



## **MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**

Curso 2022-2023

Trabajo Fin de Máster

### **Relación entre las estrategias cognitivas de regulación emocional y los subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva en adolescentes**

Autor: Jesús Ferrández Mas

Tutor: José Antonio Piqueras Rodríguez

Co-Tutora: Beatriz Moreno Amador

Código de la Oficina de Investigación Responsable:

TFM.MPG.JAPR.JFM.221216

*Convocatoria: Enero 2023.*

## Resumen

Las dificultades de regulación emocional son consideradas procesos transdiagnósticos cognitivos y conductuales etiopatogénicos causales y mantenedores de muchos trastornos mentales. También explican parte del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y su manifestación subclínica, la sintomatología TOC. Sin embargo, pocos estudios han abordado esta problemática en adolescentes. **Objetivo:** Analizar la relación entre las estrategias cognitivas de regulación emocional y los subtipos de sintomatología TOC en adolescentes. **Método:** Estudio descriptivo transversal. Participaron 307 adolescentes de entre 12 y 18 años. Se evaluaron variables sociodemográficas, subtipos de sintomatología TOC y estrategias de regulación emocional. Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y de regresión lineal múltiple. **Resultados:** El modelo creado para explicar la sintomatología TOC global a partir de las estrategias de regulación emocional y el sexo explicó el 28.2% ( $p < .001$ ). Las estrategias asociadas de forma estadísticamente significativa a la sintomatología TOC fueron planificación, autculpa, catastrofismo y sexo (mujer). En todos los modelos creados para predecir los subtipos de sintomatología TOC se encontraron contribuciones estadísticamente significativas de algunas estrategias de regulación emocional. La estrategia adaptativa que mostró mayores asociaciones fue planificación, mientras que en las estrategias desadaptativas fueron catastrofismo, autculpa y rumiación. **Conclusión:** Las estrategias de regulación emocional parecen estar relacionadas con la sintomatología TOC. Dado que la adolescencia se considera un periodo de riesgo para el desarrollo del TOC y es una etapa clave en la adquisición de mecanismos de regulación emocional, conocer las estrategias asociadas con la sintomatología TOC puede ser de gran utilidad para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento en adolescentes.

**Palabras clave:** TOC; subtipos de sintomatología TOC; desregulación emocional; regulación cognitivo-emocional; adolescentes.

## Abstract

Emotion regulation difficulties are considered to be transdiagnostic cognitive and behavioural etiopathogenic processes that cause and maintain many mental disorders. They also explain part of obsessive-compulsive disorder (OCD) and their subclinical manifestation, OCD symptomatology. However, few studies have examined this problem in adolescents.

**Objective:** To analyze the relationship between cognitive strategies of emotion regulation and subtypes of OCD symptomatology in adolescents. **Method:** Cross-sectional descriptive study. A total of 307 adolescents between 12 and 18 years old participated.

Sociodemographic variables, OCD symptomatology subtypes and emotion regulation strategies were assessed. Descriptive, bivariate and multiple linear regression analyses were performed. **Results:** The model created to explain global OCD symptomatology from emotion regulation strategies and gender explained 28.2% ( $p < .001$ ). Strategies statistically significantly associated with OCD symptomatology were planning, self-blame, catastrophizing and gender (female). Statistically significant contributions of some emotion regulation strategies were found in all models created to predict OCD symptomatology subtypes. The adaptive strategy that showed the strongest associations was planning, while the maladaptive strategies were catastrophizing, self-blame and rumination.

**Conclusion:** Emotion regulation strategies seem to be related to OCD symptomatology. As adolescence is considered a risk period for the onset of OCD and a critical phase in the development of emotion regulation mechanisms, knowing the strategies associated with OCD symptomatology may be very useful for the development of prevention and treatment programs in adolescents.

**Keywords:** OCD; OCD symptomatology subtypes; emotion dysregulation; cognitive-emotion regulation; adolescents.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es una condición de salud mental caracterizada por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones consisten en pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que la persona experimenta como no deseados e intrusivos. Por otra parte, las compulsiones son conductas repetitivas o actos mentales que la persona siente el impulso de realizar como respuesta a una obsesión (Asociación Americana de Psiquiatría; APA, 2014). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la APA (2014), el TOC ha dejado de considerarse un trastorno de ansiedad y se ha incluido en un capítulo independiente con el nombre de “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”, donde se encuentran también el trastorno dismórfico corporal, el trastorno de acumulación, la tricotilomanía y el trastorno por excoriación.

El TOC y los trastornos relacionados se caracterizan por el hecho de que las preocupaciones o rituales que presenta la persona son más intensos o persistentes de lo normal para cada etapa del desarrollo (APA, 2014). De acuerdo con Vallejo-Pareja et al. (2021), las compulsiones cumplen la función de reducir o calmar la ansiedad provocada por la obsesión, aunque a menudo suelen ser exageradas o no se relacionan de forma realista con aquello que se pretende evitar.

Las estimaciones más recientes sobre la prevalencia del TOC muestran unos índices del 1.1% a nivel global y del 1.3% a lo largo de la vida (Fawcett et al., 2020). Estos resultados son similares a los que presenta la APA (2014), que expone unos datos de prevalencia anual del TOC a nivel internacional entre el 1.1 y el 1.8%. Por lo que se refiere a los jóvenes, la prevalencia en infancia y adolescencia en población española es del 1.8% para el TOC clínico y del 5.5% para el TOC subclínico (Canals et al., 2012). En cuanto a las diferencias de género, se ha observado que las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir TOC

que los hombres, ya que presentan una prevalencia a lo largo de la vida del 1.5%, mientras que en los hombres es del 1% (Fawcett et al., 2020).

El inicio de la sintomatología suele ocurrir de forma gradual, aunque se han observado también apariciones agudas (APA, 2014). La edad media de inicio del TOC se sitúa en los 19 años, y alrededor del 25% de los casos suelen iniciarse a los 14 años (Solmi et al., 2022). En este sentido, se ha observado que los varones presentan una edad de inicio más temprana, y alrededor de un 25% tienen su inicio antes de los 10 años (APA, 2014). No obstante, a pesar de que el TOC parece ser más común en los hombres durante la infancia, a partir de la adolescencia se iguala y en la adultez es más frecuente en las mujeres (Fawcett et al., 2020; Mathes et al., 2019).

El TOC es un trastorno que suele ser difícil de tratar, su curso tiende a ser crónico si no se trata y tiene una baja remisión espontánea. Asimismo, puede tener altibajos y acentuarse en momentos de estrés, y supone una condición muy incapacitante para el paciente y las personas de su entorno (Cruzado, 2014). Además, presenta una elevada comorbilidad, siendo los trastornos comórbidos más comunes el trastorno depresivo (28.4%), el TOC de la personalidad (24.8%) y el trastorno de ansiedad generalizada (19.3%) (Brakoulias et al., 2017). Por lo que se refiere a la comorbilidad a lo largo de la vida, se estima que el 69% de las personas con TOC presentaría otro trastorno psicológico a lo largo de su vida, siendo los trastornos del estado de ánimo los más frecuentes en la etapa adulta, y los trastornos de ansiedad en la etapa infantil y adolescente (Sharma et al., 2021). Por último, cabe tener en cuenta que presentar un trastorno comórbido se asocia con una mayor gravedad del TOC, así como mayor cronicidad y deterioro del funcionamiento de la persona (Hofmeijer-Sevink et al., 2013).

Como se ha señalado anteriormente, la presencia de formas no clínicas o subclínicas del TOC es frecuente. Así, en un estudio llevado a cabo por Belloch et al. (2004), se observó que más del 90% de las personas había experimentado pensamientos intrusivos con una forma y contenido similar a los pacientes TOC. Por su parte, Salkovskis y McGuire (2003), indicaron que la diferencia fundamental entre las personas con TOC y la población general radica en la forma de valorar y responder a los pensamientos intrusivos no deseados, ya que estos se convierten en obsesiones cuando se les otorga un significado personal y se les atribuye la responsabilidad de causar o prevenir daño a uno mismo o a otras personas.

En relación con los tipos de sintomatología, cabe señalar que el contenido de las obsesiones y compulsiones varía entre las personas con TOC. De acuerdo con la APA (2014), existe una serie de dimensiones de síntomas que suelen ser comunes, como son la contaminación y limpieza, la simetría u orden, y los pensamientos prohibidos o de daño. En un metaanálisis llevado a cabo por Bloch et al. (2008) se sugirieron cuatro dimensiones sintomáticas: pensamientos prohibidos, acumulación, simetría y contaminación/limpieza. Por otro lado, una de las clasificaciones más aceptadas de las dimensiones del TOC es la que distingue entre duda/comprobación, obsesión, neutralización, orden, lavado y acumulación (Cervin et al., 2020; Foa et al., 2002; Rodríguez-Jiménez et al., 2017). Sin embargo, parece que todavía no existe consenso sobre la dimensionalidad de los síntomas del TOC, y es posible que existan más dimensiones de las que se pensaba. En este sentido, cabe destacar el metaanálisis realizado por Cervin et al. (2021), en el que se ha observado que la sintomatología del TOC se puede agrupar en las ocho dimensiones siguientes: pensamientos perturbadores, incompletitud, contaminación, acumulación, transformación, enfoque corporal, superstición y pérdida/separación. Estas dimensiones serían válidas a lo largo de la vida, y se ha encontrado que incompletitud y pensamientos perturbadores han sido las más centrales, lo que supone que tienen mayores asociaciones únicas con otras dimensiones.

Además, la presencia de estos subtipos se ha confirmado tanto en población clínica como no clínica de adolescentes (Rodríguez-Jiménez et al., 2014).

Las intervenciones psicológicas que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento del TOC son aquellas basadas en los fundamentos de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), especialmente la técnica de Exposición con Prevención de Respuesta (EPR; Olatunji et al., 2013; Rosa-Alcázar et al., 2008; Skapinakis et al., 2016). Estos tratamientos también son eficaces en población infantil y adolescente (McGuire et al., 2015). Por otro lado, estudios más recientes han propuesto que podría ser beneficioso incluir componentes de autocompasión y regulación emocional en combinación con el tratamiento principal de EPR (Eichholz et al., 2020).

Por lo tanto, la evidencia respecto a los tratamientos psicológicos para el TOC infantil se encuentra en un momento en el que se está buscando perfeccionar el tratamiento mediante la inclusión de nuevas estrategias o procesos implicados en el mantenimiento del trastorno. En este sentido, Yap et al. (2018) observaron que una mejora en las habilidades de regulación emocional conlleva una mejora en el tratamiento del TOC, por lo que propusieron que en las intervenciones psicológicas para el TOC se debería tener en cuenta la posibilidad de emplear técnicas dirigidas a la regulación emocional, como podría ser la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Este hecho coincide con lo que afirman diversas investigaciones, que señalan que las personas con TOC presentan mayores dificultades de regulación emocional (Fernández de la Cruz et al., 2013; Ferreira et al., 2020; Goldberg et al., 2016; Paul et al., 2016; Thorsen et al., 2019). Esta relación se ha confirmado tanto para población clínica como no clínica, una vez controlados los efectos de la depresión y la ansiedad (Yap et al., 2018). A pesar de que la mayoría de los estudios sobre regulación emocional y TOC se han realizado con población

adulta, la relación entre desregulación emocional y TOC también se ha encontrado en población adolescente con TOC, siendo incluso de mayor magnitud que la observada entre la regulación emocional y los trastornos de ansiedad (Yazici y Yazici, 2019).

La regulación emocional se entiende como un proceso de modulación y respuesta adaptativa a las emociones propias (Aldao et al., 2010). Según Gross (1998), la regulación emocional incluye un amplio conjunto de estrategias centradas en el antecedente y en la respuesta, de las cuales la revalorización del estímulo emocional o reevaluación cognitiva (centrada en el antecedente) y la supresión expresiva o emocional (centrada en la respuesta) han sido las más estudiadas. Existe cierto acuerdo al considerar que la reevaluación cognitiva es una estrategia más eficaz o adaptativa que la supresión expresiva emocional, la cual puede llegar a ser contraproducente (Ferreira et al., 2020). Otros autores como Gratz y Roemer (2004) definieron la regulación emocional como un constructo multidimensional que incluye conciencia emocional, claridad emocional, aceptación emocional, acceso a estrategias de regulación emocional, control de los impulsos y conductas dirigidas hacia los objetivos. De acuerdo con Robinson y Freeston (2014), parece que no existe consenso sobre los constructos que se deben incluir al hablar de regulación emocional.

En este sentido, un tipo de estrategias de regulación emocional son las relacionadas con la regulación cognitiva de la emoción, que consiste en la forma de regular las emociones a través de pensamientos o cogniciones, es decir, con aquello que pensamos cuando surge la emoción ante una situación en la vida (Garnefski et al., 2001; Garnefski et al., 2007; Thompson, 1991). Este concepto está estrechamente relacionado con el constructo de afrontamiento cognitivo, aunque existe una diferencia importante entre ambos, como es que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema incluyen una combinación de mecanismos, tanto cognitivos como conductuales, mientras que la regulación cognitiva emocional asume que pensamiento y conducta son procesos diferentes y, por tanto,



considera las estrategias cognitivas de forma puramente conceptual, independientemente de las estrategias conductuales (Garnefski et al., 2007).

El afrontamiento cognitivo o los componentes cognitivos de la regulación emocional no han sido estudiados en profundidad, aislados hasta ahora de las otras dimensiones de afrontamiento. Como resultado, aunque ha habido un interés considerable en los procesos cognitivos como reguladores, no se sabe mucho sobre cómo las cogniciones regulan las emociones y cómo esto puede afectar al curso del desarrollo emocional (Lemos et al., 2021). Garnefski et al. (2001) señalaron que existían nueve estrategias cognitivas de regulación emocional, que podían dividirse en formas de regulación adaptativa y desadaptativa. Las primeras incluirían las estrategias de aceptación, focalización positiva, puesta en perspectiva, reevaluación positiva y reorientación hacia la planificación, mientras que las estrategias desadaptativas serían la autculpabilización, la rumiación, la catastrofización y la culpabilización de los demás.

Respecto al TOC, Najmi et al. (2009) encontraron que los pacientes con TOC presentaban una mayor frecuencia de pensamientos intrusivos tras utilizar la supresión emocional, en comparación con la estrategia de aceptación. En esta misma línea, Goldberg et al. (2016) encontraron que una regulación emocional desadaptativa, como la que ocurre con la supresión emocional, estaría relacionada con una mayor rigidez cognitiva y sintomatología obsesivo-compulsiva. Autores como Yap et al. (2018) observaron que la no aceptación de las emociones y las dificultades en las conductas dirigidas a objetivos mostraban asociaciones únicas con el TOC. En una revisión llevada a cabo por Robinson y Freeston (2014), se encontró que las personas con TOC solían tener mayores dificultades para comprender y tolerar sus estados emocionales. Además, pusieron de manifiesto que parecía existir cierta evidencia de que una mejora en la tolerancia de experiencias internas difíciles estaría asociada a una disminución de la sintomatología TOC. En esta misma línea, Calkins et al.

(2013) argumentaron que las personas con TOC podrían emplear las compulsiones como un intento por regular la angustia provocada por las obsesiones, cumpliendo así una función de regulación emocional. No obstante, estas compulsiones estarían funcionando como un mecanismo de regulación emocional desadaptativo.

En relación con las estrategias de regulación emocional adaptativas y el TOC, cabe destacar la revisión sistemática realizada por Ferreira et al. (2020), en la que observaron que las estrategias de reevaluación cognitiva y de aceptación podrían disminuir la angustia y los pensamientos intrusivos en pacientes con TOC. En esta misma línea, Goldberg et al. (2016) encontraron que la reevaluación estaba relacionada con un mayor afecto positivo y una reducción de la sintomatología TOC. Por otro lado, Najmi et al. (2009) encontraron que la angustia de los pacientes con TOC se reducía cuando se utilizaban estrategias de aceptación. Asimismo, encontraron que este malestar también disminuía al utilizar la distracción, aunque los hallazgos sobre la eficacia de esta estrategia a largo plazo fueron inconsistentes.

A pesar de que en los últimos años se ha observado un aumento considerable de los estudios publicados sobre la relación entre la regulación emocional y el TOC, las investigaciones realizadas con población adolescente son escasas. Por lo tanto, teniendo en cuenta que la adolescencia es un periodo de riesgo en la aparición de sintomatología obsesivo-compulsiva y desarrollo del TOC (Abramowitz et al., 2009), y que se trata de una etapa clave en la adquisición de los mecanismos de regulación emocional (Theurel y Gentaz, 2018), el presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre las estrategias cognitivas de regulación emocional y la sintomatología TOC en adolescentes. De acuerdo con la literatura revisada, la hipótesis que se plantea es que las estrategias cognitivas de regulación emocional adaptativas estarán relacionadas de forma negativa con la sintomatología TOC en adolescentes, mientras que las estrategias desadaptativas tendrán una relación positiva con la sintomatología TOC.

## Método

### Participantes

En este estudio participaron un total de 307 adolescentes estudiantes de secundaria de la provincia de Alicante, de los cuales el 56.4% (n=173) se identificaron como mujeres, el 43% (n=132) como hombres, el 0.3% (n=1) como intersexuales, y el 0.3 (n=1) no desearon contestar. La edad de las personas de la muestra estaba comprendida entre los 12 y 18 años, y la edad media fue de 14.78 años (DT = 1.48).

La selección de la muestra fue no probabilística de conveniencia y se establecieron como criterios de inclusión tener una edad entre 12 y 18 años, y disponer del consentimiento por escrito, tanto del alumno como de los padres/tutores legales. Los criterios de exclusión fueron presentar deterioro en el funcionamiento cognitivo y/o poca comprensión del idioma español que impidieran cumplimentar los autoinformes correctamente. La participación en el estudio fue anónima, voluntaria y no hubo incentivos por la colaboración.

### Variables e instrumentos

#### *Características sociodemográficas*

Se recogieron a través de un breve cuestionario ad hoc diseñado para recoger datos sobre edad, sexo, identidad de género, orientación sexual, nivel de estudios, curso académico y país de nacimiento.

#### *Sintomatología TOC*

Se evaluó mediante el Inventario Obsesivo Compulsivo - Versión Infantil (OCI-CV; Foa et al., 2010). Se trata de un cuestionario de autoinforme formado por 21 ítems, con una escala tipo Likert de 3 puntos (0 = “nunca”, 1 = “a veces”, 2 = “siempre”). La puntuación total puede oscilar entre 0 y 42. Está diseñado para la evaluación de los síntomas del TOC en

niños y adolescentes, y evalúa las siguientes dimensiones: duda/comprobación, obsesión, acumulación, lavado, orden y neutralización. La puntuación total de la escala presenta una alta consistencia interna ( $\alpha = .81$ ), así como las subescalas ( $\alpha = .81-.88$ ), e intercorrelaciones moderadas entre las distintas subescalas (Foa et al., 2010). La versión española del OCI-CV ha mostrado evidencias de fiabilidad test-retest y validez convergente y discriminante (Rodríguez-Jiménez et al., 2017; Rosa-Alcázar et al., 2014).

### *Estrategias de regulación emocional*

Se utilizó el Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ; Garnefski et al., 2001; adaptación española de Domínguez-Sánchez et al., 2011) para evaluar las estrategias de regulación emocional. Se trata de un instrumento compuesto por 36 ítems que evalúan nueve estrategias cognitivas de regulación emocional: autculpa, aceptación, rumiación, focalización positiva, reorientación hacia la planificación, reevaluación positiva, puesta en perspectiva, catastrofismo, y culpar a otros. Cada una de estas subescalas está compuesta por cuatro ítems, con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va desde 1 (“casi nunca”) a 5 (“casi siempre”). Las puntuaciones de cada subescala se obtienen sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems de cada una de ellas, y pueden ir desde un mínimo de 4 hasta un máximo de 20. El instrumento presenta buenas propiedades psicométricas en población adolescente, con una consistencia interna de las subescalas que oscila entre  $\alpha = .68$  y  $\alpha = .83$  (Garnefski et al., 2001). Asimismo, ha mostrado evidencias de fiabilidad y validez tanto en su versión original (Garnefski et al., 2001) como en adolescentes españoles (Chamizo-Nieto et al., 2020; Domínguez-Sánchez et al., 2011). Por último, cabe señalar que las nueve dimensiones que componen el CERQ podrían agruparse en dos categorías más generales, que algunos autores denominaron como “estrategias adaptativas” y “estrategias desadaptativas” (Garnefski et al., 2001; Jermann et al., 2006). Las estrategias adaptativas incluirían las dimensiones de aceptación, focalización positiva, reorientación

hacia la planificación, reevaluación positiva y puesta en perspectiva, mientras que las estrategias desadaptativas serían las de autoculpabilización, rumiación, catastrofización y culpar a otros.

### **Procedimiento**

El estudio fue aprobado por el Órgano Evaluador de Proyectos de la Universidad Miguel Hernández de Elche con el número de referencia “DPS.JPR.02.17”. Una vez aprobado el proyecto, se contactó con el centro educativo para informarle del objetivo del estudio y el procedimiento que se iba a llevar a cabo para realizar la evaluación. Asimismo, se informó de la normativa de protección de datos y confidencialidad, y se solicitó el consentimiento informado por escrito de los participantes y de los padres o tutores legales en el caso de ser menores de edad. La recogida de datos se llevó a cabo por el personal investigador en un aula del instituto durante el horario escolar. Los instrumentos fueron aplicados en formato grupal y se cumplimentaron de forma online a través del software “Lime Survey”. La duración de la evaluación fue de unos 10 minutos aproximadamente.

### **Tipo de diseño**

Se trata de un estudio descriptivo correlacional de tipo transversal.

### **Análisis de datos**

Los datos obtenidos se codificaron y analizaron con el programa SPSS Statistics (versión 25.0), con un nivel de confianza del 95%.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos, incluyendo las frecuencias con porcentajes y las medias con desviaciones típicas para conocer las características de la muestra. A continuación, se realizó un análisis de fiabilidad de las escalas que evaluaban las variables

“sintomatología TOC” y “estrategias de regulación emocional”, calculando el coeficiente alfa de Cronbach.

Por otro lado, se llevó a cabo la prueba *t* de Student para muestras independientes con el objetivo de analizar si existían diferencias estadísticamente significativas en función del sexo respecto a la manifestación de sintomatología TOC. Se siguieron los criterios de Cohen (1988) para la interpretación el tamaño del efecto, siendo  $d=.20-.49$  tamaño del efecto pequeño,  $d=.50-.79$  tamaño del efecto mediano, y  $d$  mayor o igual a  $.80$  tamaño del efecto grande.

También se calcularon las correlaciones no paramétricas con rho de Spearman para analizar la asociación entre las distintas variables, ya que al calcular previamente los supuestos se observó que la muestra no seguía una distribución normal. La interpretación de la magnitud de las correlaciones se llevó a cabo siguiendo los criterios propuestos por Cohen (1988), que sugieren que un valor entre  $.10$  y  $.29$  indica una correlación pequeña, entre  $.30$  y  $.49$  moderada, y a partir de  $.50$  grande. Además, se comprobó si las correlaciones bivariadas eran inferiores a  $.70$  para descartar que existiese multicolinealidad.

Por último, se realizaron análisis de regresión múltiple para determinar la relación entre las variables del estudio y evaluar la influencia de las variables predictoras en la sintomatología TOC. Se incluyó la variable sociodemográfica sexo en los modelos predictivos para controlar su efecto sobre la sintomatología TOC. Se calculó el coeficiente de determinación ( $R^2$ ), los coeficientes beta estandarizados ( $\beta$ ) y el coeficiente de correlación semiparcial ( $sr^2$ ) con el objetivo de explorar la contribución específica de cada variable en términos de porcentaje de varianza explicada.

## Resultados

### Análisis preliminares

En la tabla 1 se presentan las estadísticas descriptivas de las variables estudiadas, así como los índices de consistencia interna encontrados a través del análisis de fiabilidad para cada una de las escalas y subescalas.

Tabla 1.

*Estadísticas descriptivas de la muestra*

	Muestra total (n=307)			Hombres (n=132)		Mujeres (n=173)	
	$\alpha$	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)
Total OCI-CV	.89	12.01	(7.10)	9.85	(6.64)	13.68	(7.04)
Obsesión (OCI-CV)	.78	2.49	(1.96)	1.78	(1.71)	3.02	(1.98)
Lavado (OCI-CV)	.66	1.97	(1.53)	1.83	(1.51)	2.09	(1.54)
Acumulación (OCI-CV)	.68	1.63	(1.40)	1.22	(1.21)	1.95	(1.46)
Duda (OCI-CV)	.76	2.91	(2.13)	2,45	(2.01)	3.27	(2.15)
Neutralización (OCI-CV)	.57	.68	(1.01)	.55	(.90)	.79	(1.07)
Orden (OCI-CV)	.65	2.33	(1.57)	2.02	(1.48)	2.58	(1.60)
Aceptación (CERQ)	.65	13.50	(3.37)	13.05	(3.33)	13.86	(3.38)
Focalización (CERQ)	.85	12.71	(4.49)	13.42	(4.02)	12.17	(4.79)
Planificación (CERQ)	.78	14.76	(3.46)	15.19	(3.20)	14.46	(3.64)
Reevaluación (CERQ)	.80	14.43	(3.84)	15.30	(3.24)	13.79	(4.14)
Perspectiva (CERQ)	.71	13.63	(3.65)	13.91	(3.73)	13.43	(3.60)
Autoculpa (CERQ)	.68	10.56	(3.30)	10.30	(3.27)	10.75	(3.34)
Rumiación (CERQ)	.74	12.60	(3.63)	12.26	(3.79)	12.86	(3.52)
Catastrofismo (CERQ)	.71	9.14	(3.61)	9.05	(3.63)	9.19	(3.62)
Culpar a otros (CERQ)	.79	8.63	(3.46)	9.28	(3.40)	8.09	(3.43)

*Nota.*  $\alpha$  =  $\alpha$  de Cronbach; DT = Desviación típica; OCI-CV = Inventario Obsesivo Compulsivo - Versión Infantil; CERQ = Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones.

La edad no se asoció de forma estadísticamente significativa con la sintomatología TOC. En cambio, sí que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y la variable criterio ( $\rho=.27$ ;  $p<.001$ ). Por ello, se realizaron análisis con la prueba *t* de Student para muestras independientes (no se asumieron varianzas iguales) con el objetivo de explorar si ser hombre o mujer tenía alguna influencia en la manifestación de sintomatología TOC. Las mujeres presentaron puntuaciones significativamente más altas que los hombres en el total del OCI-CV,  $t(289.7)=-4.867$ ,  $p<.001$ , con una magnitud de las diferencias *d* de Cohen =  $-.57$ , lo que significa que existe un tamaño del efecto mediano. Por lo tanto, se decidió incluir el sexo como covariable en los análisis de regresión múltiple.

### **Asociaciones**

En la tabla 2 se presentan las correlaciones observadas entre las variables predictoras, que fueron las distintas estrategias de regulación emocional y la variable criterio sintomatología TOC. Asimismo, se incluyen las correlaciones con las distintas subescalas del OCI-CV. Como se puede observar, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre todas las variables predictoras y la sintomatología TOC, con la excepción de las subescalas aceptación y puesta en perspectiva. Las variables focalización positiva ( $\rho=-.22$ ;  $p<.01$ ), planificación ( $\rho=-.20$ ;  $p<.01$ ) y reevaluación positiva ( $\rho=-.268$ ;  $p<.01$ ) mostraron una correlación inversa baja con la variable criterio. También se pudo observar que las variables autculpa ( $\rho=.29$ ;  $p<.01$ ) y rumiación ( $\rho=.24$ ;  $p<.01$ ) mostraron una correlación positiva baja con la variable criterio, mientras que culpar a los demás ( $\rho=.18$ ;  $p<.01$ ) presentó una correlación positiva muy baja. La dimensión catastrofismo ( $\rho=.42$ ;  $p<.01$ ) fue la que mostró un mayor grado de correlación con la sintomatología TOC, observándose una relación positiva de tamaño moderado. En relación con las subescalas del OCI-CV, la variable predictora aceptación no mostró diferencias estadísticamente significativas con ninguna de las subescalas. En cambio, las variables focalización, planificación y reevaluación



positiva presentaron correlaciones negativas de tamaño bajo y muy bajo con las subescalas de obsesión, acumulación, duda y neutralización. La variable toma de perspectiva solo mostró diferencias estadísticamente significativas con la subescala de neutralización, observándose una correlación negativa de tamaño muy bajo. Por otra parte, en relación con las estrategias desadaptativas, la variable autculpa mostró correlaciones positivas de tamaño bajo y muy bajo con todas las subescalas, excepto con acumulación, en la que no se observaron diferencias estadísticamente significativas. También se observaron correlaciones positivas de tamaño bajo y muy bajo entre la rumiación y las subescalas del OCI-CV, excepto con acumulación y neutralización, en las que no se observaron diferencias estadísticamente significativas. La variable catastrofismo presentó diferencias estadísticamente significativas con todas las subescalas del OCI-CV, con una correlación positiva de tamaño bajo entre ellas, excepto en el caso de la acumulación que el tamaño fue muy bajo, y de obsesión que fue moderado. Por último, la variable culpar a otros solo mostró correlaciones positivas estadísticamente significativas de tamaño muy bajo con la subescala de neutralización y de tamaño bajo con orden.

Tabla 2.

*Coefficientes de correlación de Spearman entre la puntuación total y las subescalas del OCI-CV y las dimensiones del CERQ*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Total OCI-CV	1															
2. Obsesión	.76**	1														
3. Lavado	.69**	.36**	1													
4. Acumulación	.65**	.44**	.26**	1												
5. Duda	.83**	.57**	.46**	.52**	1											
6. Neutralización	.63**	.37**	.47**	.36**	.45**	1										
7. Orden	.73**	.41**	.54**	.35**	.47**	.42**	1									
8. Aceptación	.03	.11	-.05	.01	.07	-.07	-.01	1								
9. Focalización	-.22**	-.25**	-.08	-.17**	-.21**	-.12*	-.11	.23**	1							
10. Planificación	-.20**	-.22**	-.03	-.24**	-.19**	-.20**	-.04	.28**	.51**	1						
11. Reevaluación	-.27**	-.30**	-.05	-.22**	-.27**	-.20**	-.10	.25**	.56**	.69**	1					
12. Perspectiva	-.08	-.09	-.02	-.10	-.05	-.15**	-.03	.30**	.48**	.43**	.48**	1				
13. Autoculpa	.29**	.33**	.19**	.11	.27**	.12*	.17**	.46**	.09	.21**	.11	.22**	1			
14. Rumiación	.24**	.29**	.18**	.05	.18**	.07	.17**	.43**	.09	.31**	.12*	.22**	.54**	1		
15. Catastrofismo	.42**	.42**	.23**	.17**	.33**	.28**	.32**	.12*	-.04	-.01	-.15*	.07	.38**	.43**	1	
16. Culpar a otros	.18**	.11	.10	.09	.11	.18**	.25**	-.04	.01	.01	.01	.10	.08	.21**	.43**	1

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

## Modelos predictivos

Se crearon modelos independientes para predecir la sintomatología TOC global y para cada uno de los subtipos de síntomas que componen las subescalas del OCI-CV (Tabla 3). En el modelo creado para predecir la sintomatología TOC global se observó que alrededor del 28.2% ( $p < .001$ ) de la varianza en la variable criterio era explicada por las estrategias de regulación emocional del CERQ y el sexo. Cabe señalar que se encontraron aportaciones estadísticamente significativas de las variables sexo ( $sr^2 = 2.9\%$ ), planificación ( $sr^2 = 1.2\%$ ), autculpa ( $sr^2 = 3\%$ ) y catastrofismo ( $sr^2 = 3.9\%$ ). La relación entre la sintomatología TOC global y las variables sexo, autculpa y catastrofismo fue directa, mientras que con la planificación fue inversa. Esto supone que un menor uso de la estrategia de planificación se asociaría con mayor sintomatología TOC. Por otro lado, cabe destacar que todos los modelos creados para la predicción de las subescalas del OCI-CV a partir de las estrategias de regulación emocional y el sexo presentaron contribuciones estadísticamente significativas en la explicación de la varianza. En el caso de la variable sexo, cabe señalar que tuvo una aportación significativa en todas las dimensiones del OCI-CV, excepto en la de lavado. En cuanto a las estrategias de regulación emocional, en la subescala obsesión se encontraron contribuciones significativas de las variables focalización y planificación de manera inversa, y de autculpa, rumiación y catastrofismo de forma directa. En el lavado se observaron aportaciones significativas de las variables aceptación, de manera inversa, y de autculpa, rumiación y catastrofismo de forma directa. La acumulación presentó una aportación significativa de la variable planificación con una relación inversa. En la duda se observaron aportaciones significativas de las variables autculpa y catastrofismo de forma directa. La neutralización presentó aportaciones significativas de las variables planificación, de manera inversa, y autculpa de forma directa. Por último, en el orden se observaron contribuciones significativas de las variables catastrofismo y culpar a otros de forma directa.

Tabla 3.

*Modelos de regresión lineal múltiple para la sintomatología TOC total y las subescalas del OCI-CV*

Variable	Inventario Obsesivo Compulsivo - Versión Infantil (OCI-CV)													
	Total		Obsesión		Lavado		Acumulación		Duda		Neutralización		Orden	
	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$	$\beta$	$t$
Sexo	.18	3.58**	.24	4,97**	.08	1.36	.23	4.10**	.14	2.55*	.13	2.24*	.19	3.45*
Aceptación	-.06	-.94	-.01	-.01	-.17	-2.52*	.03	.50	-.04	-.60	-.07	-1.08	-.07	-1.10
Focalización	-.09	-1.44	-.12	-2.08*	-.03	-.40	-.04	-.55	-.07	-1.04	.05	.72	-.07	-.99
Planificación	-.16	-2.25*	-.19	-2.85*	-.09	-1.17	-.18	-2.26*	-.14	-1.84	-.17	-2.18*	.02	.27
Reevaluación	-.03	-.41	-.04	-.50	.10	1.16	-.04	-.46	-.09	-1.09	.03	.32	-.01	-.10
Perspectiva	-.03	-.45	.01	.06	-.05	-.66	.01	.03	-.01	-.18	-.13	-1.91	-.01	-.18
Autoculpa	.23	3.62**	.19	3,21*	.20	2.78*	.10	1.41	.25	3.83**	.16	2.30*	.09	1.30
Rumiación	.07	1.04	.13	2.12*	.15	2.00*	-.01	-.21	.01	.14	-.06	-.81	.01	.10
Catastrofismo	.26	4.09**	.27	4.47**	.15	2.17*	.08	1.19	.20	3.02*	.23	3.29*	.20	2.90*
Culpar a otros	.07	1.22	.01	.12	.01	.11	.10	1.59	.03	.46	.13	2.15	.18	2.85*
R <sup>2</sup>	.282		.375		.095		.121		.207		.142		.135	
F	13.04**		17,66**		4.18**		5.17**		8.94**		6.05**		5.73**	

*Nota.* R<sup>2</sup> = Coeficiente de determinación; F = Índice F correspondiente a R<sup>2</sup>;  $\beta$  = Beta estandarizada;  $t$  =  $t$  de Student; \* $p$ <.05; \*\* $p$ <.001.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre las estrategias cognitivas de regulación emocional y la sintomatología TOC en una muestra de adolescentes españoles. De acuerdo con la literatura previa, la hipótesis que se planteó fue que las estrategias cognitivas de regulación emocional adaptativas estarían relacionadas de forma negativa con la presencia de sintomatología TOC en adolescentes, mientras que las estrategias desadaptativas mostrarían una relación positiva con la sintomatología TOC.

A pesar de que en este trabajo no se tenía como objetivo analizar las diferencias en función del sexo, en los análisis preliminares se examinaron estas diferencias para tener en cuenta su efecto sobre la hipótesis planteada. De este modo, se observó que las mujeres presentaban mayores puntuaciones que los hombres en las puntuaciones totales del OCI-CV y en las distintas subescalas, con la excepción del lavado, en la que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Estos hallazgos coinciden con diversas investigaciones llevadas a cabo en población adolescente (Martínez-González et al., 2015; Politis et al., 2017; Stavropoulos et al., 2017; Vivan et al., 2014). No obstante, existen otros estudios que no encontraron estas diferencias de género en adolescentes (Opakunle et al., 2018; Rosa-Alcázar et al., 2014; Rough et al., 2020; Yap et al., 2018). Por lo tanto, se podría afirmar que se trata de un tema en el que existe cierta controversia y todavía se requiere más investigación para alcanzar un consenso.

Los resultados obtenidos mostraron que las estrategias adaptativas de regulación emocional que presentaron una correlación estadísticamente significativa en sentido negativo con la sintomatología TOC global fueron focalización, planificación y reevaluación. En relación con el modelo creado para predecir la sintomatología TOC global, la estrategia de planificación fue la única estrategia adaptativa que presentó una contribución única en la

predicción de la varianza. En el resto de los modelos creados para la predicción de cada uno de los subtipos de sintomatología TOC que incluye el OCI-CV, la planificación contribuyó en la explicación de las dimensiones de obsesión, acumulación y neutralización. A pesar de que no se han encontrado estudios previos que permitan comparar la relación entre el uso de esta estrategia y la sintomatología TOC, se podrían encontrar similitudes con los resultados de otras investigaciones que han encontrado una relación negativa entre la estrategia de planificación y los síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes (Garnefski y Kraaij, 2018).

Por otra parte, también se observó una contribución de la estrategia de focalización positiva en la explicación de la dimensión de obsesión. De acuerdo con Garnefski et al. (2001), esta estrategia implica pensar en cosas agradables en vez de pensar sobre el suceso en sí, lo cual podría ser una respuesta útil a corto plazo, pero podría impedir un afrontamiento más adaptativo a largo plazo. De este modo, podría entenderse como una forma de distracción del suceso estresante, coincidiendo con la investigación llevada a cabo por Najmi et al. (2009), quienes encontraron que las personas con TOC reducían la angustia provocada por sus pensamientos obsesivos al utilizar la estrategia de distracción, aunque no se pudo demostrar la eficacia de esta estrategia a largo plazo. Cabe señalar que Garnefski y Kraaij (2018) tampoco han observado relación entre la estrategia de focalización positiva y la sintomatología de ansiedad en población adolescente.

Se encontró también una contribución única en sentido negativo de la estrategia de aceptación en la dimensión de lavado. Estos resultados van en la misma línea que otros estudios que señalan la importancia de una regulación emocional adaptativa en los síntomas de contaminación y lavado (Berman et al., 2018). No obstante, resulta relevante el hecho de no haber encontrado ninguna contribución con el resto de las subescalas del OCI-CV, teniendo en cuenta la literatura reciente que señala que el uso de la aceptación se relaciona

con una reducción de la angustia y la frecuencia de los pensamientos obsesivos (Ferreira et al., 2020). En este sentido, cabe señalar que a pesar de que la aceptación es considerada en el CERQ como una estrategia adaptativa (Garnefski et al., 2001), en algunos estudios que han utilizado esta medida se han observado correlaciones positivas con depresión (Garnefski et al., 2007; Liu et al., 2016). Por lo tanto, de acuerdo con Chamizo-Nieto et al. (2020), podría ser interesante revisar y clarificar todavía más esta estrategia en el CERQ, o bien diferenciar entre aceptación activa y pasiva, puesto que la segunda podría llegar a interpretarse de forma negativa como una forma de resignación.

La estrategia de reevaluación positiva no contribuyó en la explicación de ninguna de las dimensiones del OCI-CV ni de la sintomatología TOC global, lo que concuerda con estudios previos en adolescentes (Berman et al., 2018) y en población adulta (Fergus y Bardeen, 2014). No obstante, estos resultados contrastan con la revisión llevada a cabo por Ferreira et al. (2020), quienes han observado una relación entre la reevaluación cognitiva y una reducción de la sintomatología TOC, aunque se debe tener en cuenta que la muestra ha estado formada por población adulta y se han incluido pacientes con TOC clínico.

En esta misma línea, la estrategia de puesta en perspectiva tampoco mostró ninguna contribución en los modelos creados para predecir la sintomatología TOC. Estos resultados concuerdan con la investigación llevada a cabo por Salazar et al. (2022), quienes no han encontrado diferencias entre las personas con TOC e individuos sanos en relación con la toma de perspectiva, aunque en su estudio han utilizado otras medidas para evaluar estas variables. Otras investigaciones en población adolescente tampoco han encontrado asociación entre la puesta en perspectiva y otros trastornos como depresión y ansiedad (Del Valle et al., 2018; Garnefski y Kraaij, 2018).

En relación con las estrategias de regulación emocional desadaptativas, se observó que todas presentaron una correlación estadísticamente significativa en sentido positivo con la sintomatología TOC global. Las estrategias de catastrofismo y autculpa presentaron contribuciones únicas en el modelo creado para predecir la varianza de sintomatología TOC global. Asimismo, se encontró una contribución de la estrategia de catastrofismo en los modelos para las subescalas de obsesión, lavado, duda, neutralización y orden. Estos resultados coinciden con la investigación de Paul et al. (2016), quienes observaron que los pacientes con TOC presentaban mayores puntuaciones en la subescala de catastrofismo del CERQ. Además, el papel del catastrofismo en otros trastornos como ansiedad y depresión ha quedado reflejado en diversas ocasiones (Garnefski y Kraaij, 2018; Sakakibara y Kitahara, 2016). Por otro lado, la autculpa también mostró una contribución única en los modelos para la predicción de las dimensiones de obsesión, lavado, duda y neutralización. A pesar de que no se han encontrado investigaciones que aborden de forma específica la relación entre esta estrategia y la sintomatología TOC, existen evidencias de que la autculpa está relacionada con la manifestación de sintomatología de ansiedad en adolescentes (Garnefski y Kraaij, 2018), y tanto en ansiedad como en depresión en la infancia (Orgilés et al., 2018) y en población general (Sakakibara y Kitahara, 2016).

Por lo que se refiere a la estrategia de rumiación, se encontró una contribución única en los modelos para predecir las dimensiones de obsesión y lavado. Estos resultados son consistentes con la escasa investigación disponible sobre este tema, que establece una relación entre la rumiación y la sintomatología obsesivo-compulsiva (Watkins, 2009; Wahl et al., 2011), aunque en el presente trabajo no se ha encontrado una contribución significativa de la rumiación en la puntuación total del OCI-CV. A pesar de haber utilizado otros instrumentos de medida, resulta relevante que Wahl et al. (2011) también encontraron una relación entre la rumiación y la dimensión de lavado, aunque estos autores observaron



relaciones con un mayor número de dimensiones. Cabe señalar que otros investigadores también han analizado esta relación, encontrando únicamente asociación entre la rumiación y las dimensiones de responsabilidad por el daño (Shaw et al., 2017) y neutralización (Raines et al., 2017). Teniendo en cuenta la poca investigación sobre este tema y la falta de concordancia en los resultados, se considera necesaria una mayor investigación para comprender la relación entre la rumiación y la sintomatología TOC.

La estrategia de culpar a otros mostró una contribución única en el modelo para predecir la dimensión de orden. Al igual que ocurre con otras estrategias evaluadas, no se han encontrado investigaciones que aborden de forma específica la relación entre culpar a otros y la sintomatología TOC. No obstante, cabe señalar que sí se ha encontrado una relación entre esta estrategia y la manifestación de sintomatología de ansiedad y depresión en población adolescente (Garnefski y Kraaij, 2018) y en población general (Sakakibara y Kitahara, 2016).

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que las estrategias cognitivas de regulación emocional podrían tener un papel relevante en la presencia de sintomatología TOC en adolescentes. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que señalan que existe una relación entre las dificultades de regulación emocional y la sintomatología TOC en adolescentes (Yazici y Yazici, 2019). Dado que la adolescencia se considera un periodo de riesgo para el desarrollo del trastorno obsesivo-compulsivo (Abramowitz et al., 2009) y se trata de una etapa clave en la adquisición de mecanismos de regulación emocional (Theurel y Gentaz, 2018), conocer las estrategias que se asocian con este tipo de sintomatología puede ser de gran utilidad para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento en adolescentes. Asimismo, cabe tener en cuenta que Stavropoulos et al. (2017) observaron que las estrategias de prevención dirigidas a incrementar la estabilidad emocional tenían mayores beneficios en la reducción de la sintomatología

obsesivo-compulsiva si se aplicaban antes de los 16 años, por lo que podría ser interesante implementar estos programas durante los primeros años de la adolescencia.

El estudio llevado a cabo presenta una serie de limitaciones que es necesario tener en cuenta. En primer lugar, se trata de un estudio transversal, por lo que la validez predictiva de los modelos creados es limitada. En este sentido, sería interesante que futuras investigaciones estudiaran estas variables a través de estudios longitudinales. Otra de las limitaciones es el uso de autoinformes, puesto que este tipo de medidas no permite obtener diagnósticos clínicos y también puede hacer que aparezca el sesgo de deseabilidad social y falsedad en las respuestas. A pesar de que se trataron de minimizar estas limitaciones mediante la participación anónima y voluntaria en el estudio, podría ser beneficioso que en futuras investigaciones también se incluyan entrevistas clínicas. Por otra parte, al tratarse de una muestra no probabilística y tener un número reducido de participantes no es posible la generalización de los resultados. Por lo tanto, sería interesante que en futuros estudios se empleara un método de muestreo aleatorio y se realizaran en población clínica, lo que permitiría la generalización de los resultados y obtener conclusiones más sólidas acerca de la relación entre la regulación emocional y el TOC. Por último, cabe señalar que debido a la escasez de estudios que hayan utilizado el CERQ para evaluar las estrategias de regulación emocional en relación con la sintomatología TOC, la comparación de los resultados con otras investigaciones ha sido limitada.

En conclusión, la principal contribución de este trabajo ha sido estudiar la relación entre cada una de las estrategias cognitivas de regulación emocional y los distintos subtipos de sintomatología TOC. De esta forma, se ha observado que la estrategia adaptativa de planificación y otras estrategias menos adaptativas como la tendencia al catastrofismo, a la autoculpa y la rumiación podrían tener un papel relevante en el desarrollo de programas de prevención y tratamiento del TOC en adolescentes.

## Referencias

- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374(9688), 491–499. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60240-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60240-3)
- 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, (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., & Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(2), 100–110. <https://doi.org/10.1002/PPP.397>
- Berman, N. C., Shaw, A. M., Curley, E. E., & Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation and obsessive-compulsive phenomena in youth. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19, 44–49. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.07.005>
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., Lochner, C., Marazziti, D., Matsunaga, H., Miguel, E. C., Reddy, Y. C. J., do Rosario, M. C., Shavitt, R. G., Shyam Sundar, A., Stein, D. J., Torres, A. R., & Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration. *Comprehensive Psychiatry*, 76, 79–86. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.002>

Bloch, M. H., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. F.

(2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder.

*The American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1532–1542.

<https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2008.08020320>

Calkins, A. W., Berman, N. C., & Wilhelm, S. (2013). Recent Advances in Research on

Cognition and Emotion in OCD: A Review. *Current Psychiatry Reports* 2013 15:5,

15(5), 1–7. <https://doi.org/10.1007/S11920-013-0357-4>

Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Voltas, N. (2012). The epidemiology of

obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of Anxiety*

*Disorders*, 26(7), 746–752. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.06.003>

Cervin, M., Miguel, E. C., Güler, A. S., Ferraõ, Y. A., Erdogdu, A. B., Lazaro, L., Gökçe, S.,

Geller, D. A., Yulaf, Y., Başgöl, A. S., Özcan, Ö., Karabekiroğlu, K., Fontenelle, L.

F., Yazgan, Y., Storch, E. A., Leckman, J. F., do Rosário, M. C., & Mataix-Cols, D.

(2021). Towards a definitive symptom structure of obsessive–compulsive disorder: a

factor and network analysis of 87 distinct symptoms in 1366 individuals.

*Psychological Medicine*, 52(14), 3267-3279.

<https://doi.org/10.1017/S0033291720005437>

Cervin, M., Perrin, S., Olsson, E., Aspvall, K., Geller, D. A., Wilhelm, S., McGuire, J.,

Lázaro, L., Martínez-González, A. E., Barcaccia, B., Pozza, A., Goodman, W. K.,

Murphy, T. K., Seçer, İ., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Godoy, A., Rosa-

Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, Á., ... Mataix-Cols, D. (2020). The Centrality of

Doubting and Checking in the Network Structure of Obsessive–Compulsive Symptom

Dimensions in Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*

*Psychiatry*, 59(7), 880–889. <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2019.06.018>

- Chamizo-Nieto, M. T., Rey, L., & Sánchez-Álvarez, N. (2020). Validation of the spanish version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in Adolescents. *Psicothema*, 32(1), 153–159. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2019.156>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural science* (2.a ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coluccia, A., Ferretti, F., Fagiolini, A., & Pozza, A. (2017). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 13, 597–608. <https://doi.org/10.2147/NDT.S122306>
- Cruzado, J. A. (2014). Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. En V.E. Caballo, I.C. Salazar, y J.A. Carroble, *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos (2ª ed.)*, (pp. 246-289). Pirámide.
- Del Valle, M., Betegón, E., & Irurtia, M. J. (2018). Effect of the use of cognitive emotional regulation strategies on anxiety levels in spanish adolescents. *Suma Psicológica*, 25(2), 153–161. <https://doi.org/10.14349/SUMAPSI.2018.V25.N2.7>
- Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J., & Holgado-Tello, F. P. (2011). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire., *Assessment*, 20(2), 253–261. <https://doi.org/10.1177/1073191110397274>
- Eichholz, A., Schwartz, C., Meule, A., Heese, J., Neumüller, J., & Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(5), 630–639. <https://doi.org/10.1002/cpp.2451>

- Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women Are at Greater Risk of OCD Than Men: A Meta-Analytic Review of OCD Prevalence Worldwide. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(4). <https://doi.org/10.4088/JCP.19R13085>
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive–compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(3), 243–248. <https://doi.org/10.1016/J.JOCD.2014.06.001>
- Fernández de la Cruz, L., Landau, D., Iervolino, A. C., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S., & Mataix-Cols, D. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(2), 204–209. <https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2013.01.004>
- Ferreira, S., Pêgo, J. M., & Morgado, P. (2020). A systematic review of behavioral, physiological, and neurobiological cognitive regulation alterations in obsessive-compulsive disorder. *Brain Sciences*, *10*(11), 1–15. <https://doi.org/10.3390/brainsci10110797>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, *14*(4), 485–496. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Foa, E. B., Coles, M., Huppert, J. D., Pasupuleti, R. v., Franklin, M. E., & March, J. (2010). Development and Validation of a Child Version of the Obsessive-Compulsive Inventory. *Behavior Therapy*, *41*(1), 121–132. <https://doi.org/10.1016/J.BETH.2009.02.001>

- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition & 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)
- Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children: The development of an instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1007/S00787-006-0562-3>
- Goldberg, X., Cardoner, N., Alonso, P., López-Solà, C., Real, E., Hernández-Ribas, R., Jiménez-Murcia, S., Subirà, M., Segalàs, C., Menchón, J. M., & Soriano-Mas, C. (2016). Inter-individual variability in emotion regulation: Pathways to obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 105–112. <https://doi.org/10.1016/J.JOCD.2016.10.002>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2004 26:1, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

- Hofmeijer-Sevink, M. K., van Oppen, P., van Megen, H. J., Batelaan, N. M., Cath, D. C., van der Wee, N. J. A., van den Hout, M. A., & van Balkom, A. J. (2013). Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: The Netherlands OCD Association study. *Journal of Affective Disorders, 150*(3), 847–854.  
<https://doi.org/10.1016/J.JAD.2013.03.014>
- 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>
- Labad, J., Menchon, J. M., Alonso, P., Segalas, C., Jimenez, S., Jaurrieta, N., Leckman, J. F., y Vallejo, J. (2008). Gender differences in obsessive-compulsive symptom dimensions. *Depression and anxiety, 25*(10), 832–838.  
<https://doi.org/10.1002/da.20332>
- Lemos, V., Valega, M., & Serppe, M. (2021). Cognitive Emotional Regulation Questionnaire: a Factorial Validation Study in Spanish for Children (CERQ-k). *International Journal of Psychological Research, 14*(2), 61–81.  
<https://doi.org/10.21500/20112084.5234>
- Liu, W., Chen, L., & Blue, P. R. (2016). Chinese Adaptation and Psychometric Properties of the Child Version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *PLOS ONE, 11*(2), e0150206. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0150206>
- Martínez-González, A. E., Rodríguez-Jiménez, T., Piqueras, J. A., Vera-Villarroel, P., & Godoy, A. (2015). Psychometric Properties of the Obsessive-Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) in Chilean Children and Adolescents. *PLOS ONE, 10*(8), e0136842. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0136842>



- Mathes, B. M., Morabito, D. M., & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Current psychiatry reports*, 21(5), 36.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive–compulsive disorder: moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and Anxiety*, 32(8), 580–593.  
<https://doi.org/10.1002/DA.22389>
- Najmi, S., Riemann, B. C., & Wegner, D. M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive–compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour Research and Therapy*, 47(6), 494–503.  
<https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2009.02.015>
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33–41.  
<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2012.08.020>
- Opakunle, T., Aloba, O., & Akinsulore, A. (2018). Obsessive Compulsive Inventory - Child Version (OCI-CV): Confirmatory factor analysis, reliability, validity and correlates among Nigerian adolescents. *Malawi Medical Journal*, 30(4), 262.  
<https://doi.org/10.4314/MMJ.V30I4.9>
- Orgilés, M., Morales, A., Fernández-Martínez, I., Ortigosa-Quiles, J. M., & Espada, J. P. (2018). Spanish adaptation and psychometric properties of the child version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *PLOS ONE*, 13(8), e0201656.  
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0201656>

- Paul, S., Simon, D., Endrass, T., & Kathmann, N. (2016). Altered emotion regulation in obsessive-compulsive disorder as evidenced by the late positive potential. *Psychological Medicine, 46*(1), 137–147. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001610>
- Politis, S., Magklara, K., Petrikis, P., Michalis, G., Simos, G., & Skapinakis, P. (2017). Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 21*(3), 188–194. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1324038>
- Raines, A. M., Vidaurri, D. N., Portero, A. K., & Schmidt, N. B. (2017). Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and Individual Differences, 113*, 63–67. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2017.03.001>
- Robinson, L. J., & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review, 34*(3), 256–271. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2014.03.003>
- Rodríguez-Jiménez, T., Blasco, L., & Piqueras, J. A. (2014). Relación entre subtipos de sintomatología obsesivo-compulsiva y de perfeccionismo en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22*(2), 203-217.
- Rodríguez-Jiménez, T., Godoy, A., Piqueras, J. A., Gavino, A., Martínez-González, A. E., & Foa, E. B. (2017). Factor structure and measurement invariance of the Obsessive-Compulsive Inventory—Child Version (OCI-CV) in general population. *European Journal of Psychological Assessment, 33*(2), 97–103. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000276>

- Rosa-Alcázar, A. I., Ruiz-García, B., Iniesta-Sepúlveda, M., López-Pina, J. A., Rosa-Alcázar, Á., & Parada-Navas, J. L. (2014). Obsessive Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) in a Spanish community sample of children and adolescents. *Psicothema*, 26(2), 174–179. <https://doi.org/10.7334/PSICOTHEMA2013.210>
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310–1325. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2008.07.001>
- Rough, H. E., Hanna, B. S., Gillett, C. B., Rosenberg, D. R., Gehring, W. J., Arnold, P. D., & Hanna, G. L. (2020). Screening for Pediatric Obsessive–Compulsive Disorder Using the Obsessive–Compulsive Inventory-Child Version. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(6), 888–899. <https://doi.org/10.1007/S10578-020-00966-X/TABLES/6>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. <https://doi.org/10.1038/MP.2008.94>
- Sakakibara, R., & Kitahara, M. (2016). The relationship between Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and depression, anxiety: Meta-analysis. *The Japanese Journal of Psychology*, 87(2), 179–185. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.87.15302>
- Salazar Kämpf, M., Kanske, P., Kleiman, A., Haberkamp, A., Glombiewski, J., & Exner, C. (2022). Empathy, compassion, and theory of mind in obsessive-compulsive disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 95(1), 1–17. <https://doi.org/10.1111/papt.12358>

- Salkovskis, P. M., & McGuire, J. (2003). Cognitive-behavioural theory of OCD. En R. G. Menzies, & P. De Silva (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment* (Vol. 65, pp. 59-78). Wiley.
- Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., Lu, C., Garg, K., Thomas, T. L., Au, A. C. L., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Skarphedinsson, G., & Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry, 12*, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703701>
- Shaw, A. M., Carbonella, J. Y., Arditte Hall, K. A., & Timpano, K. R. (2017). Obsessive-Compulsive and Depressive Symptoms: The Role of Depressive Cognitive Styles. *The Journal of Psychology, 151*(6), 532–546. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1372341>
- Skapinakis, P., Caldwell, D., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N., Salkovskis, P., Welton, N., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of pharmacological and psychological interventions for the management of obsessive-compulsive disorder in children/adolescents and adults. *Health Technology Assessment, 20*(43), 1. <https://doi.org/10.3310/HTA20430>
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. v., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry, 27*(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/S41380-021-01161-7>

- Stavropoulos, V., Moore, K. A., Lazaratou, H., Dikaios, D., & Gomez, R. (2017). A multilevel longitudinal study of obsessive-compulsive symptoms in adolescence: Male gender and emotional stability as protective factors. *Annals of General Psychiatry, 16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-017-0165-z>
- Theurel, A., & Gentaz, E. (2018). The regulation of emotions in adolescents: Age differences and emotion-specific patterns. *PLOS ONE, 13*(6), e0195501. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195501>
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review, 3*(4), 269-307. <https://doi.org/10.1007/BF01319934>
- Thorsen, A. L., de Wit, S. J., de Vries, F. E., Cath, D. C., Veltman, D. J., van der Werf, Y. D., Mataix-Cols, D., Hansen, B., Kvale, G., & van den Heuvel, O. A. (2019). Emotion Regulation in Obsessive-Compulsive Disorder, Unaffected Siblings, and Unrelated Healthy Control Participants. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 4*(4), 352–360. <https://doi.org/10.1016/J.BPSC.2018.03.007>
- Vallejo-Pareja, M.A., Vallejo-Slocker, L., y Cruzado, J. A. (2021). Tratamientos psicológicos para el trastorno obsesivo compulsivo. En E. Fonseca-Pedrero (coord.), *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*, (pp. 393-410). Pirámide.
- Vivan, A. de S., Rodrigues, L., Wendt, G., Bicca, M. G., Braga, D. T., & Cordioli, A. V. (2014). Obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive disorder in adolescents: a population-based study. *Brazilian Journal of Psychiatry, 36*(2), 111–118. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1113>

- Wahl, K., Ertle, A., Bohne, A., Zurowski, B., & Kordon, A. (2011). Relations between a ruminative thinking style and obsessive–compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anxiety, Stress & Coping*, 24(2), 217–225.  
<https://doi.org/10.1080/10615806.2010.482985>
- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination and co-morbidity: Evidence for brooding as a transdiagnostic process. *Journal of Rational - Emotive and Cognitive - Behavior Therapy*, 27(3), 160–175. <https://doi.org/10.1007/S10942-009-0098-9>
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 695–709. <https://doi.org/10.1002/jclp.22553>
- Yazici, K. U., & Yazici, I. P. (2019). Decreased theory of mind skills, increased emotion dysregulation and insight levels in adolescents diagnosed with obsessive compulsive disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(7), 462–469.  
<https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1652341>