancia de diferenciar y tomar en consideración la solución de dos factores para el instrumento GAD-7 (Kertz et al., 2012; Moreno et al., 2019; Moriana et al., 2022). Según Moriana et al. (2022), una posible explicación para la existencia de estos perfiles más somáticos de la ansiedad es la presencia de un ciclo que se inicia con la incapacidad de la persona para relajarse, lo cual le lleva a experimentar síntomas somáticos que, a su vez, le producen irritabilidad y mayor grado de inquietud, formándose un círculo en el que las somatizaciones cada vez son más pronunciadas. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de trabajar también directamente sobre los propios síntomas de ansiedad, específicamente en aquellos pacientes con TAG de tipo tensión somática/excitación autónoma. En estos casos parece especialmente importante detectar el tipo de TAG que presentan, ya que este tipo de ansiedad fomenta el empleo de CERS desadaptativas que, a su vez, desembocarán en mayores niveles de somatizaciones.

Los resultados obtenidos en este trabajo tienen importantes implicaciones clínicas. En primer lugar, ayuda a la práctica clínica y a la selección de herramientas por parte del terapeuta, ya que permite saber cuándo es prioritario centrar el foco de atención y trabajo sobre las CERS desadaptativas. En segundo lugar, es importante porque mayores niveles de somatización se encuentran asociados con una peor calidad de vida (Tang & Thomas, 2020). Según Falahatdoost et al. (2020) las personas que presentan ansiedad de tipo somático utilizan una mayor cantidad de CERS desadaptativas, lo que a su vez lleva a mayor severidad de los síntomas somáticos y, posteriormente, a una peor calidad de vida general de la persona. Por este motivo, es fundamental realizar una detección y abordaje tempranos. Asimismo, tal y como se ha observado en trabajos previos que estudiaron la relación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos por somatización (Burton et al., 2011; Lipsanen et al., 2004), es importante remarcar el proceso de atención selectiva a procesos corporales, y los procesos de regulación emocional desadaptativa, que serían los que desencadenarían la aparición de síntomas somáticos y, por tanto, un mayor grado de experimentación de los mismos (Deary et al., 2007; Mallorquí-Bagué et al., 2016). Así pues, en nuestro estudio se observa que solo hay un efecto indirecto entre las estrategias desadaptativas de regulación emocional y la ansiedad somática y los síntomas somáticos, mostrando probablemente este papel de atención selectiva de las personas con ansiedad somática y de los procesos de regulación emocional desadaptativa, los cuáles se han observado claves en el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales, tales como TAG, depresión o TSS (Muñoz-Navarro et al., 2022).

Por otro lado, este trabajo también presenta algunas limitaciones. En primer lugar, todas las medidas utilizadas para la medición de TAG y síntomas somáticos son de autoinforme, por lo que los resultados no constituyen un diagnóstico clínico. En este sentido, este

tipo de pruebas deben considerarse como indicativos clínicos de un posible trastorno emocional. En segundo lugar, la muestra utilizada ha sido recogida mediante encuestas online, es decir mediante una metodología que no permite la supervisión controlada de la cumplimentación de los cuestionarios, perdiendo así información valiosa sobre la conducta del propio participante. En tercer lugar, la muestra utilizada presenta una alta homogeneidad, ya que el 77% son mujeres y casi un 80% estudiantes universitarios. Esto dificulta la extrapolación de resultados a la población general debido a que no existen datos suficientes de los diferentes estratos que componen la muestra. De esta forma, no se puede concluir que estos datos sean generalizables a al sexo masculino o al común de personas que no se encuentren cursando estudios universitarios. Finalmente, la muestra utilizada son personas en situación de confinamiento derivado de la crisis sanitaria producida por la COVID-19 en España. Este hecho pudo hacer que las puntuaciones en las medidas de autoinforme se viesen alteradas debido a la situación excepcional que se vivió. Líneas de investigación futuras podrían centrar su atención en la mejora de una de las limitaciones presentadas, replicando los resultados del trabajo utilizando medidas para el TAG y las somatizaciones que no fuesen autoinformes. Asimismo, sería interesante estudiar por menorizado las CERS desadaptativas que presentan un mayor o menor efecto sobre los niveles de somatización. En este sentido, se podrían repetir los análisis de mediación multivariable presentados, pero utilizando como variables mediadoras CERS desadaptativas concretas como la rumiación, la preocupación o la catastrofización.

Conclusión

Los resultados de este trabajo han mostrado un rol mediador de las estrategias cognitivas de regulación emocional desadaptativas en la relación entre la ansiedad de tipo somático y las somatizaciones. Esto implica que, aquellas personas que experimentan un tipo de ansiedad marcada por los síntomas de inquietud, irritabilidad e incapacidad para la relajación, hacen uso de estrategias cognitivas de regulación emocional como la rumiación, la preocupación o la catastrofización, lo cual a su vez genera mayores niveles de severidad en síntomas somáticos y esto a su vez repercute en una peor calidad de vida. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones clínicas, como la necesidad de una mayor precisión a la hora de evaluar la tipología de TAG que presenta la persona y, con ello, saber cuándo es prioritario centrar el foco de atención y trabajo sobre las CERS desadaptativas y los síntomas de ansiedad específicamente de tipo somático.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (5o ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Ariapour, S., & Rajabi, M. (2016). The Severity of Somatic, Anxiety and Depression Symptoms in MS Patients: the Role Predictive of Emotion Regulation Strategies. In *Science Arena Publications Specialty Journal of Psychology and Management Available online at www.sciarena.com* (Vol. 2, Issue 3). www.sciarena.com
- Beard, C., & Björgvinsson, T. (2014). Beyond generalized anxiety disorder: Psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 547–552. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.002>
- Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. A., Kemp, S., Burness, C., & Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 29(1), 178–183. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2013.07.019>

- Burton, C., McGorm, K., Weller, D., & Sharpe, M. (2011). Depression and anxiety in patients repeatedly referred to secondary care with medically unexplained symptoms: a case-control study. *Psychological Medicine*, 41(3), 555–563. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001017>
- Cano-García, F. J., Muñoz-Navarro, R., Sesé Abad, A., Moretti, L. S., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., González-Blanch, C., Moriana, J. A., & Cano-Vindel, A. (2020). Latent structure and factor invariance of somatic symptoms in the patient health questionnaire (PHQ-15). *Journal of Affective Disorders*, 261, 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.077>
- Chae, H., & Hahm, S. (2018). Mediating Effect of Meta-cognition between Locus of Control and Self-efficacy. *International Journal of Advanced Culture Technology*, 6(1), 8–14.
- Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., Yeo, L. L. A., Ahmad, A., Ahmed Khan, F., Napoleon Shanmugam, G., Sharma, A. K., Komalkumar, R. N., Meenakshi, P. V., Shah, K., Patel, B., Chan, B. P. L., Sunny, S., Chandra, B., Ong, J. J. Y., ... Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559–565. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Deary, V., Chalder, T., & Sharpe, M. (2007). The cognitive behavioural model of medically unexplained symptoms: A theoretical and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 781–797. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.002>
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, 65, 17–42. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Ellard, K. K., Barlow, D. H., Whitfield-Gabrieli, S., Gabrieli, J. D. E., & Deckerbach, T. (2017). Neural correlates of emotion acceptance vs worry or suppression in generalized anxiety disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(6), 1009–1021. <https://doi.org/10.1093/scan/nsx025>
- Falahatdoost, M., Dolatshahi, B., Pourshahbaz, A., Dehghani, M., Yalguzaghaji, M., & Mohammadi, Z. (2020). Modeling the relationship between attachment styles and somatic symptoms with the mediating role of emotional processing. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 157. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_102_20
- García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Perez-Paramo, M., Lopez-Gomez, V., Freire, O., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-8>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, 41(6), 1045–1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 32(7), 1401–1408. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1232698>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation and Conditional Process Analysis: A Regression Approach*. Guilford Press.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126–131. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.2.126>
- Kertz, S., Bigda-Peyton, J., & Björgvinsson, T. (2012a). Validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 Scale in an Acute Psychiatric Sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/cpp.1802>
- Kertz, S., Bigda-Peyton, J., & Björgvinsson, T. (2012b). Validity of the Generalized Anxiety Disorder-7 Scale in an Acute Psychiatric Sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/cpp.1802>
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 107, 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 258–266. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
- Larson, S. L., Clark, M. R., & Eaton, W. W. (2004). Depressive disorder as a long-term antecedent risk factor for incident back pain: a 13-year follow-up study from the Baltimore Epidemiological Catchment Area Sample. *Psychological Medicine*, 34(2), 211–219. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001041>
- Lipsanen, T., Saarijärvi, S., & Lauerma, H. (2004). Exploring the Relations between Depression, Somatization, Dissociation and Alexithymia – Overlapping or Independent Constructs? *Psychopathology*, 37(4), 200–206. <https://doi.org/10.1159/000080132>
- Mallorquí-Bagué, N., Bulbena, A., Pailhez, G., Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2016a). Mind-Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(1), 53–60. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000085>
- Mallorquí-Bagué, N., Bulbena, A., Pailhez, G., Garfinkel, S. N., & Critchley, H. D. (2016b). Mind-Body Interactions in Anxiety and Somatic Symptoms. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(1), 53–60. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000085>
- McEvoy, P. M., Watson, H., Watkins, E. R., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151(1), 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- Meuret, A. E., Tunnell, N., & Roque, A. (2020). *Anxiety Disorders and Medical Comorbidity: Treatment Implications* (pp. 237–261). https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_15
- Moreno, E., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Limonero, J. T., Moretti, L. S., Cano-Vindel, A., & Moriana, J. A. (2019). Factorial invariance of a computerized version of the GAD-7 across various demographic groups and over time in primary care patients. *Journal of Affective Disorders*, 252, 114–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.032>
- Moriana, J. A., Jurado-González, F. J., García-Torres, F., Contreras, A., Muñoz-Navarro, R., González-Blanch, C., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., & Cano-Vindel, A. (2022). Exploring the structure of the GAD-7 scale in primary care patients with emotional disorders: A network analysis approach. *Journal of Clinical Psychology*, 78(2), 283–297. <https://doi.org/10.1002/jclp.23217>
- Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J. A., Medrano, L. A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M. R., & Ramírez-Manent, J. I. (2017). Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. *Psychiatry Research*, 256, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023>
- Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Limonero, J. T., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., & Cano-Vindel, A. (2022). The mediating role of emotion regulation in transdiagnostic cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: Secondary analyses of the PsicAP randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 303, 206–215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.029>
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384–427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>
- O'Rourke, N., & Egan, J. (2023). The Effects of Emotion Regulation on Physical and Psychological Wellbeing in University Students: The Role of Depersonalization and Attachment Style. *Journal of Trauma & Dissociation*, 24(3), 426–444. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2181473>
- Ouhmad, N., Deperrois, R., Combalbert, N., & El Hage, W. (2023). The Role of Anxiety and Depression in the Emotion Regulation Strategies of People Suffering from Post-Traumatic Stress Disorder. *The Journal of Psychology*, 157(3), 143–159. <https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2134279>
- Parkerson, H. A., Thibodeau, M. A., Brandt, C. P., Zvolensky, M. J., & Asmundson, G. J. G. (2015). Cultural-based biases of the GAD-7. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.01.005>
- Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
- Portman, M. E., Starcevic, V., & Beck, A. T. (2011). Challenges in Assessment and Diagnosis of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatric Annals*, 41(2), 79–85. <https://doi.org/10.3928/00485713-20110203-06>
- Rief, W., & Barsky, A. J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 996–1002. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2005.03.018>
- Roth, W. T., Doberenz, S., Dietel, A., Conrad, A., Mueller, A., Wollburg, E., Meuret, A. E., Barr Taylor, C., & Kim, S. (2008). Sympathetic activation in broadly defined generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.12.003>
- Schnabel, K., Petzke, T. M., & Witthöft, M. (2022). The emotion regulation process in somatic symptom disorders and related conditions - A systematic narrative review. *Clinical Psychology Review*, 97, 102196. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102196>
- Shevlin, M., Nolan, E., Owczarek, M., McBride, O., Murphy, J., Gibson Miller, J., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., Stocks, T. V. A., Bennett, K. M., Hyland, P., & Bentall, R. P. (2020). COVID-19-related anxiety predicts somatic symptoms in the UK population. *British Jour-*

- nal of Health Psychology*, 25(4), 875–882. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12430>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Subdirección General de Información Sanitaria. (2021). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]*. <https://cpage.mpr.gob.es/>
- Tang, A. L., & Thomas, S. J. (2020). Relationships Between Depressive Symptoms, Other Psychological Symptoms, and Quality of Life. *Psychiatry Research*, 289, 113049. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113049>
- Usta, Z., & Karas, H. (2021). The Effect of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms on Somatization and Dissociation: The Mediating Role of Difficulties in Emotion Regulation. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(4), 277. <https://doi.org/10.5455/PBS.20210918073013>
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., Charlson, F., Davis, A., Degenhardt, L., Dicker, D., Duan, L., Erskine, H., Feigin, V. L., Ferrari, A. J., Fitzmaurice, C., Fleming, T., Graetz, N., Guinovart, C., Haagsma, J., ... Murray, C. J. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743–800. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4)
- Wang, Q., Fang, Y., Huang, H., Lv, W., Wang, X., Yang, T., Yuan, J., Gao, Y., Qian, R., & Zhang, Y. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263–1274. <https://doi.org/10.1111/jonm.13265>
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A., & Matthews, G. (2014). *Attention and Emotion (Classic Edition)*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315747187>
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*.