

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Factores protectores y de riesgo asociados a síntomas de ansiedad y de depresión: análisis de perfiles latentes y de predictores

Protective and risk factors associated with symptoms of anxiety and depression: analysis of latent profiles and predictors

Nicolás Alejandro Vizioli¹ , Jimena Eliana Grasso¹ 

¹ Universidad de Buenos Aires; Argentina.

Forma de citar: Vizioli, N.A., & Grasso, J.E. (2024). Factores protectores y de riesgo asociados a síntomas de ansiedad y de depresión: análisis de perfiles latentes y de predictores. *Rev. CES Psico*, 17(3), 54-68. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.7166>

Resumen

En la actualidad, la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en la población general representa un problema para los sistemas de salud. Estos cuadros comparten síntomas, factores etiológicos y de mantenimiento. La presente investigación buscó identificar perfiles latentes de sintomatología ansiosa y depresiva, y posibles factores de riesgo y protección (variables sociodemográficas y estrategias de regulación emocional (RE)) en una muestra de 632 participantes con edades entre los 18 y los 65 años ($M = 31,04$; $DE = 10,14$), residentes en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense (Argentina), a quienes se administró un cuestionario sociodemográfico, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Regulación Emocional. Se identificaron tres perfiles caracterizados por su severidad sintomática. Mediante una regresión logística multinomial se halló que recurrir en mayor medida a la estrategia de RE reevaluación cognitiva, tener entre 40 y 49 años y niveles de ingresos medio-bajos, medios o medio-altos se constituyen como factores protectores; mientras que pertenecer al género femenino y la mayor utilización de la estrategia de RE supresión expresiva se presentan como factores de riesgo de sintomatología ansiosa y depresiva. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de considerar los factores protectores y de riesgo en el diseño de intervenciones con miras a reducir la severidad de los síntomas de ansiedad y de depresión, y mejorar la salud mental de las personas.

Palabras clave: Factores de riesgo; factores de protección; ansiedad; depresión; trastornos emocionales; regulación emocional; perfiles latentes.

Abstract

The prevalence of anxiety and depression symptoms poses a problem for health systems. These conditions share symptoms, etiological and maintenance factors. Risk factors and protective factors for their development have been found in various research. This research aimed at identifying latent profiles for anxious and depressive symptomatology and analyzing possible risk factors and protective factors (sociodemographic variables and trait emotion regulation strategies) in a sample of 632 participants aged between 18 and 65 ($M = 31,04$; $SD = 10,14$), who were residents in the City of Buenos Aires and Buenos Aires suburbs (Argentina) and were administered a sociodemographic questionnaire, Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory and Emotion Regulation Questionnaire. Three profiles characterized by their symptomatic severity were identified. Through a multinomial logistic regression, it was found that resorting mainly to cognitive reappraisal, being between 40 and 49 years old and having a medium-low, medium or medium-high income were protective factors, while feminine genre and resorting to expressive suppression were risk factors. These results highlight the importance of considering protective and risk factors when designing intervention programs to reduce the severity of anxiety and depression symptoms and improving people's mental health.

Keywords: Risk Factor's; protective factors; anxiety; depression; emotional disorders; emotional regulation; latent profiles.

Introducción

Los trastornos de ansiedad y los del estado del ánimo son los de mayor prevalencia a nivel mundial (Cía et al., 2018; Dattani et al., 2021). En Argentina, en particular, sucede lo mismo, los trastornos de ansiedad representan el 16,4%, seguidos por los del estado de ánimo con el 12,3% (Stagnaro et al., 2018). Estos trastornos se manifiestan de diversos modos y representan un desafío y una prioridad para los sistemas de salud pública (Esponda et al., 2020); entre otras cuestiones, porque se asocian a una alta carga económica (Doran & Kinchin, 2017; Ruiz-Rodríguez et al., 2017) y a trayectorias laborales adversas (Hiilamo et al., 2019). Al respecto, se estima que siete de las veinticinco principales causas de años vividos con discapacidad a nivel mundial corresponden a trastornos mentales, siendo el trastorno depresivo mayor el que ocupa el segundo lugar y el de ansiedad el noveno (Global Burden Disease (GBD); 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2017).

Otro problema ligado a los síntomas ansiosos y depresivos es su comorbilidad, dada la posibilidad de que una condición preceda a la otra (Jacobson & Newman, 2017; Groen et al., 2020); además, se ha planteado que ambos cuadros comparten síntomas, los que podrían actuar como puente entre ellos (McNally et al. 2017; Heeren et al., 2018). Se ha sugerido incluso la denominación de “trastornos emocionales” para referirse a los trastornos de ansiedad y a la depresión unipolar, debido a su frecuente co-ocurrencia (Bullis et al., 2019). Desde el punto de vista transdiagnóstico, los síntomas ansiosos y depresivos comparten procesos etiológicos y de mantenimiento en las áreas cognitivo-afectiva, interpersonal y comportamental (Fusar-Poli et al., 2019). En esta línea, se han diseñado intervenciones centradas en los factores comunes, que presentan probada eficacia y permiten sortear el problema de la comorbilidad (Boersma et al., 2019; Martinsen et al., 2019; Sakiris & Berle, 2019; Carlucci et al., 2021).

Uno de los aspectos transdiagnósticos más abordados ha sido el de la regulación emocional (RE), debido a su ubicuidad en el campo de la psicopatología (Cludius et al., 2020). Distintas revisiones sistemáticas y meta-analíticas han señalado la RE como un proceso relevante, vinculado tanto al bienestar psicológico como a la psicopatología (Aldao et al., 2010; Sloan et al., 2017; Kraiss et al., 2020; Stellern et al., 2023).

El modelo procesual de RE postula tres etapas de regulación de las emociones: en primer lugar, la identificación de la necesidad de regular una experiencia emocional, posteriormente, la selección e implementación de una estrategia, y finalmente, el seguimiento para evaluar su efectividad (Gross, 1998; 2001; 2015b); y las dificultades de RE se relacionan con diversos aspectos de este proceso (Sheppes et al., 2015).

Las estrategias que este modelo procesual contempla se clasifican, según su momento de intervención, en: estrategias centradas en el antecedente (que se ejecutan antes de la activación de la respuesta emocional y tienden a modificar el curso temporal de la respuesta emocional) y centradas en la respuesta (que ocurren después de la respuesta emocional y requieren más esfuerzo para hacer frente a sus resultados) (Gross, 1998; 2001; 2015b). Al respecto, las estrategias de RE denominadas reevaluación cognitiva y supresión expresiva han sido de las más estudiadas (Dryman & Heimberg, 2018).

La reevaluación cognitiva, clasificada como estrategia centrada en el antecedente, implica una reinterpretación del significado emocional de una situación para modificar la respuesta emocional (Gross & John, 2003). Su utilización frecuente se asocia positivamente con el bienestar, las emociones y el funcionamiento positivos, y negativamente con los síntomas psicopatológicos y las emociones negativas (Gross & John, 2003; Lilienfeld et al., 2016; McRae & Gross, 2020). Por su parte, la supresión expresiva es una estrategia centrada en la respuesta, que implica la inhibición de la expresión emocional para influir en los resultados en lugar de en la emoción en sí (Gross, 1998; Kobylińska & Kusev, 2019). Su uso se correlaciona con menos emociones positivas, más emociones negativas, menor expresividad y mayor sintomatología psicopatológica (Gross & John, 2003; Aldao et al., 2010; Sloan et al., 2017).

En este sentido, la RE puede predecir la severidad de los síntomas de ansiedad y de depresión (Heller et al., 2013; Berking et al., 2014; Kirwan et al., 2017; Dryman et al., 2018). Además de la RE, diversos factores sociodemográficos están asociados a la severidad de la sintomatología psicopatológica. Según el modelo de diátesis-estrés, los síntomas y trastornos psicopatológicos son el resultado de la interacción entre factores biológicos, de la personalidad y eventos estresantes, que en combinación con factores sociales hacen más vulnerable a una persona a presentarlos (Zuckerman, 1999). En esta línea, distintas investigaciones llevadas a cabo en Argentina durante la pandemia, informan que pertenecer al género femenino, ser joven, con estado civil divorciado o tener un nivel socioeconómico bajo son factores de riesgo para presentar síntomas y trastornos psicopatológicos (Fernández et al., 2020; Etchevers, Garay, Putrino, Helmich et al., 2021; Etchevers, Garay, Putrino, Helmich et al., 2021; Fernández et al., 2022).

No obstante lo mencionado, aún existen vacíos en el estudio de los factores de riesgo asociados a la severidad de la sintomatología ansiosa y depresiva en Argentina. En el ámbito metodológico, la identificación de factores protectores y de riesgo puede llevarse a cabo mediante la identificación de perfiles latentes y predictores, que representan un enfoque relativamente novedoso en el medio local, utilizado en pocas investigaciones (ver Fernández et al., 2020; Fernández et al., 2022). Y en el ámbito de la salud pública, identificar factores de riesgo permite diseñar estrategias de prevención enfocadas en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, en tanto que los factores protectores pueden mitigar la probabilidad de ocurrencia de eventos asociados a problemas de salud mental (Layous, et al., 2014). Dado lo anterior, los objetivos de la presente investigación fueron: a) identificar posibles perfiles de sintomatología ansiosa y depresiva; y b) identificar posibles factores de riesgo y protección asociados a los síntomas ansiosos y depresivos, incluyendo variables sociodemográficas (género, grupo etario, nivel socioeconómico autopercebido y estado civil) y estrategias de regulación emocional (reevaluación cognitiva y supresión expresiva), en población adulta residente en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense (Argentina).

Metodología

Diseño

El diseño de la presente investigación fue transversal, ex post facto retrospectivo (Montero & León, 2007).

Participantes

Mediante un muestro intencional no probabilístico se conformó una muestra de 632 participantes con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años ($M = 31,04$; $DE = 10,14$), de los cuales el 54,6% ($n = 345$) informó edades entre los 25 y los 39 años, 26,6% ($n = 168$) entre 18 y 24, 10,9% ($n = 69$) entre 40 y 49, y 7,9% ($n = 50$) entre 50 y 65. El 73,1% ($n = 462$) expresó residir en el conurbano bonaerense y 26,9% ($n = 170$) en la Ciudad de Buenos Aires. Con relación al género, el 64% ($n = 405$) reportó pertenecer al femenino, 35% ($n = 221$) al masculino y 1% ($n = 6$) al no binario. Con respecto a la modalidad laboral, el 43% ($n = 272$) informó trabajar en relación de dependencia, 19,5% ($n = 123$) como monotributista (contribuyente que se registra y realiza sus pagos fiscales bajo un régimen simplificado de tributación), 19% ($n = 120$) desempleados, 17,1% ($n = 108$) trabajo informal, 0,8% ($n = 5$) jubilado/a y 0,6% ($n = 4$) dedicado a tareas del hogar. En referencia al nivel de instrucción, el 45,6% ($n = 288$) reportó universitario o terciario incompleto, 28,6% ($n = 181$) universitario o terciario completo, 19,5% ($n = 123$) secundario completo, 4,1% ($n = 26$) secundario incompleto, 1,7% ($n = 11$) posgrado y 0,5% ($n = 3$) primario completo. Con relación al estado civil, el 53,5% ($n = 338$) reportó ser soltero/a, 26,7% ($n = 169$) estar en pareja, 13% ($n = 82$) casado/a, 4,7% ($n = 30$) en concubinato, 1,3% ($n = 8$) divorciado/a y 0,8% ($n = 5$) viudo/a. Con respecto al nivel socioeconómico autopercebido, el 42,6% ($n = 269$) reportó medio, 31,8% ($n = 201$) medio-bajo, 14,9% ($n = 94$) bajo, 5,9% ($n = 37$) medio-alto y 4,9% ($n = 31$) alto.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron a) ser adultos con edades de 18 a 65 años (edad jubilatoria en Argentina), y b) residentes de la Ciudad de Buenos Aires o el conurbano bonaerense.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico. Se confeccionó para el presente estudio con el fin de indagar sobre las siguientes características de los participantes: género (femenino, masculino, no binario), edad, nivel educativo (primario incompleto, primario completo, secundario incompleto, secundario completo, terciario o universitario incompleto, terciario o universitario completo y posgrado), estado civil (soltero/a, casado/a, en pareja, concubinato, divorciado/a, viudo/a), modalidad laboral (en relación de dependencia, monotributista, trabajo informal, amo/a de casa, desempleado/a, jubilado/a) y nivel socioeconómico autopercebido (bajo, medio-bajo, medio, medio-alto, alto).

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988; adaptación argentina: Vizioli & Pagano, 2020; 2022a). Se trata de un instrumento autoadministrable de 21 ítems que miden síntomas característicos de la ansiedad. Se puntúa a través de una escala de respuesta tipo Likert de cuatro opciones (0 a 3). El BAI presenta adecuadas propiedades psicométricas para la población argentina, con evidencias de validez de constructo a través de análisis factoriales confirmatorios, y una consistencia interna de alfa ordinal = .93 y omega ordinal = .95. También presenta evidencias de validez discriminante en relación con la sintomatología depresiva, con una correlación de $r = .56$, análisis factoriales exploratorios que evidencian una solución de dos factores, y una proporción HTMT = .66 (IC 95% = .55 - .74), y evidencias de estabilidad temporal en un intervalo de tres meses a través de una correlación intraclase de .82 (IC 95% = .69 - .90) (Pagano & Vizioli, 2021a).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck et al., 2006; adaptación argentina: Brenlla & Rodríguez, 2006). Es un instrumento autoadministrable que consta de 21 reactivos que hacen referencia a síntomas característicos de la depresión. Los reactivos se puntúan sobre una escala de respuesta tipo Likert de 4 opciones (0 a 3), con puntajes totales que varían de 0 a 63 y puntos de corte según la gravedad e intensidad de síntomas depresivos: 0-13 = depresión mínima, 14-19 = depresión leve, 20-28 = depresión moderada y 29-63 = depresión severa. El BDI presenta adecuadas propiedades psicométricas para la población argentina, con una consistencia interna de alfa de Cronbach = .88.

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ; Gross & John, 2003; adaptación argentina: Pagano & Vizioli, 2021b). Es un cuestionario autoadministrable que consta de 9 reactivos, que miden dos estrategias de regulación emocional: la reevaluación cognitiva (6 ítems) y la supresión expresiva (3 reactivos). Las respuestas se realizan a través de una escala de respuesta en formato Likert de 7 puntos, que van de 1 = totalmente en desacuerdo a 7 = totalmente de acuerdo. El cuestionario presenta adecuadas propiedades psicométricas para la población argentina, con evidencias de validez de constructo a través de análisis factoriales confirmatorios, que indican una estructura que mide dos factores independientes. También exhibe valores adecuados de confiabilidad: alfa ordinal = .81 y omega ordinal = .87 para la reevaluación cognitiva, y de alfa ordinal = .72 y omega ordinal = .79 para la supresión expresiva. Asimismo, cuenta con evidencias de validez convergente e incremental con medidas de sintomatología ansiosa y depresiva, y estabilidad temporal en un intervalo de tres meses (Vizioli & Pagano, 2022b).

Procedimiento

La recolección de datos se realizó mediante plataformas virtuales entre los meses de octubre y diciembre de 2022. Los participantes completaron en primera instancia un consentimiento informado, en el que se explicitaron los objetivos de la investigación, las garantías de confidencialidad y anonimato; y se aclaró el carácter voluntario y sin compensación de la participación y la posibilidad de abandonarla en cualquier momento. Posteriormente, diligenciaron los instrumentos psicométricos, en aproximadamente 15 minutos. En caso de que los participantes tuvieran alguna duda o consulta podían dirigirse a los autores del estudio, cuyos datos se expusieron en el consentimiento informado.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos realizados siguieron las recomendaciones y principios de la American Psychological

Association (2010) y de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013), que establece los principios y ética para la investigación con seres humanos. Asimismo, dentro del formulario se ofreció un archivo con el listado de servicios públicos de salud bonaerense, para casos en los que los participantes quisieran acceder a una consulta psicológica.

Análisis de datos

Para la obtención de resultados descriptivos se obtuvieron las medias y desvíos estándar de las variables continuas, y los porcentajes y frecuencias de las nominales. Los análisis descriptivos se realizaron con el software *jamovi* versión 2.3 (The jamovi Project, 2022), que es una interfaz gráfica de *R* (R Core Team, 2021).

A fin de establecer grupos en función de los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, se tomaron en cuenta los puntajes totales del BAI y del BDI, y se realizó un análisis de perfiles latentes (Muthén, 2001). Este análisis utiliza variables continuas como indicadores de grupos subyacentes o latentes, de personas que han obtenido puntajes similares y pertenecen a un mismo perfil (Berlin et al., 2020; Jungert et al., 2021). Antes de su realización, se procuró contar con una muestra suficientemente grande ($n > 500$; Nylund et al., 2007). Dado que se trata de un procedimiento en el que se comparan modelos con distinta cantidad de perfiles (Ferguson et al., 2020), se realizaron comparaciones siguiendo las recomendaciones de Spurk et al. (2020), y se tomaron en cuenta distintos índices para evaluar las soluciones: el criterio de información de Akaike (AIC; Akaike, 1987), el criterio de información bayesiano (BIC; Schwarz, 1978) y el criterio de información bayesiano ajustado por tamaño de muestra (SABIC; Sclove, 1987). Los modelos con valores menores de AIC, BIC y SABIC presentan mejor ajuste. Asimismo, se consideró la prueba de razón de verosimilitud con *bootstrapping* (BLRT; McLachlan et al., 2000). Su interpretación se basó en que valores de BLRT no significativos ($p > .05$) para un modelo con perfiles $k + 1$ indican que la solución no es superior a una solución de perfil k y que esta última debe conservarse. Por último, se estimó la entropía (Celeux & Soromenho, 1996) como medida de ajuste, considerando valores iguales o superiores a .80 como adecuados (Clark & Muthén, 2009), entendiendo que valores más elevados indican mejor ajuste.

Para determinar factores de riesgo asociados a la pertenencia a los perfiles latentes, se ingresaron todas las variables continuas de regulación emocional (reevaluación cognitiva y supresión expresiva) como covariables y las variables sociodemográficas de género, grupo etario, nivel socioeconómico autopercebido y estado civil como factores, en una regresión logística multinomial. La regresión logística multinomial es una extensión del modelo binomial aplicable a situaciones donde la variable dependiente puede adoptar tres o más valores (Agresti, 2018; Hashimoto et al., 2019). Se estimaron las probabilidades del modelo sin ningún predictor (intersección) y luego el modelo con la inclusión de las variables independientes, a fin de obtener los coeficientes de la regresión, los niveles de significación y los índices de ajuste del modelo (Ranganathan et al., 2017). Se calcularon las razones de probabilidades (*odds ratio*; OR) de cada una de las variables independientes como coeficientes de la regresión logística, así como sus intervalos de confianza del 95% (Ranganathan et al., 2015). Para la interpretación de los OR se consideró que valores menores a 1 indican una disminución en la probabilidad, y mayores a 1 un aumento (El-Habil, 2012).

La conformación de grupos según rangos etarios se basó en la clasificación propuesta por Mansilla (2000): jóvenes (18 a 24 años), adultos jóvenes (25 a 39 años), adultos intermedios (40 a 49 años) y adultos mayores o adultos tardíos (50 a 65 años). Se procuró contar con una muestra lo suficientemente grande para realizar los análisis estadísticos (El-Habil, 2012).

Resultados

Análisis descriptivos

La [Tabla 1](#) presenta las medias, intervalos de confianza y desvíos estándar de los síntomas ansiosos y depresivos en el total de la muestra. En cuanto a la severidad de la sintomatología depresiva, en el 20,3%

(n=128) se presentó como leve, en el 23,4% (n=147) moderada y en el 17,6% (n=111) severa. La sintomatología ansiosa se presentó como leve en un 24,5% (n=154), moderada en un 16,7% (n=105) y severa en un 19,9% (n=125).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos.

	Intervalo de Confianza al 95%			
	Media	Inferior	Superior	Desvío estándar
Sintomatología ansiosa	17,6	16,6	18,7	13,2
Sintomatología depresiva	18,2	17,3	19	11,1

Análisis de perfiles latentes

Como puede observarse en la [Tabla 2](#), la solución de tres perfiles ofreció mejores indicadores de ajuste, a saber, menores valores de SABIC, AIC y BIC que la solución de dos perfiles, y niveles de entropía mayores a .80. Si bien los valores de SABIC, AIC y BIC de la solución de cuatro perfiles fueron menores, la entropía de esta solución estaba por debajo del nivel considerado aceptable de .80.

Tabla 2. Índices de ajuste de las distintas soluciones de perfiles.

Perfiles	BLRT (p)	SABIC	AIC	BIC	Entropía
2	<.05	9573.94	9565.05	9596.16	.83
3	<.05	9565.61	9492.91	9537.36	.84
4	<.05	9493.80	9477.30	9535.08	.76

Nota: BLRT (p) = prueba de razón de verosimilitud con bootstrapping; SABIC = criterio de información bayesiano ajustado por tamaño de muestra; AIC = criterio de información de Akaike; BIC = criterio de información bayesiano.

Tal como se observa en la [Tabla 3](#), los perfiles obtenidos se caracterizan por presentar distintos niveles de síntomas ansiosos y depresivos. El perfil 1 presenta puntajes menores a la media muestral, contiene la mayor cantidad de participantes y de acuerdo con el nivel de sintomatología presentado este grupo podría identificarse con el nombre de “sintomatología leve”. El perfil 2 integra a aquellos individuos con puntajes superiores a la media, pero dentro de la desviación estándar, contiene una cantidad de participantes menor al primer grupo y podría denominarse como de “sintomatología moderada”. El perfil 3 se caracteriza por haber obtenido los puntajes más elevados, superiores a la desviación estándar, contener la menor cantidad de participantes de los tres grupos y podría denominarse como de “sintomatología elevada”.

Tabla 3. Descripción de los perfiles según nivel de síntomas ansiosos y depresivos.

Perfil	n	Sintomatología ansiosa		Sintomatología depresiva	
		Media (IC 95% inf - sup)	Desvío estándar	Media (IC 95% inf - sup)	Desvío estándar
1	393	9 (8,47 - 9,53)	5,34	13,5 (12,7 - 14,4)	8,39
2	175	27,5 (26,7 - 28,3)	5,49	23,5 (22,2 - 24,9)	9,1
3	61	44,6 (43,1 - 46)	5,72	32,7 (29,5 - 35,9)	12,5

Nota: n = tamaño muestral; IC = intervalo de confianza; inf= inferior; sup = superior.

Análisis de predictores asociados a los perfiles de sintomatología ansiosa y depresiva

En la [Tabla 4](#) se muestran los valores de ajuste del modelo. El mismo, resultó estadísticamente significativo (p

< .001), y a partir de la observación de los valores de los distintos R^2 , los resultados muestran que la magnitud de la relación entre los predictores y la variable objetivo es relativamente pequeña.

Tabla 4. Ajuste del modelo.

Desviación	AIC	BIC	R^2_{McF}	R^2_{CS}	R^2_N	χ^2	gl	p
975.28	1043.28	1194.38	0.12	0.06	0.15	126.82	32	< .001

Nota: AIC = criterio de información de Akaike; BIC = criterio de información bayesiano; R^2_{McF} = R^2 de McFadden; R^2_{CS} = R^2 de Cox & Snell; R^2_N = R^2 de Nagelkerke; χ^2 = chi cuadrado; gl = grados de libertad; p = nivel de significación.

Como puede observarse en la [Tabla 5](#), todos los predictores resultaron significativos con excepción del estado civil ($p > .05$). De manera que existen efectos significativos de los grupos etarios, el género, el nivel socioeconómico autopercebido, la estrategia de reevaluación cognitiva y la de supresión expresiva sobre la severidad de los síntomas.

Tabla 5. Coeficientes pertenecientes a las variables independientes o predictoras del modelo.

Predictor	χ^2	gl	p
Grupos etarios	17.14	2	< .001
Supresión expresiva	12.38	2	< .01
Reevaluación cognitiva	26.65	4	< .001
Género	25.54	8	< .01
Nivel socioeconómico autopercebido	16.91	6	< .05
Estado civil	8.11	10	ns

Nota: χ^2 = chi cuadrado; gl = grados de libertad; p = nivel de significación; ns = no significativo.

En la [Tabla 6](#) se presentan los resultados de los valores que podían adoptar las variables predictoras en la regresión, tomando como referencia al grupo 1 denominado de “síntomatología leve”. Recurrir en mayor medida a la reevaluación cognitiva como estrategia de RE, tener entre 40 y 49 años y niveles de ingresos medio-bajos, medios o medio-altos se constituyeron como factores protectores asociados a menores probabilidades de presentar niveles moderados y elevados de sintomatología ansiosa y depresiva. Mientras que pertenecer al género femenino y la mayor utilización de la estrategia de RE supresión expresiva se presentaron como factores de riesgo relacionados a la probabilidad de experimentar niveles más elevados de sintomatología ansiosa y depresiva.

Tabla 6. Factores de riesgo y protectores asociados a la sintomatología ansiosa y depresiva.

Intervalo de Confianza al 95%					
Perfil	Predictor	OR	Inferior	Superior	p
2 - 1	Constante	0.80	0.28	2.29	ns
	Supresión expresiva	1.05	1.01	1.09	< .05
	Reevaluación cognitiva	0.98	0.95	1.00	< .05
	Género				
	femenino – masculino	2.42	1.55	3.80	< .001
	no binario – masculino	0.51	0.05	5.02	ns
	Nivel socioeconómico auto-percebido				

	Medio bajo – Bajo	0.34	0.19	0.61	< .001
	Medio – Bajo	0.48	0.28	0.83	< .01
	Medio alto – Bajo	0.32	0.13	0.80	< .05
	Alto – Bajo	0.40	0.12	1.39	ns
	Grupos etarios				
	25 - 39 – 18 - 24	0.74	0.48	1.15	ns
	40 - 49 – 18 - 24	0.43	0.19	0.99	< .05
	50 - 65 – 18 - 24	0.42	0.15	1.15	ns
3 - 1	Constante	0.30	0.06	1.57	ns
	Supresión expresiva	1.13	1.06	1.20	< .001
	Reevaluación cognitiva	0.94	0.90	0.97	< .001
	Género				
	femenino – masculino	4.51	1.96	10.36	< .001
	no binario – masculino	1.32	0.11	16.16	ns
	Nivel socioeconómico auto-percibido				
	Medio bajo – Bajo	0.29	0.13	0.67	< .01
	Medio – Bajo	0.33	0.15	0.73	< .01
	Medio alto – Bajo	0.17	0.03	0.84	< .05
	Alto – Bajo	2.20	0.50	9.62	ns
	Grupos etarios				
	25 - 39 – 18 - 24	0.39	0.21	0.73	< .01
	40 - 49 – 18 - 24	0.07	0.01	0.64	< .05
	50 - 65 – 18 - 24	0.40	0.09	1.92	ns

Nota: El perfil 1 fue utilizado como referencia. OR = Odds ratio o razón de probabilidad; p = nivel de significación; ns= no significativo.

Discusión

Con respecto al primer objetivo de la investigación orientado a identificar posibles perfiles de sintomatología ansiosa y depresiva en población adulta residente en la Ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense (Argentina), los resultados mostraron mejores valores de ajuste para la solución de tres perfiles, que en función de la severidad de los síntomas de ansiedad y de depresión podrían clasificarse así: con sintomatología leve, con sintomatología moderada y con sintomatología elevada. El primer grupo o perfil presentó niveles de síntomas menores al promedio y la mayor cantidad de participantes, el segundo perfil niveles de síntomas superiores a la media y menor cantidad de personas que el primero, y el tercero puntuaciones superiores al desvío estándar y la menor cantidad de integrantes de los tres perfiles.

Estos resultados coinciden con los de Fernández et al. (2020), quienes también hallaron una solución de tres perfiles latentes caracterizados por la severidad de los síntomas psicopatológicos (basados en nueve factores que incluyen síntomas de somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo), en una muestra de 4408 adultos argentinos durante la etapa de cuarentena por COVID-19. Asimismo, los hallazgos son similares a los de Contractor et al. (2015), quienes evaluaron síntomas de estrés postraumático, ansiedad generalizada y depresión en una muestra de 1266 soldados de la Guardia Nacional de Ohio (EE. UU) expuestos a traumas. Esta solución de tres factores basada en la severidad de los síntomas parece ser más robusta (dado que ofrece mejores indicadores de ajuste) que otras, tales como la elaborada por Sullivan, Kessler y Kendler (1998), quienes proponen una clasificación que combina severidad con atipicidad en cuatro clases (severo típico, moderado típico, severo atípico, moderado atípico), sumadas a otras dos (intermedio, mínimo).

El segundo objetivo consistió en analizar posibles factores de riesgo y protección asociados a los síntomas ansiosos y depresivos, incluyendo variables sociodemográficas. Con respecto a las variables sociodemográficas, el género femenino se asoció a niveles más elevados de sintomatología. Tener entre 40 y 49 años y niveles de ingresos medio-bajos, medios o medio-altos se constituyeron como factores protectores, asociados a menor severidad sintomática. A diferencia de investigaciones previas, no se hallaron efectos significativos respecto de la variable estado civil (Fernández et al., 2020). Estos resultados coinciden parcialmente con investigaciones anteriores que informaron que el género femenino se asocia a síntomas psicológicos más elevados (Fernández et al., 2020; Etchevers, Garay, Putrino, Grasso, et al., 2021; Etchevers, Garay, Putrino, Helmich et al., 2021; Fernández et al., 2022).

Con respecto a la edad, en el presente estudio se halló que tener entre 40 y 49 años se constituye en un factor protector asociado a sintomatología ansiosa y depresiva. Estos resultados coinciden parcialmente con lo reportado por Fernández et al. (2020), quienes encontraron que pertenecer a la mediana edad o a alguna de las etapas de la vejez son factores protectores de presentar estos cuadros; mientras otros estudios reportaron que la juventud constituye un factor de riesgo (Etchevers, Garay, Putrino, Grasso, et al., 2021; Etchevers, Garay, Putrino, Helmich et al., 2021; Fernández et al., 2022). Estos hallazgos pueden responder al hecho de que los jóvenes presentan, en general, menos recursos económicos y mayor inestabilidad laboral y que con el paso del tiempo las personas tienden a obtener más recursos de afrontamiento de las situaciones (Etchevers, Garay, Putrino, Helmich et al., 2021). Asimismo, la conciencia de las ganancias y pérdidas relacionadas con el envejecimiento están vinculadas al uso de comportamientos adaptativos para gestionar las distintas exigencias de la vida (Chen et al., 2018; Dutt et al., 2018; Fuller & Hoseth-Zosel, 2021).

Con relación al nivel socioeconómico autopercebido, en la presente investigación los niveles medio-bajos, medios y medio-altos se presentaron como factores protectores asociados a los síntomas ansiosos y depresivos. Estos resultados difieren de estudios previos que informaron que niveles socioeconómicos bajos se asociaron a menores niveles de sintomatología psicopatológica en general (Etchevers, Garay, Putrino, Grasso, et al., 2021; Etchevers, Garay, Putrino, Helmich et al., 2021), y parcialmente con estudios que hallaron que niveles medios y elevados se constituyeron en factores protectores (Fernández et al., 2020). De igual manera, se diferencian de los de un estudio longitudinal que encontró que los niveles medio-alto y alto de ingresos se asocian al deterioro de la salud mental (Fernández et al., 2022). Es preciso mencionar que varios de los estudios reportados anteriormente se realizaron en tiempos previos a la pandemia por COVID-19 o durante la misma (Etchevers, Garay, Putrino, Grasso, et al., 2021; Etchevers, Garay, Putrino, Helmich et al., 2021; Fernández et al., 2022), por lo cual es posible que las variables hayan sufrido transformaciones respecto al contexto actual. A lo anterior se suman los constantes cambios económicos y sociales característicos de Argentina, que pueden afectar los ingresos económicos de sus habitantes.

Es preciso señalar también que los datos del presente estudio se recogieron entre los meses de octubre y diciembre de 2022, por lo cual pueden estar afectados por la pandemia y sus efectos. Dado que durante la pandemia se produjo un aumento de la prevalencia de trastornos de los niveles de síntomas psicológicos (Etchevers, Garay, Putrino, Grasso, et al., 2021; Etchevers, Garay, Putrino, Helmich et al., 2021; Fernández et al., 2022), es posible que, conforme la situación se vaya normalizando, los niveles de sintomatología vayan descendiendo como producto del fenómeno de regresión a la media.

Además, es conveniente indicar que en el presente estudio no se conformó una muestra probabilística que permita representar adecuadamente los distintos niveles socioeconómicos, lo cual oscurece la posibilidad de interpretar estos resultados. Sin embargo, tomando en cuenta que investigaciones previas sugieren que los niveles socioeconómicos bajos (Etchevers, Garay, Putrino, Grasso, et al., 2021; Etchevers, Garay, Putrino, Helmich et al., 2021) y los elevados (Fernández et al., 2022) se asocian a deterioros en la salud mental, existe un punto de coincidencia con los resultados de la presente investigación, que indican que los niveles medios se asocian a una menor probabilidad de experimentar niveles elevados de síntomas de ansiedad y de depresión.

Con respecto a la regulación emocional, se halló que utilizar más frecuentemente la estrategia de RE reevaluación cognitiva constituye un factor protector asociado a los síntomas ansiosos y depresivos, mientras que un mayor uso de la estrategia de la supresión expresiva se presentó como factor de riesgo. Estos resultados coinciden con los desarrollos de Gross y John (2003), quienes explican que la estrategia de reevaluación cognitiva puede producir cambios en la totalidad del procesamiento emocional, al posibilitar la reducción de los componentes experimentales y comportamentales de las emociones negativas. Y con respecto a la estrategia de supresión expresiva, estos autores señalan que, dado que se produce en un momento tardío de la generación de emociones, puede no ser efectiva en la reducción de la experiencia emocional negativa como tal, por lo que esta puede permanecer sin resolverse y acumularse; además, esta estrategia puede restringir la expresión emocional positiva (Gross & John, 2003; Gross, 2015a; Khan et al., 2021).

Asimismo, los resultados del presente estudio son congruentes con los de investigaciones empíricas que informan que el uso frecuente de la estrategia de RE reevaluación cognitiva se asocia positivamente con el bienestar, las emociones positivas y el funcionamiento positivo, y negativamente con los síntomas psicológicos y las emociones negativas (Gross & John, 2003; McRae & Gross, 2020). Por el contrario, el uso habitual de la estrategia de RE supresión expresiva se correlaciona con menos emociones positivas, más emociones negativas, menor expresividad y mayor sintomatología psicológica (Aldao et al., 2010; Aldao et al., 2016; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Sloan et al., 2017). En este sentido, la reevaluación cognitiva se considera una estrategia adaptativa y exitosa de RE (Andreotti et al., 2013; Troy et al., 2010), debido a sus beneficios para el funcionamiento afectivo, las interacciones sociales y el bienestar. Mientras que la estrategia de supresión expresiva, se considera desadaptativa debido a sus costos para el dominio afectivo, la interacción social y el bienestar (McRae & Gross, 2020); además, se ha comprobado su ineffectividad como estrategia de regulación de las emociones desagradables (Campbell-Sills et al., 2006; Kashdan & Steger, 2006).

En resumen, se halló que recurrir en mayor medida a la estrategia de RE reevaluación cognitiva, tener entre 40 y 49 años y niveles de ingresos medio-bajos, medios o medio-altos se constituyeron como factores protectores para el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva. Mientras que el género femenino y la mayor utilización de la supresión expresiva se presentaron como factores de riesgo. Estos resultados proveen evidencia que representa un aporte a la identificación de factores de riesgo y protectores para el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva, tanto en términos de variables sociodemográficas como de estrategias de RE; contribuyendo así a un mejor entendimiento de los factores que explican la severidad de los síntomas de ansiedad y de depresión en población adulta.

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de considerar los factores protectores y de riesgo en el diseño de programas de intervención que busquen prevenir el surgimiento o reducir la severidad de los síntomas de ansiedad y de depresión, y en consecuencia, fortalecer la salud mental de personas adultas. En este sentido, es importante promover acciones tendientes a reducir las brechas del género y el entrenamiento de estrategias de regulación emocional.

Cabe mencionar algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, pese a que la muestra tiene un tamaño adecuado para los análisis realizados, es relativamente reducida en consideración a los riesgos que puede presentar en relación con su representatividad, poder estadístico, precisión de las estimaciones y generalización de resultados. En segundo lugar, se utilizó un muestreo intencional no probabilístico, que implica también una afectación del grado en que la muestra refleja las características de la población estudiada total (Otzen & Manterola, 2017), debido a que la selección de los participantes no se realizó mediante aleatorización (Ávila Baray, 2006). En tercer lugar, la investigación consideró únicamente participantes de la Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense, por lo que se desconoce el comportamiento de las variables en otras zonas de Argentina.

Futuras investigaciones que aborden esta temática podrían brindar un panorama más amplio respecto al modo como estas variables ejercen su influencia e incluso de la manera en la que estas se combinan y condicionan el

fortalecimiento de ciertos perfiles, a través del empleo de muestras de mayor tamaño y/o recogidas mediante métodos probabilísticos de distintas regiones del país. Asimismo, podrían realizarse estudios longitudinales que permitan analizar los posibles cambios en las variables como resultados del paso del tiempo, y considerar muestras clínicas y no clínicas.

Referencias

- Agresti, A. (2018). *An introduction to categorical data analysis*. John Wiley & Sons.
- Akaike, H. (1987). Factor analysis and AIC. *Psychometrika*, 52(3), 317-332. <https://doi.org/10.1007/BF02294359>
- Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology: Current and future directions. *Development and Psychopathology*, 28(4), 927-946. <https://doi.org/10.1017/S0954579416000638>
- 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 Psychological Association. (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>
- Andreotti, C., Thigpen, J. E., Dunn, M. J., Watson, K., Potts, J., Reising, M. M., Robinson, K. E., Rodriguez, E. M., Roubinov, D., Luecken, L., & Compas, B. E. (2013). Cognitive reappraisal and secondary control coping: associations with working memory, positive and negative affect, and symptoms of anxiety/depression. *Anxiety, stress, and coping*, 26(1), 20-35. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.631526>
- Ávila Baray, H. L. (2006) Introducción a la Metodología de la Investigación. Edición electrónica. Cuauhtémoc, Instituto Tecnológico de Cd. Cuauhtémoc. <http://www.eumed.net>.
- Barry, V., Stout, M. E., Lynch, M. E., Mattis, S., Tran, D. Q., Antun, A., Ribeiro, M. J., Stein, S. F., & Kempton, C. L. (2020). The effect of psychological distress on health outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of health psychology*, 25(2), 227-239. <https://doi.org/10.1177/1359105319842931>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2006). *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), Manual*. Paidós.
- Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.003>
- Berlin, K. S., Williams, N. A., & Parra, G. R. (2014). An introduction to latent variable mixture modeling (part 1): Overview and cross-sectional latent class and latent profile analyses. *Journal of pediatric psychology*, 39(2), 174-187. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst084>
- Boersma, K., Södermark, M., Hesser, H., Flink, I. K., Gerdle, B., & Linton, S. J. (2019). Efficacy of a transdiagnostic emotion-focused exposure treatment for chronic pain patients with comorbid anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Pain*, 160(8), 1708-1718. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001575>
- Brenlla, M. E., & Rodríguez, C. M. (2006). *Adaptación argentina del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Paidós.
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical psychology: Science and practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, Article 101999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999>
- Celeux, G., & Soromenho, G. (1996). An entropy criterion for assessing the number of clusters in a mixture model. *Journal of classification*, 13(2), 195-212. <https://doi.org/10.1007/BF01246098>
- Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, W. H. (2018). Age differences in stress and coping: Problem-focused strategies mediate the relationship between age and positive affect. *The International Journal of Aging & Human Development*, 86(4), 347-363.

- <https://doi.org/10.1177/0091415017720890>
- Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Aguilar Gaxiola, S., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., Sustas, S., Benjet, C., & Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(4), 341–350. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1492-3>
- Clark S. L., Muthén B. (2009). *Relating Latent Class Analysis Results to Variables Not Included in the Analysis*. <http://www.statmodel.com/download/relatinglca.pdf>
- Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20(1), 37–42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
- Contractor, A. A., Elhai, J. D., Fine, T. H., Tamburrino, M. B., Cohen, G., Shirley, E., Chan, P. K., Liberzon, I., Galea, S., & Calabrese, J. R. (2015). Latent profile analyses of posttraumatic stress disorder, depression and generalized anxiety disorder symptoms in trauma-exposed soldiers. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.014>
- Dattani, S., Ritchie, H., & Roser, M. (2021). *Mental Health. Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Doran, C. M., & Kinchin, I. (2017). A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review*, 43(1), 43–48. <https://doi.org/10.1071/AH16115>
- 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>
- Dutt, A. J., Gabrian, M., & Wahl, H. W. (2018). Developmental Regulation and Awareness of Age-Related Change: A (Mostly) Unexplored Connection. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 73(6), 934–943. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw084>
- El-Habil, A. M. (2012). An application on multinomial logistic regression model. *Pakistan journal of statistics and operation research*, 8(2), 271–291. <http://dx.doi.org/10.18187/pjsor.v8i2.234>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Helmich, N., & Rojas, L. (2021). *Relevamiento del estado psicológico de la población argentina*. https://www.psi.uba.ar/opsa/informes/opsa_salud_mental_poblacion_argentina_2022.pdf
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N. I., Helmich, N., & Lunansky, G. (2021). Argentinian mental health during the COVID-19 pandemic: a screening study of the general population during two periods of quarantine. *Clinical Psychology in Europe*, 3(1), 1–17. <https://doi.org/10.32872/cpe.4519>
- Esponda, G. M., Hartman, S., Qureshi, O., Sadler, E., Cohen, A., & Kakuma, R. (2020). Barriers and facilitators of mental health programmes in primary care in low-income and middle-income countries. *The lancet. Psychiatry*, 7(1), 78–92. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30125-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30125-7)
- Ferguson, S. L., G. Moore, E. W., & Hull, D. M. (2020). Finding latent groups in observed data: A primer on latent profile analysis in Mplus for applied researchers. *International Journal of Behavioral Development*, 44(5), 458–468. <https://doi.org/10.1177/0165025419881721>
- Fernández, R. S., Crivelli, L., Guimet, N. M., Allegri, R. F., & Pedreira, M. E. (2020). Psychological distress associated with COVID-19 quarantine: Latent profile analysis, outcome prediction and mediation analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.133>
- Fernández, R. S., Crivelli, L., Guimet, N. M., Allegri, R. F., Picco, S., & Pedreira, M. E. (2022). Psychological distress and mental health trajectories during the COVID-19 pandemic in Argentina: a longitudinal study. *Scientific reports*, 12(1), 5632. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-09663-2>
- Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in resilience: Initial coping among older adults during the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*, 61(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Global Burden Disease (GBD). (2016) Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Groen, R. N., Ryan, O., Wigman, J. T. W., Riese, H., Penninx, B. W. J. H., Giltay, E. J., Wichers, M., & Hartman, C. A. (2020). Comorbidity between depression and anxiety: assessing the role of bridge mental states in dynamic psychological networks. *BMC medicine*, 18(1), 308. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01738-z>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of*

- general psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. J. (2015a). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J.J. (2015b). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130-137. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hashimoto, E. M., Ortega, E. M. M., Cordeiro, G. M., Suzuki, A. K., & Kattan, M. W. (2019). The multinomial logistic regression model for predicting the discharge status after liver transplantation: estimation and diagnostics analysis. *Journal of applied statistics*, 47(12), 2159-2177. <https://doi.org/10.1080/02664763.2019.1706725>
- Heeren, A., Jones, P. J., & McNally, R. J. (2018). Mapping network connectivity among symptoms of social anxiety and comorbid depression in people with social anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 228, 75-82. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.003>
- Heller, A. S., Johnstone, T., Peterson, M. J., Kolden, G. G., Kalin, N. H., & Davidson, R. J. (2013). Increased prefrontal cortex activity during negative emotion regulation as a predictor of depression symptom severity trajectory over 6 months. *JAMA psychiatry*, 70(11), 1181-1189. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2430>
- Hiilamo, A., Shiri, R., Kouvonen, A., Mänty, M., Butterworth, P., Pietiläinen, O., Lahelma, E., Rahkonen, O., & Lallukka, T. (2019). Common mental disorders and trajectories of work disability among midlife public sector employees - A 10-year follow-up study. *Journal of affective disorders*, 247, 66-72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.127>
- Kashdan, T. B., & Steger, M. F. (2006). Expanding the Topography of Social Anxiety: An Experience-Sampling Assessment of Positive Emotions, Positive Events, and Emotion Suppression. *Psychological Science*, 17(2), 120-128. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01674.x>
- Khan, A. J., Maguen, S., Straus, L. D., Nelyan, T. C., Gross, J. J., & Cohen, B. E. (2021). Expressive suppression and cognitive reappraisal in veterans with PTSD: Results from the mind your heart study. *Journal of Affective Disorders*, 283, 278-284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.015>
- Koppelman, F. S., & Wen, C. H. (1998). Alternative nested logit models: structure, properties and estimation. *Transportation Research Part B: Methodological*, 32(5), 289-298. [https://doi.org/10.1016/S0191-2615\(98\)00003-4](https://doi.org/10.1016/S0191-2615(98)00003-4)
- Layous, K., Chancellor, J., & Lyubomirsky, S. (2014). Positive activities as protective factors against mental health conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 3-12. <https://doi.org/10.1037/a0034709>
- Jacobson, N. C., & Newman, M. G. (2017). Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 143(11), 1155-1200. <https://doi.org/10.1037/bul0000111>
- The jamovi Project. (2022). *jamovi. (Version 2.3) [Computer Software]*. <https://www.jamovi.org>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-1333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Jungert, T., Holm, K., Iotti, N. O., & Longobardi, C. (2021). Profiles of bystanders' motivation to defend school bully victims from a self-determination perspective. *Aggressive behavior*, 47(1), 78-88. <https://doi.org/10.1002/ab.21929>
- Kraiss, J. T., Ten Klooster, P. M., Moskowitz, J. T., & Bohlmeijer, E. T. (2020). The relationship between emotion regulation and well-being in patients with mental disorders: A meta-analysis. *Comprehensive psychiatry*, 102, 152189. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152189>
- Kirwan, M., Pickett, S. M., & Jarrett, N. L. (2017). Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. *Psychiatry Research*, 254, 40-47. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.028>
- Lilienfeld, S. O., Smith, S. F., & Watts, A. L. (2016). Diagnosis and classification. En H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health* (2nd ed., pp. 34-40). Academic Press.
- Mansilla, M. (2000). Etapas del desarrollo humano. *Revista de Investigación en Psicología*, 3(2), 105-116. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v3i2.4999>
- Martinsen, K. D., Rasmussen, L. M. P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A. M., Løvaas, M. E. S., Patras, J., Kendall, P. C., Waaktaar, T., & Neumer, S.-P. (2019). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(2), 212-219.

- <https://doi.org/10.1037/ccp0000360>
- McLachlan, G. J., Peel, D., & Bean, R. W. (2003). Modelling high-dimensional data by mixtures of factor analyzers. *Computational Statistics & Data Analysis*, 41(3-4), 379-388. [https://doi.org/10.1016/S0167-9473\(02\)00183-4](https://doi.org/10.1016/S0167-9473(02)00183-4)
- McNally, R. J., Mair, P., Mugno, B. L., & Riemann, B. C. (2017). Co-morbid obsessive-compulsive disorder and depression: a Bayesian network approach. *Psychological medicine*, 47(7), 1204–1214. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003287>
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/emo0000703>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of clinical and Health psychology*, 7(3), 847-862. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>
- Muthén, B. O. (2001). Latent variable mixture modelling. En G.A. Marcoulides, & R. E. Schumacker (Eds.), *New developments and techniques in structural equation modelling* (pp. 1–33). Lawrence Erlbaum Associates.
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., & Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*, 14(4), 535–569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International journal of morphology*, 35(1), 227-232. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Pagano, A., & Vizioli, N. (2021a). Estabilidad temporal y validez discriminante del Inventario de Ansiedad de Beck. *LIBERABIT. Revista Peruana De Psicología*, 27(1), e450. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2021.v27n1.03>
- Pagano, A. E., & Vizioli, N. A. (2021b). Adaptación del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ) en población adulta de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad*, 21(1), 18-32. <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v21i1.3881>
- R Core Team. (2021). *R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]*. <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01).
- Ranganathan, P., Aggarwal, R., & Pramesh, C. S. (2015). Common pitfalls in statistical analysis: Odds versus risk. *Perspectives in clinical research*, 6(4), 222–224. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.167092>
- Ranganathan, P., Pramesh, C. S., & Aggarwal, R. (2017). Common pitfalls in statistical analysis: Logistic regression. *Perspectives in clinical research*, 8(3), 148–151. https://doi.org/10.4103/picr.PICR_87_17
- Ruiz-Rodríguez, P., Cano-Vindel, A., Muñoz, R., Medrano, L., Moriana, J. A., Buiza, C., Jiménez, G., Gonzáles Blanch, C., & Grupo de Investigación PsicAP. (2017). Impacto económico y carga de los trastornos mentales comunes en España: una revisión sistemática y crítica. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 118-123. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.10.003>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 72, Article 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Schwarz, G. (1978). Estimating the dimension of a model. *The annals of statistics*, 6(2), 461-464. <https://www.jstor.org/stable/pdf/2958889.pdf? = 1468598111327>
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 11, 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>
- Sclove, S. L. (1987). Application of model-selection criteria to some problems in multivariate analysis. *Psychometrika*, 52(3), 333–343. <https://doi.org/10.1007/BF02294360>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*, 57, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Spurk, D., Hirschi, A., Wang, M., Valero, D., & Kauffeld, S. (2020). Latent profile analysis: A review and “how to” guide of its application within vocational behavior research. *Journal of Vocational Behavior*, 120, 103445. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103445>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Serfaty, E., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2019). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina. *Vertex Revista Argentina De Psiquiatría*, 29(142), 275–299. <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/256>
- Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30–47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>

- Sullivan, P. F., Kessler, R. C., & Kendler, K. S. (1998). Latent class analysis of lifetime depressive symptoms in the national comorbidity survey. *The American journal of psychiatry*, 155(10), 1398–1406. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.10.1398>
- Troy, A. S., Wilhelm, F. H., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B. (2010). Seeing the silver lining: Cognitive reappraisal ability moderates the relationship between stress and depressive symptoms. *Emotion*, 10(6), 783–795. <https://doi.org/10.1037/a0020262>
- Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. (2020). Adaptación del Inventario de Ansiedad de Beck en población de Buenos Aires. *Interacciones*, e171. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.171>
- Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. (2022a). Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 28-41. <https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.3>
- Vizioli, N. A., & Pagano, A. E. (2022b). Estabilidad Temporal, Validez Convergente e Incremental de la Versión Argentina del Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ). *Psychologia*, 16(1), 71-81. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/5397>
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA Network*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10316-000>