



# VARIABLES DE PROCESO EN LA DETERMINACIÓN DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA Y SU GENERALIZACIÓN A OTRAS MEDIDAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Manuel González<sup>1</sup>, Ignacio Ibáñez y Rosario Cubas  
(Universidad de La Laguna, España)

(Recibido 15 de febrero 2005 / Received February 15, 2005)

(Aceptado 14 de junio 2005 / Accepted June 14, 2005)

**RESUMEN.** De acuerdo con el modelo explicativo propuesto por Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston, para el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), este estudio *ex post facto* se propone poner a prueba el papel que juegan las variables procesuales denominadas intolerancia hacia la incertidumbre, creencias sobre la preocupación y supresión de pensamientos en la determinación del TAG, así como la participación de estas variables en la determinación de otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Para ello se evaluó a una muestra de 503 adultos en ansiedad generalizada, componentes del ataque de pánico, pensamiento obsesivo, miedo a la evaluación negativa y depresión. Los resultados indicaron que esos tres procesos, además de en la ansiedad generalizada, también se encuentran en las otras variables medidas, pero con variaciones apreciables. Estas variaciones van desde la no aparición de los tres procesos a su aparición, pero con pesos explicativos diferentes. El papel central atribuido en el modelo a la intolerancia hacia la incertidumbre se modifica en el caso del pensamiento obsesivo, pasando a ser en esta ocasión la evitación cognitiva. Se discuten los resultados en relación con la generalización de las variables de procesos a otros trastornos, especialmente en aquéllos más comórbidos con el TAG.

**PALABRAS CLAVE.** Variables de proceso. Trastorno de ansiedad generalizada. Trastornos de ansiedad. Depresión. Estudio *ex post facto*.

<sup>1</sup> Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Campus de Guajara. 38205 Universidad de La Laguna. Santa Cruz de Tenerife (España). E-mail: mgonzaro@ull.es

**ABSTRACT.** According to the explanatory model proposed by Dugas, Gagnon, Ladouceur and Freeston, for the generalized anxiety disorder (GAD), this *ex post facto* study proposes to test the role of the processes variables called intolerance of uncertainty, the beliefs on the worry and the suppression of intrusive thoughts, play in the determination of the TAG; as well as the participation of these variables in the determination of other anxiety and mood disorders. A sample of 503 adults was assessed in generalized anxiety, components of panic attack, obsessive thoughts, fear to the negative evaluation, and depression. The results indicated that those three processes, besides in the generalized anxiety, also are in other measured variables, but with valuable variations. These variations go from the absence of some of those three processes to its implications, but with different predictive weights. The central role attributed in the model to the intolerance of uncertainty is modified in the case of obsessive thought, where the main variable is the cognitive avoidance process. The results are discussed in relation with the generalization of the processes variables to other disorders, specially in those co-morbid with TAG.

**KEYWORDS.** Processes variables. Generalized anxiety disorder. Anxiety disorders. Depression. *Ex post facto* study.

**RESUMO.** De acordo com o modelo explicativo proposto por Dugas, Gagnon, Ladouceur e Freeston, para a perturbação de ansiedade generalizada (PAG), este estudo *ex post facto* propõe pôr à prova o papel das variáveis de processo, denominadas intolerância face à incerteza, crenças sobre a preocupação e supressão de pensamentos, na determinação da PAG, assim como a participação destas variáveis na determinação de outras perturbações de ansiedade e estado de humor. Para isso avaliou-se uma amostra de 503 adultos relativamente a ansiedade generalizada, componentes do ataque de pânico, pensamento obsessivo, medo da avaliação negativa e depressão. Os resultados indicaram que esses três processos, para além da ansiedade generalizada, também se encontram nas outras variáveis medidas, mas com variações apreciáveis. Estas variações vão desde a não aparição dos três processos à sua aparição, mas com pesos explicativos diferentes. O papel central atribuído no modelo à intolerância face à incerteza modifica-se no caso do pensamento obsessivo, onde a principal variável de processo é o evitamento cognitivo. Discutem-se os resultados na relação com a generalização das variáveis de processo a outras perturbações, especialmente naquelas mais comórbidas com a PAG.

**PALAVRAS CHAVE.** Variáveis de processo. Perturbação de ansiedade generalizada. Perturbações de ansiedade. Depressão. Estudo *ex post facto*.

## Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se reconoce oficialmente como entidad diagnóstica en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), aunque inicialmente se le consideró una categoría residual que servía como “cajón de sastre”, dado que carecía de indicadores específicos de sus síntomas y sólo podía diagnosticarse por defecto, es decir, cuando no estaba presente otro trastorno (Dugas y Ladouceur, 1997). En las sucesivas ediciones del Manual, DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) se fue clari-

ficando su definición, mejorando su descripción hasta convertirse en una categoría diagnóstica propia, caracterizándose por una ansiedad y preocupación (expectación aprensiva) excesivas en torno a una serie de acontecimientos o actividades, junto a una serie de síntomas somáticos (al menos tres de ellos) como inquietud o sentirse activado, fatigarse fácilmente, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño. La ansiedad, las preocupaciones o los síntomas físicos producen un deterioro o malestar importante en áreas relevantes del funcionamiento familiar, social, laboral, etc.

La dificultad que conlleva el diagnóstico del TAG se ve incrementada debido a las numerosas características comunes y al solapamiento que se da entre los distintos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Barlow, Di Nardo, Vermilyea, Vermilyea y Blanchard, 1986; Tyrer, Alexander, Remington y Riley, 1987). Hay ciertos trastornos especialmente difíciles de distinguir dadas las similitudes que guardan con el TAG, máxime cuando surgen numerosos estudios que informan de elevadas tasas de comorbilidad entre ellos. Según estos estudios, los diagnósticos adicionales más frecuentes son fobia social, trastorno de pánico, distimia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y fobia simple o específica (Noyes *et al.*, 1992; Brown y Barlow, 1992; Sanderson, Beck y Beck, 1990). Dada la alta comorbilidad y covariabilidad entre el TAG y los distintos trastornos de ansiedad, el primero se ha conceptualizado como el trastorno de ansiedad "más básico" (Rapee, 1991), por lo que la investigación sobre su origen y mantenimiento puede tener implicaciones para todos los trastornos de ansiedad. Para su identificación diferencial se han elaborado diversos modelos explicativos. Uno de esos modelos ha tratado de identificar y diferenciar los distintos trastornos de ansiedad de acuerdo con una serie de procesos que pueden estar a la base de cada uno de ellos. En este sentido, Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998) proponen un modelo conceptual para el TAG en el que establecen como componentes principales del mismo cuatro variables de proceso: la intolerancia hacia la incertidumbre, las creencias sobre la preocupación, la orientación pobre al problema y la evitación cognitiva. Este modelo se ha contrastado empíricamente en muestra de la población canaria (González, Peñate, Bethencourt y Rovella, 2004).

En cuanto a la intolerancia hacia la incertidumbre, Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur (1994) la entienden como un constructo relativamente amplio que representa reacciones conductuales, cognitivas y emocionales negativas hacia los contextos y situaciones de incertidumbre de la vida diaria y se relaciona estrechamente con la preocupación, sin tener en cuenta los niveles de ansiedad y depresión. Las creencias sobre la preocupación son metacogniciones sobre la preocupación al considerar las personas con TAG que el preocuparse les ayuda a encontrar una solución o una manera mejor de hacer las cosas, a aumentar sus sensaciones de control (Freeston *et al.*, 1994) y a prevenir consecuencias indeseables (Ladouceur, Gosselin y Dugas, 2000). Este proceso va más allá del número e importancia de las preocupaciones que, por otro lado, parecen estar presentes en cualquier segmento de la población (Nuevo, Montorio, Márquez, Izal y Lozada, 2004). La orientación pobre al problema se define como un conjunto de procesos metacognitivos que reflejan la conciencia y valoración de los problemas cotidianos y la propia capacidad para resolverlos. Incluye la percepción del problema,

atribución del problema, valoración del problema, creencias de control personal y respuestas emocionales (Maydeu-Olivares y D'Zurilla, 1996). La evitación cognitiva se define como una actividad cognitiva de tipo conceptual, lingüística-verbal que suprime las imágenes mentales (Borkovec, Shadick y Hopkins, 1990).

Los trabajos de Dugas (Dugas y Ladouceur, 1997; Dugas, Marchand y Ladouceur, 2005; Dugas *et al.*, 1998; Francis y Dugas, 2004; Freeston *et al.*, 1994; Ladouceur, Talbot y Dugas, 1997) han encontrado una vinculación directa entre estos procesos y el TAG, mostrándose como un conjunto de variables poderosas en la determinación del trastorno y que mantienen una vinculación jerárquica entre sí, de tal forma que se ha propuesto un modelo cognitivo donde la incertidumbre es un factor clave y de vulnerabilidad cognitiva causal que está relacionada directa e indirectamente con la preocupación (Greiner y Ladouceur, 2004). Directamente, porque hace que las personas presten más atención a los eventos inciertos, que son percibidos como más amenazantes y preocupantes. Indirectamente, porque una percepción disfuncional de los eventos dificulta el desarrollo adecuado para resolver problemas, incrementando con ello la preocupación ante la creencia de que ésta es útil, por un lado para encontrar soluciones y, por otro, para prevenir resultados negativos. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, el TAG es un trastorno especialmente comórbido, en la medida en que su ocurrencia se suele dar conjuntamente con otros trastornos, especialmente con otros problemas de ansiedad y los derivados de los estados de ánimo (Anderson, Noyes y Crowe, 1984; Keller, 1994; Levitt, Joffe, y MacDonald, 1991). El problema estriba en conocer si esa comorbilidad también alcanza a los procesos que explican el TAG, de tal forma que también comparten los procesos señalados.

El objetivo del presente estudio *ex post facto* (Montero y León, 2005) consiste en conocer en qué medida tres de los procesos (intolerancia hacia la incertidumbre, creencias sobre la preocupación y evitación cognitiva) del modelo cognitivo de Dugas *et al.* (1998) participan en la predicción de medidas relacionadas con trastornos comórbidos con el TAG. En una doble vertiente: en qué medida esos procesos son compartidos con trastornos de naturaleza similar (otros trastornos de ansiedad) y en qué medida comparte esos procesos con otros trastornos muy comórbidos con el TAG, pero de naturaleza distinta. En este último caso, se trataría de conocer cómo esos procesos se pueden encontrar también en el trastorno depresivo, especialmente, porque este fenómeno ya cuenta con una cierta tradición de procesos propios (Peñate, Perestelo y Bethencourt, 2004). En concreto, se trataría de conocer esa capacidad predictiva sobre una medida de ansiedad generalizada y otro grupo de variables relacionadas con el TAG: una medida de ansiedad social (representando al trastorno de fobia social), una medida relacionada con los síntomas cognitivos, fisiológicos y neurovegetativos del ataque de pánico, una medida de pensamiento obsesivo (representando el trastorno obsesivo-compulsivo) y una medida del nivel de depresión. Con ello pretendemos conocer si esos procesos cognitivos son genuinos del TAG o también se comparten con otros trastornos y, si se comparten, cuál sería el valor de predicción diferencial. En este sentido, cabe suponer que si existe una serie de problemas muy relacionados entre sí, también es factible suponer que esos trastornos compartan los procesos cognitivos que están a su base. Pero también será esperable que esas relaciones no sean iguales, siendo

mayor en la medida en que los trastornos compartan una naturaleza similar. A continuación trataremos de responder empíricamente a este objetivo general. En la elaboración de este artículo se siguen en la medida de lo posible las pautas recomendadas por Ramos-Álvarez y Catena (2004).

## Método

### Muestra

El número total de personas que participaron en esta investigación fue de 503 de la isla de Tenerife (Islas Canarias), todos ellos participantes voluntarios. De ellos, 292 (58,7%) eran mujeres y 211 (41,9%) hombres. El rango de edad osciló entre los 18 y 88 años, con una media de 29,10 años (una desviación típica de 10,84 y una moda de 23). Con respecto al estado civil, el 71,6% eran solteros, un 14,6% casados y un 3,8% divorciados/separados. Si tenemos en cuenta el nivel de estudios un 10,7% poseía estudios primarios, un 15,9% estudios de bachillerato, un 11,9% de formación profesional, el 29,3% poseía estudios medios y un 32,2% estudios superiores.

### Instrumentos

Se emplearon para esta investigación los siguientes cuestionarios y escalas, con la finalidad de evaluar los tres procesos asociados al TAG.

- Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (*Intolerance of Uncertainty Scale, IUS*) de Freeston *et al.* (1994). La escala consta de 27 ítems con 5 alternativas de respuestas sobre incertidumbre, reacciones emocionales y conductuales ante situaciones ambiguas. Y dado que, como señalan algunos autores (García-López, Olivares e Hidalgo, 2005) la traducción y adaptación de los instrumentos desarrollados en otros países requieren que se contrasten sus propiedades psicométricas en la población y/o nacionalidad donde se vaya a emplear, la adaptación a la población canaria de la IUS presenta una fiabilidad y validez adecuada (alfa de 0,95 y test-retest –intervalo temporal de cuatro semanas– de 0,69) (González *et al.*, 1998).
- Inventario de Supresión de Pensamientos (*White Bear Suppression Inventory, WBSI*) de Wegner y Zanakos (1994). Es un inventario de 15 ítems en el que las personas deben responder a cada uno de ellos en una escala de 5 puntos el grado de acuerdo o desacuerdo. Mide la tendencia general de las personas a suprimir los pensamientos (evitación cognitiva). Los autores informan de índices de consistencia interna para el total de la escala de 0,89 y una fiabilidad test-retest que oscila entre 0,69 y 0,92. La adaptación española de González *et al.* (1998) informa de una consistencia interna entre 0,90 y 0,94, y una fiabilidad test-retest de 0,72.
- El Cuestionario ¿Por qué Preocuparse? (*Why Worry?, WW?*) de Freeston *et al.* (1994). Consta de 20 ítems con cinco alternativas de respuestas cuyo objetivo es localizar núcleos de preocupación y cómo son valorados esos. El coeficiente alfa de Cronbach informado por los autores oscila entre 0,87 y 0,91. La adapta-

ción española de González *et al.* (en prensa) informa de una consistencia interna de 0,91 y una fiabilidad test-retest de 0,76.

Con respecto a las medidas relacionadas con los trastornos psicológicos se administraron los siguientes instrumentos:

- Inventario de Preocupación (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ) de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec (1990). Es una escala de 16 ítems, donde se debe señalar en una escala de 1 a 5 y cuyo objetivo es medir la preocupabilidad de una persona entendida como rasgo. En la medida en que el grado de preocupación es un síntoma distintivo del TAG frente a otros trastornos, se ha tomado esta medida para identificar la ansiedad generalizada. De acuerdo con los autores, se informa de una consistencia interna entre 0,93 y 0,94. Por otro lado, Brown, Anthony y Barlow (1992), en un estudio sobre trastornos de ansiedad, informan de un coeficiente de fiabilidad test-retest que oscila entre 0,74 y 0,92, y una consistencia interna de 0,95.
- Inventario de Padua (*Padua Inventory*, IP) (Sanavio, 1988). Es un inventario de 60 ítems, aunque para esta investigación hemos empleado los 17 ítems del primer factor, Pérdida de control sobre las actividades mentales, constituido por ítems sobre pensamientos obsesivos, rumiaciones y la incapacidad de control sobre ellos, uno de los síntomas principales del trastorno obsesivo-compulsivo. La consistencia interna de este factor oscila entre 0,89 y 0,90, y la fiabilidad test-retest es de 0,57- 0,77 (Sternberger y Burns, 1990; Van Oppen, 1992). Nosotros hemos encontrado un coeficiente de consistencia interna de 0,89 (Ibáñez, Olmedo, Peñate y González, 2002).
- Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979). Es un inventario de 21 ítems de selección múltiple sobre síntomas asociados con la depresión. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,65 a 0,72 y la consistencia interna oscila entre 0,81 y 0,86 (Beck, Steer y Garbin, 1988; Vázquez y Sanz, 1997).
- Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI) de Beck, Brown, Epstein y Steer (1988). Es un inventario de 21 ítems y donde se debe señalar en una escala de 0 a 3 el grado de molestia que le ha provocado cada síntoma de ansiedad, siendo mayoritariamente estos síntomas los referenciados en el DSM-IV para los trastornos de pánico. El coeficiente de fiabilidad test-retest es de 0,75 y la consistencia interna de 0,92 (Beck *et al.*, 1988).
- Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (*Fear to Negative Evaluation*, FNE). Evalúa el componente cognitivo de la ansiedad social. Consta de 30 ítems de verdadero o falso. La fiabilidad test-retest es de 0,78 y la consistencia interna de 0,94 (Watson y Friend, 1969).

### Procedimiento

Se utilizó un diseño correlacional *ex post facto*, de acuerdo con el cual las tres variables de proceso se utilizaron para predecir las variables relacionadas con los trastornos psicológicos. A modo de resumen, en la Tabla 1 se recogen las medidas a predecir y las predictoras.

**TABLA 1.** Cuestionarios e inventarios utilizados como variables a predecir y variables predictoras.

VARIABLES A PREDECIR		VARIABLES PREDICTORAS	
<i>Instrumento</i>	<i>Medición</i>	<i>Instrumento</i>	<i>Medición</i>
Inventario de Preocupación (PSWQ)	Preocupabilidad/ansiedad generalizada	Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre (IU)	Intolerancia hacia la incertidumbre
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	Síntomas del ataque de pánico	Inventario de Supresión de Pensamientos (WBSI)	Evitación cognitiva
Escala de Miedo a la Evaluación Negativa (FNE)	Miedo social/fobia social	Cuestionario ¿Por qué Preocuparse? (¿PP?)	Creencias sobre la preocupación
Inventario de Padua (IP)	Pensamiento obsesivo		
Inventario de Depresión de Beck (BDI)	Depresión		

Formando parte del programa de prácticas voluntarias de diversas asignaturas de Psicología y Logopedia, 57 alumnos y alumnas fueron seleccionados y entrenados en la administración de las distintas pruebas, para que desempeñaran el papel de evaluadores. Posteriormente fueron instruidos para que seleccionaran de su entorno cercano a un grupo de entre ocho a diez adultos, distribuidos homogéneamente por género. Una vez contactadas esas personas, los evaluadores les informaban del carácter experimental del trabajo y se les pedía su participación voluntaria cumplimentando los distintos cuestionarios, el consentimiento informado y un teléfono de contacto. La cumplimentación de los cuestionarios e inventarios debía hacerse en presencia del evaluador y en un medio apropiado (casa, despacho, etc.) y garantizando la confidencialidad de la información obtenida. Posteriormente, los investigadores llamaban al azar a dos o tres personas de las evaluadas por cada alumno o alumna. En el caso de detectarse algún indicio de duda sobre si había sido evaluado y si lo había sido en las condiciones correctas, se eliminaban las pruebas de las ocho o diez personas evaluadas y se le retiraban los créditos al alumno o alumna.

## Resultados

El primer análisis que se llevó a cabo fue la obtención de la matriz de correlaciones (tipo Pearson) entre las distintas variables tenidas en cuenta. Esta matriz nos podría indicar la posible comorbilidad entre las variables a predecir (ansiedad generalizada, pánico, pensamiento obsesivo, fobia social y depresión) y sus relaciones con las variables de proceso. En la Tabla 2 se resumen los coeficientes de correlación encontrados.

**TABLA 2.** Matriz de correlaciones (tipo Pearson) entre las distintas variables evaluadas (n=503).

	PP	WBSI	PSWQ	BAI	FNE	IP	BDI
IU	0,73***	0,53***	0,70***	0,64***	0,46***	0,68***	0,65***
PP	-	0,45***	0,67***	0,50***	0,39***	0,62***	0,51***
WBSI		-	0,54***	0,51***	0,37***	0,58***	0,49***
PSWQ			-	0,58***	0,46***	0,63***	0,57***
BAI				-	0,40***	0,63***	0,75***
FNE					-	0,48***	0,32***
IP						-	0,62***

NOTA: IU = Intolerancia hacia la incertidumbre; PP = ¿Por qué Preocuparse?; WBSI = Inventario de Supresión de Pensamientos; PSWQ = Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania; BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; FNE= Escala de miedo a la evaluación negativa; IP = Inventario de Padua (pensamiento obsesivo); BDI=Inventario de Depresión de Beck. \*\*\* p≤ 0,001.

Como era de esperar, todas las variables mantienen entre sí relaciones positivas y significativas. Atendiendo a las relaciones entre posibles trastornos (PSWQ-ansiedad generalizada; BAI-pánico; IP-pensamiento obsesivo; FNE-fobia social; y BDI-depresión), la ansiedad generalizada-preocupación mantiene correlaciones elevadas con las otras medidas, superiores a 0,50 (salvo con fobia social que alcanza 0,46). El resto de las variables se comportan de manera similar, siendo la medida de fobia social la que obtiene coeficientes inferiores en relación con otros trastornos.

Con respecto a las relaciones entre sí para las variables de proceso (intolerancia hacia la incertidumbre, por qué preocuparse-creencias sobre la preocupación y supresión de pensamientos-evitación cognitiva), también son positivas y significativas, aunque destaca la estrecha relación entre la intolerancia hacia la incertidumbre y las creencias sobre la preocupación (0,73).

Las relaciones entre esos procesos y los trastornos evaluados muestran, como era de esperar, unos coeficientes especialmente elevados con la medida de ansiedad generalizada, pero también obtienen coeficientes estimables, por este orden, el pensamiento obsesivo (que incluso obtiene el coeficiente de correlación mayor con el proceso de evitación cognitiva), depresión, pánico y fobia social. Estos datos corroboran nuestro supuesto de que los procesos asociados al TAG también se encontrarán en otros trastornos que suelen ser comórbidos con la ansiedad generalizada. Nuestro interés ahora es conocer si esas variables de proceso predecirán por igual a todos los trastornos o, por el contrario, la predicción será mayor para TAG frente a los otros.

Los resultados que se exponen a continuación son análisis de regresión múltiple tomando con variables predictoras las tres variables de proceso. Se ha utilizado el método paso a paso con la finalidad de maximizar el conocimiento de la contribución



relativa de cada proceso. En la Tabla 3 se resumen los datos de análisis de regresión de las tres variables de proceso sobre la medida de preocupación-ansiedad generalizada (PSWQ).

**TABLA 3.** Análisis de regresión múltiple sobre la puntuación en el PSWQ (ansiedad generalizada), tomando como predictoras las variables IU-intolerancia hacia la incertidumbre, PP-creencias sobre la preocupación y WBSI –evitación cognitiva (n=503).

<i>Variable a predecir: PSWQ-ansiedad generalizada</i>						
				Cambio		
<i>Variables que entran en el modelo</i>	<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup> ajustado</i>	<i>S.E.</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>F</i>	<i>BETA Modelo final</i>
IU	0,69	0,48	8,5	0,48	436,88***	0,20***
PP	0,73	0,53	8,0	0,05	58,26***	0,26***
WBSI	0,75	0,57	7,7	0,02	31,96***	0,20***

NOTA: IU = Intolerancia hacia la incertidumbre; PP = ¿Por qué Preocuparse?; WBSI = Inventario de Supresión de Pensamientos; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; R = Coeficiente de Correlación Múltiple;  $R^2$  = Coeficiente de Determinación; S.E. = Error típico de la estimación.

Como puede observarse, las tres variables de proceso entran a formar parte de la predicción de la puntuación obtenida en el PSWQ, alcanzándose una explicación de la varianza común cercana al 60%. De acuerdo con la contribución relativa, es la intolerancia a la incertidumbre, como era esperable según el modelo de Dugas *et al.* (1998) la que contribuye en mayor medida a la predicción de la medida de ansiedad generalizada, siguiéndole las creencias sobre la preocupación y en tercer lugar la evitación cognitiva. En cualquier caso, sus contribuciones son significativas, como lo es su contribución relativa al modelo predictivo resultante.

Este mismo procedimiento se aplicó para el resto de las variables-trastornos evaluados. En la Tabla 4 se resume el análisis de regresión sobre la variable BAI-pánico.

**TABLA 4.** Análisis de regresión múltiple sobre la puntuación en el BAI (pánico), tomando como predictoras las variables IU-Intolerancia hacia la incertidumbre, PP-creencias sobre la preocupación y WBSI –evitación cognitiva (n=503).

<i>Variable a predecir: BAI-pánico</i>						
				Cambio		
<i>Variables que entran en el modelo</i>	<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup> ajustado</i>	<i>S.E.</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>F</i>	<i>BETA Modelo final</i>
IU	0,63	0,40	9,1	0,40	322,70***	0,30***
WBSI	0,67	0,44	8,8	0,04	35,80***	0,24***

NOTA: IU = Intolerancia hacia la incertidumbre; WBSI = Inventario de Supresión de Pensamientos; \*\*\*  $p \leq 0,001$ . R = Coeficiente de Correlación Múltiple;  $R^2$  = Coeficiente de Determinación; S.E. = Error típico de la estimación.

En este caso, tanto los componentes de la función como su capacidad explicativa se ven alterados. De los tres procesos, de nuevo es la intolerancia hacia la incertidumbre la que mayor contribución realiza a la función, quedando fuera las creencias sobre la preocupación. La varianza común total se queda en una  $R^2$  de 0,44 (frente a 0,57 para la ansiedad generalizada).

En la Tabla 5 se resumen los coeficientes encontrados en la predicción de la variable FNE-fobia social. Con respecto a los componentes del modelo, también de nuevo queda fuera las creencias sobre la preocupación, aunque en este caso la  $R^2$  apenas alcanza un coeficiente final de 0,24, lo que indica que, en este caso, siendo significativas las contribuciones de las dos variables incluidas en el modelo (intolerancia hacia la incertidumbre y la evitación cognitiva), su peso explicativo es claramente inferior al realizado en el caso de ansiedad-pánico y ansiedad generalizada.

**TABLA 5.** Análisis de regresión múltiple sobre la puntuación en el FNE (fobia social) tomando como predictoras las variables IU-Intolerancia hacia la incertidumbre, PP-creencias sobre la preocupación y WBSI –evitación cognitiva (n=503).

<i>Variable a predecir: FNE-miedo a la evaluación negativa</i>				<i>Cambio</i>		
<i>Variables que entran en el modelo</i>	<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup> ajustado</i>	<i>S.E.</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>F</i>	<i>BETA Modelo final</i>
IU	0,46	0,21	6,5	0,21	121,99***	0,15***
WBSI	0,49	0,24	6,4	0,02	15,28***	0,11***

NOTA: IU = Intolerancia hacia la incertidumbre; WBSI = Inventario de Supresión de Pensamientos; \*\*\*  $p \leq 0,001$ . R = Coeficiente de Correlación Múltiple;  $R^2$  = Coeficiente de Determinación; S.E. = Error típico de la estimación

En el caso del pensamiento obsesivo, como podría ser previsible después de observar la matriz de correlaciones anterior, las tres variables de proceso entran a formar parte del modelo explicativo final, con contribuciones estadísticamente significativas. En la Tabla 6 se recogen los coeficientes finales hallados.

**TABLA 6.** Análisis de regresión múltiple sobre la puntuación en el factor uno del IP (pensamiento obsesivo) tomando como predictoras las variables IU-Intolerancia hacia la incertidumbre, PP-creencias sobre la preocupación y WBSI –evitación cognitiva (n=503).

<i>Variable a predecir: IP (pensamiento obsesivo)</i>				<i>Cambio</i>		
<i>Variables que entran en el modelo</i>	<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup> ajustado</i>	<i>S.E.</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>F</i>	<i>BETA Modelo final</i>
IU	0,68	0,46	8,6	0,46	408,49***	0,21***
WBSI	0,72	0,53	8,0	0,06	63,86***	0,28***
PP	0,74	0,55	7,9	0,02	25,02****	0,18***

NOTA: IU = Intolerancia hacia la incertidumbre; PP = ¿Por qué Preocuparse?; WBSI = Inventario de Supresión de Pensamientos; \*\*\*  $p \leq 0,001$ . R = Coeficiente de Correlación Múltiple;  $R^2$  = Coeficiente de Determinación; S.E. = Error típico de la estimación

La estructura es similar a la obtenida para la ansiedad generalizada, pero con dos cambios de relativa importancia; en la función de regresión la segunda variable que entra a formar parte es la evitación cognitiva, pasando al tercer lugar las creencias sobre la preocupación y, aunque el porcentaje de varianza común explicada es similar (55%), es ligeramente inferior al encontrado para la ansiedad generalizada.

El último análisis de regresión llevado a cabo fue sobre una variable, el nivel de depresión, que no perteneciendo a los estados de ansiedad o fobia, ha mostrado una elevada covariabilidad y comorbilidad con el trastorno de ansiedad generalizada. En la Tabla 7 se resumen los coeficientes encontrados.

**TABLA 7.** Análisis de regresión múltiple sobre la puntuación en el BDI (nivel de depresión) tomando como predictoras las variables IU-Intolerancia hacia la incertidumbre, PP-creencias sobre la preocupación y WBSI –evitación cognitiva (n=503).

<i>Variable a predecir: BDI (depresión)</i>						
				<i>Cambio</i>		
<i>Variables que entran en el modelo</i>	<i>R</i>	<i>R<sup>2</sup> ajustado</i>	<i>S.E.</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>F</i>	<i>BETA Modelo final</i>
IU	0,66	0,44	6,1	0,44	345,79***	0,23***
WBSI	0,68	0,47	6,0	0,03	25,77***	0,14***

NOTA: IU = Intolerancia hacia la incertidumbre; WBSI = Inventario de Supresión de Pensamientos; \*\*\*  $p \leq 0,001$ . R = Coeficiente de Correlación Múltiple;  $R^2$  = Coeficiente de Determinación; S.E. = Error típico de la estimación.

La estructura encontrada es similar a la que se obtuvo para fobia social y pánico: entran en el modelo sólo dos variables, quedando fuera las creencias sobre la preocupación; la contribución más importante sigue realizándola la intolerancia hacia la incertidumbre y el porcentaje de varianza total se acerca al 50% ( $R^2 = 0,47$ ). Lo destacable en este caso es que, mientras que para el pensamiento obsesivo, el pánico o la fobia social era sospechable que compartieran algunos procesos comunes por la naturaleza ansiosa, común con la ansiedad generalizada, la depresión pertenece a un grupo de trastornos psicológicos claramente diferenciados en su naturaleza de los trastornos de ansiedad.

De los resultados obtenidos hasta aquí se desprende que algunos de los procesos asociados a la ansiedad generalizada, también se pueden encontrar en otras variables, especialmente en aquellas que mantienen una elevada covariabilidad con el TAG. Esto parece ser cierto especialmente para el pensamiento obsesivo, donde las tres variables de proceso entran a formar parte de su predicción, casi con la misma fortaleza que para la ansiedad generalizada. Sin embargo, se podría especular con la posibilidad de que esas altas covariabilidades encontradas se deban en parte a la naturaleza de la población evaluada: al ser población normal, donde no se presume la existencia de grupos clínicos-criterio, es plausible pensar que esa elevada interrelación se debe a que las personas

evaluadas mayoritariamente se van a situar en la franja inferior de puntuaciones posibles en todas las variables.

Para responder a ese cuestionamiento, se llevó a cabo un último grupo de análisis, forzando estadísticamente la existencia de grupos criterio, de carácter subclínico: se crearon dos grupos extremos para las cinco variables-trastornos, seleccionando a las personas tomando como referencia los que se situaban por debajo del percentil 25 (grupo con puntuaciones bajas en la variable-trastorno) y por encima del percentil 75 (grupo puntuaciones elevadas) en cada una de las variables. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis discriminante (método paso a paso), incluyendo como variables discriminantes los tres procesos evaluados. En la Tabla 8 se resumen los resultados más importantes para cada análisis discriminante llevado a cabo.

**TABLA 8.** Resumen de los cinco análisis discriminantes sobre grupos extremos en las variables PSWQ (ansiedad generalizada), BAI (pánico), FNE (fobia social), IP (pensamiento obsesivo) y BDI (depresión).

<i>Instrumento</i>	PSWQ	BAI	FNE	IP	BDI
<i>Trastorno</i>	Ansiedad generalizada	Pánico	Fobia social	Obsesiones	Depresión
<i>N por grupo (bajo - alto)</i>	110 - 114	138 - 120	110 - 107	133 - 121	125 - 118
<i>Variables (coeficientes tipificado de la función discriminante)</i>	IU (0,55) WBSI (0,42) PP (0,29)	IU (0,53) WBSI (0,52) PP (0,20)	IU (0,73) WBSI (0,46)	WBSI (0,54) PP (0,42) IU (0,34)	IU (0,57) WBSI (0,50)
<i>% clasificaciones correctas</i>	90,9%	84,9%	82,3%	85%	83,4%
Nota: PSWQ = Inventario de Preocupación del Estado de Pensilvania; BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; FNE= Escala de miedo a la evaluación negativa; IP = Inventario de Padua (pensamiento obsesivo); BDI=Inventario de Depresión de Beck; IU = Intolerancia hacia la incertidumbre; WBSI = Inventario de Supresión de Pensamientos; PP = ¿Por qué Preocuparse?					

Los resultados son similares a los encontrados en los análisis de regresión múltiple, con algunas salvedades. En el caso de la variable BAI-pánico, ahora sí entra a formar parte de la función discriminante el proceso de creencias sobre la preocupación, aunque con una cuantía escasa. La intolerancia hacia la incertidumbre es el proceso que más contribuye a la función discriminante, salvo para el pensamiento obsesivo, donde tiene un mayor peso predictivo la evitación cognitiva. Los porcentajes de personas clasificadas correctamente son especialmente elevados (incluyendo ahora a la variable FNE-fobia social), aunque el único caso que llega hasta el 90% es para los grupos alto y bajo en ansiedad generalizada.

En resumen, los resultados muestran que tres de los procesos asociados a la ansiedad generalizada también se encuentran en otras variables-trastornos, como pánico,

pensamiento obsesivo, fobia social o depresión, aunque existen diferencias apreciables en los procesos, la contribución relativa de cada uno de ellos y en la dinámica estructural predictiva-discriminante.

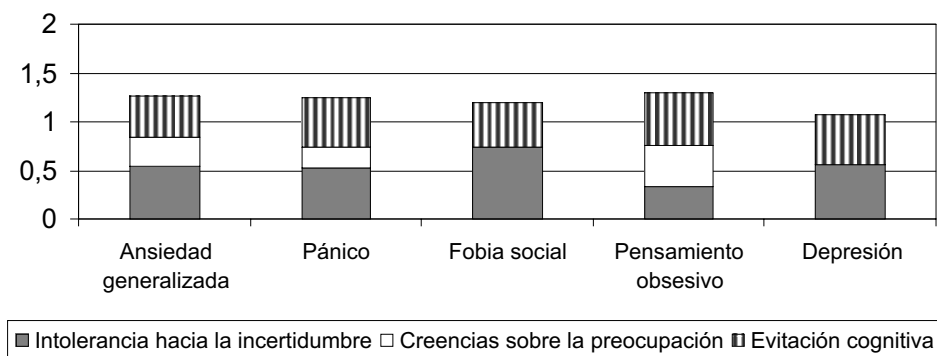
### Discusión

Entre las múltiples aportaciones para explicar el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), quizás una de las más comprensivas e interesantes sea la propuesta del grupo de la Universidad de Laval, encabezado por Dugas *et al.* (1998), que articula las relaciones existentes entre la intolerancia hacia la incertidumbre, las creencias sobre la preocupación, la evitación cognitiva y la orientación pobre al problema, ponderando especialmente el papel de la intolerancia como desencadenante de los procesos cognitivos responsables de la sintomatología del TAG. En el presente trabajo hemos tenido en cuenta tres de esas variables de proceso (no se incluyó la orientación pobre al problema), con la finalidad de conocer cómo se comportaban no sólo en la predicción de la ansiedad generalizada, sino también en otras variables con las que la ansiedad generalizada mantiene una significativa covariabilidad.

Con respecto a la ansiedad generalizada, los resultados apoyan la capacidad predictiva y discriminante de los tres procesos, destacando el papel de la intolerancia hacia la incertidumbre. Sin embargo, tomando como referencia el modelo cognitivo de origen, destaca el menor papel que desempeñan las creencias sobre la preocupación. En este caso sería posible plantear una explicación para este papel diferencial de las creencias sobre la preocupación, apelando a los factores que lo integran, pues González *et al.* (1998) informan de una estructura bifactorial para la prueba con dos factores, a saber: preocupación como perfeccionismo y preocupación como estrategia negativa de afrontamiento. Esas son las dos funciones que podríamos decir que tiene la preocupación. Es factible que las personas con TAG puntúen alto en el segundo factor pero no forzosamente lo hagan en el primero. Así, ambos factores se compensarían en la puntuación total de la escala, disminuyendo la relevancia de las creencias sobre la preocupación en la ansiedad generalizada. En todo caso, los tres procesos poseen un mayor poder predictivo y discriminante, en comparación con las otras variables-trastorno evaluadas.

Con respecto a este último comentario, la participación de los tres procesos en trastornos comórbidos con la ansiedad generalizada permiten hacer una serie de comentarios y para ilustrarlos hemos realizado la Figura 1, atendiendo a los coeficientes tipificados de las funciones discriminantes recogidos en la Tabla 8.

**FIGURA 1.** Coeficientes tipificados de tres procesos cognitivos obtenidos en las funciones discriminantes sobre grupos con puntuaciones extremas en PSWQ-ansiedad generalizada, BAI-pánico, FNE-fobia social, IP-pensamiento obsesivo y BDI-depresión.



Como puede observarse, los tres procesos participan en tres de las variables-trastornos: el ya señalado de ansiedad generalizada, en el pánico y en el pensamiento obsesivo. Esto nos indica que, para al menos dos de las variables, fobia social y depresión, ya observamos una diferenciación cuantitativa: la participación de los procesos asociados a la ansiedad generalizada es desigual, quedando fuera el factor de preocupabilidad. En este sentido, el proceso por el que las personas consideran que preocuparse por algo problemático significa aumentar el control sobre el mismo y aumentar las posibilidades de solución, no parece encontrarse de manera apreciable ni en la fobia social ni en la depresión (con nuestra muestra). Al mismo tiempo, en ambos trastornos es el proceso de intolerancia hacia la incertidumbre, lo que nos proporciona una visión del posible carácter general desestructurante de este proceso.

Con respecto al pánico y el pensamiento obsesivo, los resultados muestran una variación cualitativa. En el caso del pánico la participación de los tres procesos es simétrica a cómo participan en la ansiedad generalizada, pero, de manera interesante, se observa que, para el pánico la evitación cognitiva posee un peso discriminante casi igual a la intolerancia hacia la incertidumbre, siendo escasa la participación de las creencias sobre la preocupación (preocupabilidad). En el caso del pensamiento obsesivo, las variaciones afectan a la dinámica estructural; ahora el proceso más relevante es la evitación cognitiva y, el que menos, la intolerancia hacia la incertidumbre. Además, es en la función discriminante de los grupos extremos en pensamiento obsesivo donde juega un papel más relevante la preocupabilidad (se obtiene un coeficiente tipificado de 0,42, frente al coeficiente 0,29 para la ansiedad generalizada).

En definitiva, la participación de los tres procesos cognitivos en la ansiedad generalizada y en otras variables relacionadas permiten obtener varias conclusiones: 1) los tres procesos se encuentran, aunque de manera desigual tanto en la ansiedad generalizada como en las variables relacionadas; 2) los tres procesos parecen más asociados

a la predicción de la ansiedad generalizada que a los otras variables; 3) las diferencias parecen ser de tres tipos: cuantitativas, cualitativas y de dinámica estructural; 4) las diferencias cuantitativas se observan con la fobia social y la depresión, donde no aparece de manera significativa el factor de preocupabilidad; 5) las diferencias cualitativas se observan en la variable pánico, donde los tres procesos participan en su predicción, pero con pesos predictivos distintos a los que tienen en la ansiedad generalizada; y, por último, 6) las diferencias de dinámica estructural se observan en el pensamiento obsesivo, donde los tres procesos participan de una manera diferente a cómo lo hacen en la ansiedad generalizada, siendo también diferente la estructura de la función discriminante, alterándose la importancia relativa de cada uno de los procesos.

Atendiendo a los objetivos propuestos se necesita precisar algunas cuestiones necesarias en cuanto a la generalizabilidad de los resultados: 1) el modelo de Dugas *et al.* (1998) acentúa la importancia de la orientación pobre al problema como un elemento que favorece la aparición del TAG; nosotros no hemos incluido esta dimensión de resolución de problemas y esto podría alterar los resultados obtenidos y, sobre todo, la estructura relacional entre los cuatro procesos; 2) también se debe tener en cuenta que se ha trabajado con una muestra normal y, cuando se han establecido grupos criterio, se ha utilizado un criterio estadístico, es decir, por un lado trabajamos con una muestra análoga, y por otro, la validez de los distintos grupos se ve limitada por el uso de un único autoinforme como criterio diagnóstico; 3) en ese mismo sentido, a los autoinformes se les asocia a unos trastornos psicológicos específicos, pero en los que podemos encontrar un porcentaje estimable de falsos positivos y negativos. Es por estas tres razones principales por las que las conclusiones tienen un carácter más bien provisorio que necesitarán de investigaciones ulteriores que afinen en esos criterios y establezcan la verificación o refutación de los resultados obtenidos.

Con todo, queremos terminar indicando que nuestros resultados parecen avalar la propuesta de Rapee, que afirmó hace tiempo que “si se pudiera desarrollar un modelo comprensivo de la etiología y mantenimiento del TAG es probable que éste pudiera aplicarse, con sólo pequeñas variaciones, a todos los demás trastornos de ansiedad” (Rapee, 1991, p. 398).

## Referencias

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3ª Ed. Revisada). Washington: APA. (trad., Barcelona, Masson, 1989).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª Edición). Washington: APA. (trad., Barcelona, Masson, 1995).
- Anderson, D. J., Noyes, R. J R. y Crowe, R. R. (1984). A comparison of panic disorder and generalizad anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 141, 572-575.
- Barlow, D. H., Di Nardo, P. A., Vermilyea, B. B., Vermilyea, J. y Blanchard, E. B. (1986). Comorbidity and depression among the anxiety disorders. Issues in diagnosis and classification. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 63-72.

- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, T. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T, Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77-100.
- Borkovec, T., Sahdick, R. y Hopkins, M. (1990). The nature of normal and pathological worry. En R. Rapee y D. Barlow (Eds.), *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression* (pp. 29-51). Nueva York: Guilford Press.
- Brown, T. A., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1992). Psychometry properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behavior Research and Therapy*, *30*, 33-37.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatments and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 835-844.
- Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, M. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 215-226.
- Dugas, M. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1) (pp. 211-240 ). Madrid: Siglo XXI.
- Dugas, M., Marchand, A. y Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorder*, *19*, 329-343.
- Francis, K. y Dugas, M. (2004). Assessing positive beliefs about worry: Validation of a structured interview. *Personality and Individual Differences*, *37*, 405-415.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, *17*, 791-802.
- García-López L. J, Olivares, J. y Hidalgo, M. D. (2005). A pilot study on sensitivity of outcome measures for treatment of generalized social phobia in adolescent. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *5*, 385-392.
- González, M., Bethencourt, J. M., Fumero, A. y Fernández, A. (en prensa). Adaptación española del cuestionario ¿Por qué preocuparse? *Psicothema*.
- González, M., Ibáñez, I., Fernández-Valdés, A., López-Curbelo, M., Díaz, M. y Díaz, F. (1998). *Dimensiones psicológicas en el diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): implicaciones para un tratamiento psicológico eficiente*. Tenerife: Universidad de La Laguna (mimeo).
- González, M., Peñate, W., Bethencourt, J. M. y Rovella, A. (2004). La predicción del trastorno de ansiedad generalizada en función de variables de procesos. *Psicología y Salud*, *14*, 179-188.
- Grenier, S. y Ladouceur, R. (2004). Manipulation de l'intolérance a l'incertitude et inquiétude. *Canadian Journal of Behavioral Science*, *36*, 56-65.
- Ibáñez, I., Olmedo, E., Peñate, W. y González, M. (2002). Obsesiones y compulsiones: la estructura del Inventario de Padua. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, *2*, 263-288.
- Keller, M.B. (1994). Course, outcome and impact on community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *89* (suppl. 383), 24-34.
- Ladouceur, R., Gosselin, P. y Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 933-994.



- Ladouceur, R., Talbot, F. y Dugas, M. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry: Experimental findings. *Behavior Modification*, 21, 355-371.
- Levitt, A. J., Joffe, R. T. y MacDonald, C. (1991). Life course of depressive illness and characteristics of current episode in patients with double depression. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 79, 678-682.
- Maydeu-Olivares, A. y D'Zurilla, T. (1996). A factor analysis of the Social Problem-Solving Inventory using polychoric correlations. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 98-107.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behavior Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M. J., Cook, B., Suelzer, M., Clancy, J. y Anderson, B. J. (1992). Generalized anxiety disorder versus panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180, 369-379.
- Nuevo, B. R., Montorio, C. I., Márquez, G. M., Izal, M. F. y Lozada, B. A. (2004). Análisis del fenómeno de la preocupación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 337-355.
- Peñate, W., Perestelo, L. y Bethencourt, J. M. (2004). La predicción diferencial del nivel de depresión por las variables nivel de actividad, actitudes disfuncionales y estilo atributivo en función de la puntuación y la medida de depresión utilizada. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 27-53.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Rapee, R. (1991). Generalized Anxiety Disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Sanderson, W. C., Beck, A. T. y Beck, B. J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationship. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1025-1028.
- Sternberg, L. G. y Burns, G. L. (1990). Obsessions and compulsions: Psychometric properties of the Padua Inventory with an American college populations. *Behaviour Research Therapy*, 28, 341-345.
- Tyrer, P., Alexander, J., Remington, M. y Riley, P. (1987). Relationship between neurotic symptoms and neurotic diagnosis: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 13, 13-21.
- Van Oppen, P. (1992). Obsessions and compulsions: Dimensional structure, reliability, convergent and divergent validity on the Padua Inventory. *Behaviour Research Therapy*, 30, 631-637.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y datos normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wegner, D. y Zanakos, S. (1994). Chronic Thought Suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.